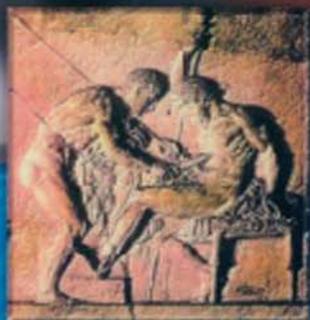


Conceptos de bioética y responsabilidad médica

3ª edición

Jorge Gispert Cruells



 **Manual Moderno**[®]

Conceptos de bioética y responsabilidad médica

TERCERA EDICIÓN

Conceptos de bioética y responsabilidad médica

Dr. Jorge Gispert Cruells

Médico Cirujano, UNAM

Asesor Médico, IMSS

Editor responsable:

Dr. Martín Lazo de la Vega Sánchez

Editorial El Manual Moderno

IMPORTANTE

Los autores y la Editorial de esta obra han tenido el cuidado de comprobar que las dosis y esquemas terapéuticos sean correctos y compatibles con los estándares de aceptación general en la fecha de la publicación. Sin embargo, es difícil estar por completo seguro que toda la información proporcionada es totalmente adecuada en todas las circunstancias. Se aconseja al lector consultar cuidadosamente el material de instrucciones e información incluido en el inserto del empaque de cada agente o fármaco terapéutico antes de administrarlo. Es importante, en especial, cuando se utilizan medicamentos nuevos o de uso poco frecuente. La Editorial no se responsabiliza por cualquier alteración, pérdida o daño que pudiera ocurrir como consecuencia, directa o indirecta, por el uso y aplicación de cualquier parte del contenido de la presente obra.

Conceptos de bioética y responsabilidad médica,
3ª edición
D.R. © 2005 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
ISBN 970-729-171-0

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiable, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Distribuciones y más
- www.manualmoderno.com



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Gispert Cruells, Jorge, 1931-
Concentos de bioética y responsabilidad médica / Jorge
Gispert Cruells. -- 3a ed. -- México : Editorial El Manual
Moderno, 2005.
xviii, 350 p. ; 23 cm.
Incluye índice
ISBN 970-729-171-0

1. Bioética. 2. Etica médica. I. t.

174.2 GIS.c. 2005

Biblioteca Nacional de México

Director editorial:
Dr. Alfredo R. Boyd Filós

Índice:
Alejandro Vázquez V.

Diseño de portada:
D.C.G. Víctor Hugo Martínez Álvarez

Datos del autor

Lugar de nacimiento: Barcelona, España, el 5 de diciembre de 1931, nacionalidad mexicana desde 1942. Estudios de primaria: escuela Auguste Compte en Montpellier, Francia y en el Colegio Madrid, México, D.F.; secundaria y preparatoria en la Academia Hispano-Mexicana en México, D.F.; estudios universitarios en la Escuela Nacional de Medicina, UNAM en México, D.F. con recepción profesional el 23 de julio de 1956.

Práctica médica profesional: privada como médico cirujano en Córdoba, Ver., de 1956 a la fecha. Cirujano de la Cruz Roja Mexicana, Del. Córdoba, de 1956 a 1993 y director médico de dicha institución de 1975 a 1993. Cirujano en el Hospital Civil de Córdoba, Ver., de 1958 a 1975. Médico Familiar, No Familiar, de Urgencias, Encargado de UMF, Jefe de Dpto. Clínico, Director de Clínica "A", Director de HGZ, Jefe Delegacional de Servicios Médicos, Asesor Médico Delegacional en la Coordinación de Atención y Orientación al Derechohabiente; en el IMSS, Del. Veracruz Sur de 1964 hasta jubilación en 1992.

Enseñanza en el IMSS: asistió al curso de Administración para Personal Médico de Confianza en Unidades de Atención Médica, al VII Curso para Directivos en Unidades de Atención Médica y curso de oposiciones para Director de HGZ. Asistió a ocho cursos monográficos; impartió 13 cursos monográficos, dos para directivos de Unidad de Atención Médica a personal de Confianza, ocho de Planificación Familiar y Salud Reproductiva y tres de Ética Médica.

Dirigió seis tesis para recepción médica y tradujo del inglés al español "Microbiología y Patología" de Frobisher, para la Edit. Interamericana, México, D.F.

Diploma de la Asociación Integral en Comunicación S.C. por Segundo Simposium sobre "Aspectos Legales y Éticos de la Práctica de la Medicina en México".

Autor del libro *Prevención del embarazo no deseado*, Editorial Alfíl, S.A. de C.V. México, D.F. 2004.

Contenido

Prólogo	XI
Introducción	XIII

SECCIÓN I BIOÉTICA MÉDICA PROFESIONAL

Capítulo 1. Conceptos en bioética médica	5
Capítulo 2. Perfil del médico	15
Capítulo 3. Relación médico-paciente	25
Capítulo 4. Códigos de bioética médica	41
Capítulo 5. Derechos y deberes	53

SECCIÓN II BIOÉTICA MÉDICA HOSPITALARIA

Capítulo 6. Comités de bioética médica	69
Capítulo 7. Transfusión de sangre en testigos de Jehová	81
Capítulo 8. Cirugía plástica y reconstructiva: “cambio de sexo”	89

Capítulo 9. Enfermedades transmisibles (VIH-SIDA)	101
Capítulo 10. Medicina basada en evidencias y de predicción	113
Capítulo 11. Anticoncepción	123
Capítulo 12. Aborto inducido y terapéutico	133
Capítulo 13. Procreación asistida (procreática)	149

SECCIÓN III BIOÉTICA MÉDICA SOCIAL

Capítulo 14. Muerte y prolongación de la vida	161
Capítulo 15. Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna	171
Capítulo 16. Utilización de tecnología médica	189
Capítulo 17. Trasplante de órganos	197
Capítulo 18. Investigación en humanos	213
Capítulo 19. Biogenética médica	233
Capítulo 20. Medicina del futuro	257

SECCIÓN IV LEGISLACIÓN MÉDICA PROFESIONAL

Capítulo 21. Responsabilidad médica	277
Capítulo 22. Responsabilidad médica profesional	281
Capítulo 23. Responsabilidad médica laboral	295
Capítulo 24. Responsabilidad médica civil	301
Capítulo 25. Responsabilidad penal	303
Capítulo 26. Desviaciones a la responsabilidad médica	305

Capítulo 27. Comisión Nacional de Derechos Humanos	319
Capítulo 28. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	321
Capítulo 29. Casos selectos no identificables	325
Capítulo 30. Desviaciones al “buen quehacer médico”	337
Corolario	341
Índice	343

Prólogo

El vertiginoso avance científico y tecnológico por un lado, y los profundos cambios que han ocurrido en las sociedades contemporáneas por el otro, han vuelto insuficientes las armas con las que solían contar los médicos para enfrentar los dilemas éticos y los conflictos de intereses. Si en otras épocas bastaba recurrir a lo que decían las normas, preceptos, reglas o guías, hoy se enfrentan todos los días situaciones nuevas, inusitadas, que nunca fueron previstas en esos instrumentos y que no los abarcan. Más aún, se puede decir que la situación ha llegado al grado de que al día siguiente de que se propone la regla surge una situación que la elude. Esto no le quita valor a los preceptos, pero marca sus limitaciones. De hecho, siguen siendo una ayuda valiosa y tenerlos a mano puede ser muy útil para las decisiones cotidianas. Esta obra, entre otras cualidades, los recopila en anexos.

Pero hoy esto no basta. Se necesita, además de una ética de preceptos, una ética que trascienda, que permita contender ante nuevos dilemas y nuevos planteamientos; por ello, es necesario que se sustente en la razón, en la lógica, que tenga la capacidad de adaptarse a circunstancias imprevistas y que considere las realidades sociales del momento; se necesita pues, una ética racional, flexible, secular, global y prospectiva. Esto implica cualidades que ayudan a tomar decisiones aun en circunstancias inéditas, como las que todos los días se viven. Los médicos requieren una ética clínica que los apoye en la atención de sus pacientes, que se sustente en la bioética, en los valores de la vida y de la humanidad, que no excluya las tradiciones, pero que las ubique en el mundo contemporáneo.

Las tendencias marcan una creciente participación de los pacientes y sus familias en las decisiones médicas, y una progresiva regulación social, tanto formal como informal de la práctica profesional. Un reflejo de ello es el mayor número de quejas, demandas y reclamaciones. No todas ellas tienen su solución en las leyes establecidas pues, por muy rápido que avancen, siempre van a la zaga de las necesidades sociales. Esto refuerza la necesidad de trascenderlas.

Jorge Gispert Cruells ha hecho una inteligente recopilación de información contemporánea relativa a los problemas bioéticos actuales, la que, destilada y ordenada, publica en este volumen. A diferencia de algunos otros textos sobre el tema, elude hábilmente el sesgo y el dogma, pero no por ello deja de expresar su propia opinión, la cual queda perfectamente

identificada mediante un subtítulo, de tal modo que el lector pueda discernir las afirmaciones procedentes de la revisión bibliográfica de las del autor.

La obra plantea la mayor parte de los dilemas bioéticos de la medicina contemporánea, y los ubica en la realidad de los países como México, con las limitaciones de un país en vías de desarrollo y con su idiosincrasia característica. Es obvio que, aunque hay principios universales, las circunstancias influyen en su aplicación. Uno de los aciertos de Gispert es la revisión de la literatura mexicana sobre el tema, lo cual todos saben que no es una empresa fácil, pues hoy día es más accesible la revisión bibliográfica internacional que la nacional.

La bioética se ha puesto de moda y, en particular, la bioética médica, como se le llama en el texto. Ha surgido un interés por el comportamiento moral de los médicos, seguramente debido a la mayor regulación social y la ineficacia de los modelos tradicionales. Este texto es un auxiliar para quien quiera enterarse de las nuevas corrientes y para quien desee consultar los lineamientos convencionales. Si se pondera la reflexión a propósito de las acciones del médico; si se valoran el cuestionamiento sobre las alternativas de conducta moral, la precisión de significados en un terreno incierto y el despliegue de alternativas más que el señalamiento de prescripciones, esta obra tiene respuestas.

La medicina está en un momento de cambio; dejará de ser lo que fue por muchos años, pero muchas cosas tendrán que preservarse, particularmente sus fundamentos filosóficos y morales. El apoyo de este texto para superar la transición sin traicionar a la profesión se verá con el tiempo. Por lo pronto, es una muy saludable síntesis de los cimientos de una disciplina milenaria que enfrenta dilemas contemporáneos.

Dr. Alberto Lifshitz
*Coordinador de Educación Médica,
Instituto Mexicano del Seguro Social*

Introducción

No hay libro malo que no sirva para algo

Aforismo: Lucano, Farsiola, IX, 973

OBJETIVO

Esta obra está dedicada a la profesión médica en ejercicio y a los estudiantes de esta disciplina, como un esfuerzo para tratar de unificar criterios éticos útiles durante el ejercicio de la medicina en general, cualquier especialidad y tipo de actividad que se desempeñe; se trata de presentar un panorama general de la Bioética Médica donde se manejan superficialmente temas seleccionados por ser considerados los más indicativos.

El médico tiene o debe tener una perspectiva bioética general propia de la profesión, influenciada sí, pero ajena a criterios rígidos de otras disciplinas, muy loables, respetables y acatables, como son los principios morales, legales y los llamados “criterios generales” propios de cada cultura, que pueden o deben funcionar en otras profesiones, mas no en la medicina.

El conocimiento de estas pautas y su aplicación debe iniciarse conjuntamente al aprendizaje teorico-práctico de la profesión, y bajo la batuta de los maestros. El conocimiento de las enfermedades y su reacción psicológica proporciona un amplio panorama de comprensión; pero especialmente es el trato directo al paciente lo que hace comprender sus expectativas y deseos, incluso los no manifestados, y el médico tiene que aliviar tanto el sufrimiento físico como el mental, dentro de un marco de referencia ético.

Posteriormente, el médico adquiere criterio ético especial, muy propio de esta profesión y de cada especialidad que practique, modelado durante el ejercicio de la medicina, con fundamento en vivencias, experiencias propias y criterio de maestros y compañeros, de pacientes y de acuerdo con la propia formación personal extraprofesional. Estas posibles mínimas divergencias de criterio son más de forma que de fondo, puesto que deben acotarse al utilizar adecuadamente las bases bioéticas que norman su profesión. Existen cánones ocasionalmente olvidados o no acatados por no formar parte imperiosa de la enseñanza teorico-práctica del médico en cátedras de escuelas y facultades de medicina.

El médico, antes de realizar alguna acción en cualquiera de sus múltiples facetas profesionales, debe inquirirse primero sobre la consideración bioética de esta determinación. Se critica la deshumanización de la medicina y el desplazamiento del médico por la tecnología, algo aparentemente imposible de detener, por ser consecuencia del avance de la profesión y de la propia humanidad; pero, si se logra motivar al médico para anteponer los principios pragmáticos de la bioética a cualquier otro acto médico, la aportación que pueda lograr la lectura del presente habrá alcanzado su objetivo.

PREÁMBULO

Además de los caracteres genéticos, el ser humano adquiere en la niñez (época de su formación básica), principios y normas emanadas del padre; cariño y ternura prodigados por la madre, y el ejemplo de ambos influirá determinadamente en el futuro carácter y en la propia personalidad del individuo. Las circunstancias socioeconómicas y otros factores del ambiente modelan su desarrollo psicológico.

La enseñanza, sea que provenga de padres o maestros, sobre principios de respeto y autoridad, normas y leyes sociales, además de nociones morales y de amor al prójimo, influirán perpetuamente en su comportamiento social.

Con este bagaje se adquiere **responsabilidad individual** que normará la forma de ser de cada persona y la hará diferente a las demás.

Cuando este individuo recibe el título de médico, adquiere otro tipo de obligaciones, la **responsabilidad profesional**; que, aunada a su propia personalidad, definirá su proceder en el ejercicio de la medicina.

Durante el aprendizaje de esta profesión es poco o nada lo teóricamente enseñado en las aulas respecto a derechos y obligaciones del médico para y con los pacientes, sus familiares, compañeros de trabajo y muy especialmente con referencia a implicaciones éticas de su futura labor profesional. Aprende anatomía, fisiología, patología, etc., pero prácticamente es nula la enseñanza en bioética. Al egresar de la facultad, casi todos los médicos conocen, cuando menos superficialmente, el Juramento de Hipócrates y las supuestas características que debe tener el médico para ejercer su profesión (perfil del médico), y aprenden de sus maestros la relación médico-paciente.

Posiblemente estos simples conceptos de ética fueron suficientes hasta la segunda mitad del siglo XX; pero el advenimiento de revolucionarias tecnologías y descubrimientos científicos propiciaron acciones médicas inusitadas que acarrear intrincados problemas de valoración ética, con nuevas e insospechadas implicaciones no contempladas a la fecha. Este avance científico tecnológico ha rebasado la antigua concepción de ética médica clásica al incorporar unidades de cuidados intensivos, trasplantes de órganos, fertilización extracorpórea, niños de probeta, ingeniería genética, etc.

Los temas clásicos de esta materia, como cualidades que debe reunir el médico, no matar, no dañar, no divulgar secretos, no realizar actos para los cuales no se esté preparado, relación con sus pacientes en aspectos de veracidad, confidencialidad, privacidad, consentimiento informado, humanitarismo, prioridad del paciente y principio de beneficencia, continúan vigentes y forman los principios universales de la ética médica.

En la práctica de la medicina actual no basta seguir un método general básico de discernimiento para aplicar principios éticos a los problemas presentados, puesto que existen casos que plantean alternativas de opinión, incluso desacuerdos, en beneficio de una u otra parte implicada. Estas alternativas pueden ser bienes a favor o en contra del individuo, la ética, la moral o la sociedad. Valgan los siguientes ejemplos:

Al detectar un caso VIH positivo, ¿es conveniente alertar a su o sus contactos sexuales, para evitar el contagio de una enfermedad hasta ahora mortal?, ¿representa un perjuicio para el paciente?, ¿los amarán hasta la muerte?, ¿perderán las caricias de sus compañeros(as) por temor a contraer SIDA?, ¿los individuos de alto riesgo querrán someterse a la prueba de detección si temen ser descubiertos y abandonados?, ¿guardar el secreto implica mayor aceptabilidad de la prueba para detectar nuevos casos?

En el aborto, ¿se pueden contraponer los mismos derechos para la madre que para el producto?, ¿son siempre la voluntad de ella contra la existencia del hijo?, ¿se produce un homicidio en cualquier momento de la gestación?

Ante la muerte, ¿se debe, por sistema, oponerse a ella?, ¿podemos ser condescendientes? ¿Suele procurarse con todos nuestros esfuerzos vencer a la muerte en jóvenes con accidente o enfermedad, pero se es menos tenaz en la lucha contra la muerte natural de un anciano! ¿Se le informa siempre al moribundo su real estado?, ¿se realiza sistemáticamente en niños y ancianos?, ¿debe evitarse la verdad al paciente?

¿Se tiene acaso que mantener la "vida" a pesar de no existir posibilidad de recuperación? ¿El límite de la prolongación es la posibilidad de reversión del coma? ¿Se considera la futura calidad de vida del paciente cuando se prolonga su existencia?, ¿es acaso la muerte cerebral el único recurso para suspender la vida artificial?, ¿cuándo debe considerarse un paciente muerto para desconectar los medios de sostén de vida artificial?

¿Cuándo es el momento oportuno para extraer órganos únicos en buen estado para trasplante útil?, ¿es difícil convencer a familiares para donación de órgano único mientras esté el corazón latiendo?

¿Cuales pueden ser los criterios para determinar la muerte cerebral en un anencéfalo?, ¿cuál es su identidad?, ¿es válido asistirlos cardiorrespiratoriamente y respiratoriamente para ser sujetos a donación?, ¿es permisible utilizarlos como depósito de órganos y tejidos?

¿Es justa la interrupción sistemática de un embarazo con pruebas genéticas prenatales positivas?, ¿son actualmente seguras estas pruebas e indican la magnitud del daño?, ¿la sospecha prenatal de un síndrome de Down implica la decisión de interrumpir un embarazo?, ¿quién es el determinante en última instancia?

¿Hasta qué punto debe estar permitida la reproducción de embriones excedentes con el fin de crear bebés de probeta o en orden a su posterior destrucción, almacenamiento o utilización en investigación, industria farmacéutica o cosmética? Los excedentes deben utilizarse en aras de la ciencia y la medicina o destruirse por incineración? Con manipulación genética es cada vez más factible llegar al perfeccionamiento humano alterando el genotipo, ¿se atenta contra su propio género?; sin embargo ¿puede erradicar enfermedades hereditarias!, ¿será permisible la clonación de seres humanos, células u órganos?

Estos ejemplos dan idea de la problemática actual que ofrece el ejercicio de la medicina, cuando las medidas terapéuticas y quirúrgicas han llegado hasta el mismo interior de los núcleos celulares y donde la investigación y la tecnología no parecen tener límites.

Actualmente, en el ejercicio de la medicina se involucran preponderantemente acciones técnicas, administrativas y jurídicas no contempladas antaño y también es menester cono-

cer estos diferentes parámetros aunque sea someramente, tanto por el médico en el ejercicio de la profesión como por el estudiante de esta disciplina.

DESARROLLO

Los temas a tratar se enfocarán bajo tres aspectos: el ético, que es prioritario por ser el eje de esta materia; el moral, por la gran influencia que la religión tiene en nuestro medio, y el legal cuando se considere necesario para el tema en especial. Además, se verterá la opinión personal en la mayor parte de los temas, tratando de que generalmente coincida con las normas bioéticas actuales, para reforzar o tratar de concluir la presentación. En un par de temas, el autor cuestiona (sin llegar a conceder) la norma ética hasta ahora establecida en este país, la cual en otros países es legalizada (y se supone éticamente permitida). Se trata el tema del aborto, donde se considera el aborto terapéutico ético solamente en caso de inminente daño físico para la madre, sin considerar los otros dos aspectos de la salud que también son el bienestar mental y social. Similar situación ofrece el derecho a la muerte digna, cada persona puede tener una idea estereotípica, fija o particular sobre la eutanasia vista como muerte digna; y solicitar no sufrir física, mental o socialmente, y en consecuencia, solicitar la eutanasia, y el médico no puede condescender; en ninguno de los dos casos se respeta el derecho a la autodeterminación de su existencia. El autor también considera que el VIH-SIDA se está tratando de manera política y no de manera epidemiológica, por ello ha evolucionado su contaminación y las muertes al no existir todavía curación.

Los temas se agruparán en cuatro secciones:

1. Bioética profesional.
2. Bioética hospitalaria o institucional.
3. Bioética social.
4. Responsabilidad médica.

La cuarta sección no corresponde a la Bioética Médica, pero se consideró conveniente su inclusión debido a su gran interés para la comunidad médica por las vicisitudes que atraviesa el profesional cuando labora en práctica privada o institucional, y en cualquiera de los niveles de atención médica en que se desempeña.

CONTENIDO

La ética, moral o deontología médica antigua, trataba casi exclusivamente de las cualidades o virtudes que debería tener o practicar el médico ideal, así como de su corrección, urbanidad y cultura general para resolver situaciones sociales; ser consultor, buen conversador, debiendo además, resolver integralmente los problemas de salud de sus pacientes, familiares y sociedad.

Como temas representativos de la ética médica de antaño, se tratarán los de perfil del médico, resaltando las características que se le pedían; la relación médico-paciente ideal y en su época dorada hace unos 50 años, actualmente en proceso de transformación. Se nombrarán los códigos de ética que norman la conducta del médico desde la más remota antigüedad. Se hará una reflexión sobre el SIDA como ejemplo de enfermedad transmisible de actualidad. Se agregarán los derechos del paciente y los del médico, así como sus obligaciones.

Estos temas son vigentes si se trata de rescatar y conservar el prestigio del médico de antaño ante sus pacientes y la sociedad, manteniendo ciertas cualidades que lo diferencian de las demás profesiones; mejorando y actualizando otros aspectos condicionados a la evolución de la medicina en sí, de su tecnología y también de la propia humanidad.

DIVISIÓN

Para fines de exposición se divide a la bioética en cuatro grandes capítulos:

- 1. Bioética profesional.** La decisión ética durante el ejercicio de la profesión recae directamente sobre el propio médico, casi sin intervención de terceras personas, solamente del paciente o familiares directos responsables. Abarca los temas: definiciones, perfil del médico, la atención médica con relación médico-paciente, los códigos de ética y su evolución y derechos y obligaciones del paciente y del médico.
- 2. Bioética institucional.** Donde para la toma de decisión ética es menester el concurso de varios médicos de la misma o de otra especialidad, reunidos en "junta médica" departamental u hospitalaria. Se incluyen en este capítulo: el SIDA para ejemplo de enfermedad infectocontagiosa; anticoncepción; aborto; procreación artificial; transfusión de sangre en testigos de Jehová; cambio de sexo; muerte y prolongación de la vida; y comités de bioética médica.
- 3. Bioética social.** Por tratarse de temas de gran controversia y actualidad con decisión ética no claramente definida y pugna de bienes, la decisión ética debe ser tomada por "comités" establecidos en hospitales de alta especialidad o en centros de investigación y donde deben participar médicos, abogados, moralistas, etc., puesto que pueden entrañar debates de tipo social. Se incluyen los temas: utilización de nueva tecnología, trasplante de órganos, investigación en humanos y particularmente en el capítulo de genética el controvertido proyecto genoma.
- 4. Legislación.** Se tratará de orientar sobre los problemas sociales o legales en que puede incurrir (en México) el médico al confrontar alguna supuesta o real irregularidad en su proceder profesional. Se incluirá los temas: Ley General de Salud y sus reglamentos en materia de prestación médica, en investigación y trasplantes de órganos; Código Civil y Penal para México, D.F.; desviaciones a la responsabilidad médica profesional y laboral; y Comité Nacional de Arbitraje Médico.

Sección I

Bioética médica profesional

Capítulo 1. Conceptos en bioética médica	5
Capítulo 2. Perfil del médico	15
Capítulo 3. Relación médico-paciente	25
Capítulo 4. Códigos de bioética médica	41
Capítulo 5. Derechos y deberes	53

CONCEPTO

La primitiva ética médica tenía como base principios morales, fue cambiando hacia la ética o también llamada deontología, y es hasta mediados del siglo XX cuando por las circunstancias de la Segunda Guerra Mundial, tuvo que ampliar su extensión. Antes, la ética trataba casi exclusivamente de las virtudes que debía tener o practicar el médico ideal; esto es, su corrección, urbanidad y cultura general para asesorar sobre situaciones sociales; ser ameno y buen conversador y mejor convencedor; resolver integralmente los problemas de salud, familiares y sociales de sus pacientes.

La decisión ética durante el ejercicio de la profesión en consultorio recae todavía directamente sobre el médico, sin diluirse con terceras personas, sólo intervienen el médico, el paciente y, si acaso, familiares o responsables directos.

Como temas representativos se tratarán el perfil del médico, resaltando las utópicas características que se le pedían; la relación médico-paciente ideal en su época dorada hasta mediados del siglo XX; actualmente en proceso de transformación. Se nombrarán los códigos de ética que perduran desde la más remota antigüedad y los recientes, así como los derechos que tiene el paciente y un esbozo de los escasos derechos del médico. Las pocas obligaciones del paciente y las innumerables exigidas al médico, enumeradas en los códigos de ética.

Estos temas no ofrecen ninguna polémica de tipo ético, son principios universales aceptados. Son vigentes y se deben acatar si se trata de rescatar y conservar el prestigio que tenía el médico de antaño ante sus pacientes y la sociedad; manteniendo ciertas cualidades que lo diferencian de las demás profesiones, mejorando y actualizando otros aspectos condicionados por la evolución de la medicina en sí, de su tecnología y del propio desarrollo de la humanidad.

Conceptos en bioética médica

GENERALIDADES

La medicina en sus inicios fue mágica, puramente empírica; realizada por brujos, chamanes o curanderos. Las primeras enseñanzas dentro de esta actividad fueron transmitidas de padres a hijos o de *maestros* a sus aprendices, y referidas solamente al hecho de curar.

Unos 5 000 años antes de nuestra era, aparecen algunas normas de tipo moral y penal, con castigos a infractores participantes en arte de curar. Estas normas eran más bien de tipo moral que de práctica ético-médica, puesto que la religión influyó durante siglos, especialmente después del advenimiento de la Iglesia Católica y su posterior difusión. Con esta influencia, los preceptos que regían la práctica médica se llamaron **moral médica**.

Con el tiempo, estas normas, sin perder sus bases morales, fueron tomando un cariz más acorde con la evolución de la medicina y de la propia humanidad, desligándose del contexto puramente moral. Este hecho requería de nueva nomenclatura, acuñándose los términos de **ética médica** y **deontología médica**; actualmente, debido a que el campo de la medicina tiene influencia en y del ambiente, se amplía el concepto con la denominación de **bioética médica**.

MEDICINA

El ejercicio de la medicina está orientado desde su inicio por principios morales arraigados en conceptos filosóficos y religiosos, como: **hacer el bien, no causar daño, no matar, etc.**, bases que perduran a través de los siglos.

Siempre se ha dicho que la medicina, en su práctica, conjunta ciencia y arte, pero en realidad no es una ciencia exacta, ni tampoco un arte nato. En esencia, la medicina es actualmente *“un método idóneo para evaluar riesgos, resolver incertidumbres, optar por una alternativa, emitir un juicio, realizar acciones y aventurar un futuro”*.

Tampoco puede reducirse a los parámetros de una ciencia natural, puesto que interviene en forma preponderante la responsabilidad profesional y el trato del médico. Los valores

del paciente son tanto o más considerables que su estado físico, y asimismo, la valía del médico, personal paramédico y los medios en que se presta la atención, son tan importantes como la capacidad técnica individual de cada profesional, al marco de atención de salud y la calidad de sus instituciones.

Principios ético-médicos pragmáticos

En medicina existen algunos principios básicos de Bioética Médica que deben ser inviolables e inalterables mientras existan médicos y pacientes; éstos, por **ser universales**, pueden adaptarse a cualquier caso en particular:

Prioridad. El enfermo es la razón de ser del médico y, por tanto, debe darle trato preferente por encima de cualquier consideración de índole personal, administrativa, económica, política, cultural, racial o legal.

Beneficencia. El médico debe hacer el bien como cuestión inherente a su profesión. Proporcionará la óptima atención que requiera el paciente, la que ofrezca máximas garantías de curación y la que más pueda beneficiarlo en la recuperación de su salud, asignándole el mejor cuidado en oportunidad, calidad y calidez.

Humanitarismo. El trato debe ser fundamental para contrarrestar la tendencia de la actual sociedad de consumo caracterizada por el énfasis cada vez mayor hacia la tecnología, que desplaza al hombre y sus sentimientos, convirtiéndolo en datos de computadora, de laboratorio y gabinete; y este cambio, mientras más acelerado y patente se haga, deteriorará en razón directa la relación del médico con el paciente.

Autonomía. En su quehacer profesional, esto es, no aceptar presiones externas (posiblemente interesadas) en la toma de decisiones médicas, especialmente cuando considere que no proporcionarán beneficio para el paciente. Por su parte, el paciente debe conocer su enfermedad y conversar con el médico sobre su tratamiento y probable evolución. Con base en el consentimiento ampliamente informado, el paciente determinará con autonomía su proceder. Jamás inducir al paciente a actuar en forma que él considere anormal, respecto a sus convicciones, deseos y creencias, cualesquiera que éstas sean.

Solidaridad. Proporcionar asistencia y protección al sufrimiento humano por diferentes que sean sus ideologías, posición social, nacionalidad o raza; esto es equidad, con igualdad de trato, atención y prestaciones similares para cualquier ser humano.

Autodeterminación. El médico siempre debe respetar cualquier resolución o elección que tome el paciente, tratándose desde luego, de un individuo mentalmente competente y siempre que no afecte la normas de ética profesional.

Consentimiento informado. Con base en explicación amplia, comprensible y veraz, el paciente tiene el derecho de ejercer su autodeterminación. Para ello, el médico deberá informar ampliamente al paciente o sus representantes, la evolución del padecimiento de acuerdo con la historia natural de la enfermedad, los riesgos y posibles beneficios del tratamiento planteado, sea médico o quirúrgico, y el paciente podrá determinar en consecuencia.

Confidencialidad. Debe salvaguardarse el “secreto médico”. Puede compartirse con otros profesionales de la medicina, que a su vez tendrán también la obligación de no difundirlo. En ocasiones debe compartirse con otros médicos o instituciones, especialmente en caso de padecimientos infectocontagiosos. En estos casos no se pierde la confidencialidad, se comparte.

Veracidad. Información proporcionada directamente o requerida, que además debe ser amplia, auténtica y sustentada en bases científicas (medicina basada en evidencias y de predicción).

Justicia. Implica trato con equidad para toda persona, cualquiera que sea su condición social, raza, religión, sexo o ideas políticas.

MORAL

Este vocablo proviene del latín *moralis*; trata de las acciones humanas en virtud de su bondad o malicia. “Es un conjunto de facultades del espíritu que no conciernen al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano”. Es también “un conjunto de normas admitidas en una época por un grupo de hombres e implica un subjetivo concepto de lo bueno y lo malo”. En sentido rigorista, “la moral severa es el conjunto de normas de conducta tenidas por incondicionalmente válidas y obligatorias en absoluto por todos los miembros de la iglesia”.

Se tomará como base moral la proclamada por la Iglesia Católica, por conocida y extendida en el medio y debido a que en ella los creyentes están sujetos a las prescripciones eclesiásticas; contrariamente, las religiones protestantes están libres de ellas.

Existe la llamada **regla de oro de la moral** que rige la conducta desde la más remota antigüedad, acreditada a Confucio, maestro y político chino que dice: “*no hagas a otros lo que no desees te hagan a ti*”.

Los conceptos básicos de la conducta moral son:

- Es interior; es decir, su formulación y la decisión de aceptar o violar la norma corresponde únicamente a la persona, de acuerdo con sus creencias y formación.
- No es exigible por terceros. Puede realizarse o no de acuerdo con criterio personal.
- Son variables para cada persona (médico) y en cada época.

Para el caso de incumplimiento o por violación de la norma moral, no existe sanción, si acaso sólo remordimiento de conciencia o arrepentimiento; y cuando la norma se cumple no existe premio, sólo satisfacción. Ambos sentimientos son subjetivos.

Recuérdense dos principios morales y uno universal que pueden ser útiles en ciertas ocasiones a médicos con creencias morales arraigadas y para asegurar su autonomía en caso de no desear realizar determinadas acciones:

1. Principio de “objeción de conciencia”: nadie está obligado a realizar ningún acto que considere amoral o ilegal.
2. Principio de “libertad moral”: todo ser humano es agente moral autónomo, y como tal, debe ser respetado por todos los humanos, incluso los que mantienen posiciones morales distintas.
3. Principio de “libertad de pensamiento”: los individuos pueden tener distintos criterios particulares sobre un mismo tema, y aunque no concuerden o sean francamente discordantes deben respetarse.

DEONTOLOGÍA

Deontología es un término acuñado a mediados del siglo XVIII por el francés Maximo. Deriva de *deonto*, del griego *deon* que significa deber y *logos* tratado. Esto es **tratado de los deberes** y se aplica a las profesiones; en este caso a la medicina.

Bentham en 1834 divulga este término como **ciencia de la moralidad** indicando que es aquello que trata de los deberes, lo que es justo y conveniente dentro del ejercicio de una profesión. Es parte de la ciencia de la conducta humana que justifica, analiza y realiza los principios éticos para que la conducta del profesionista se considere adecuada. Es la ética de las profesiones.

Cada profesionista debe conocer los principios deontológicos de su actividad. Estas normas no son deberes jurídicos, no existen obligaciones exigibles por coacción; son deberes mas bien morales y, por tanto, la propia conciencia es su juez. Término que no ha tenido gran aceptación, por que se considera preferente la nominación de ética o bioética.

ÉTICA

Definición de ética. *“Es la rama de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre”.*

La ética se inicia como ciencia filosófica de lo moral, siendo Sócrates su primer exponente y la teoría de la ética es desarrollada por Aristóteles. Para los estoicos era una disciplina fundamental de su sistema filosófico.

La ética rige la conducta humana de acuerdo con las costumbres. Desde sus orígenes es una disciplina filosófica cuya tarea consiste en fundamentar los distintos sistemas de ideas morales que justifican las acciones del hombre.

Etimológicamente deriva del latín *aethica* y ésta a su vez del griego *ethikos*, de *ethos* costumbre.

“Se describe a la ética como una rama de la filosofía que trata de la esencia, el origen y el carácter obligatorio de lo moral y puede decirse que representa los principios básicos de la conducta humana correcta”.

Tradicionalmente se entiende a la ética “como moralidad” y ésta se entiende como el carácter de bondad o malicia de las acciones humanas; pero este sesgo se adquiere según la relación que guardan con el deber. “Puede asegurarse, por tanto, que el deber en general es el objeto de la ética”.

En los tiempos modernos ha sido concebida en otro sentido, esto es, como ciencia descriptiva de los hechos morales (entendidos éstos como buenas costumbres).

La ética guarda estrecha relación con el derecho y con la moral especial, que estudia los deberes en sí mismos, distinguiéndolos, demostrándolos y buscando sus formas abstractas.

La ética no es una disciplina práctica normativa; no trata de erigir o justificar las normas morales, sino de investigar y explicar teóricamente lo moral. Desde el punto de vista científico de esta disciplina, lo moral es tanto lo bueno como lo malo.

Las respuestas que los filósofos han dado a las cuestiones fundamentales de la ética son muy diversas. Estas corrientes filosóficas han originado diferentes nominaciones de la ética: formal, material, teológica, etc., se nombrarán sólo tres ejemplos:

1. Ética de situación, concepto donde desde mediados del siglo XX empieza a cuestionar normas o principios considerados universales, al destacar situaciones concretas o particulares.
2. Ética empírica, que funda su posición en el hecho de que la moral es diferente en cada época, raza, pueblo, clase, cultura, individuo, etc.; en estas concepciones suele fundirse (aunque con ocasionales confusiones) lo moral, biológico, psicológico y sociológico.
3. Ética procesual, cuya consideración fundamental es la evolución y adaptación a los cambios del progreso (incluido el científico).

Ética médica

Ética profesional. “Es el conjunto de facultades y obligaciones que tiene el individuo en virtud de la profesión que ejerce en la sociedad”.

Ética médica. “Es el conjunto de normas o deberes particulares a los que el médico debe ajustar sus actos durante el ejercicio de su profesión”.

Son los deberes del médico para normar su conducta con relación a sus pacientes, otros médicos, personal paramédico, gente en general, su propia familia, la comunidad, la sociedad, etc. Para que una acción sea considerada acto ético genuino debe ser:

- Realizada con libertad; sin coacción interna o externa.
- Efectuada con conocimiento de causa.
- Hecha con disposición de servicio y buena voluntad.
- Seleccionada como la mejor opción por su esencia, entre otras alternativas de solución.

BIOÉTICA

La bioética es un término recientemente acuñado para definir las relaciones entre lo ético y lo biológico; designa a una disciplina de estatuto aún no bien definido, puesto que su concepción es más amplia que la propia ética, abarcándola, pero no limitándose a ella. Esta disciplina (con desarrollo, desde el año de 1970) representa una forma de impartir mayor racionalidad ética a las decisiones sobre la vida en general, incluyendo la salud.

Comprende todos los aspectos éticos relacionados entre sí con ingerencia en la biología. Incluye las normas incidentes en la buena conservación biológica, que a partir del hombre y su propio ambiente, se extiende a toda la escala biológica y, en especial, al ambiente que propicia su óptima existencia. Estas normas las fija el hombre de acuerdo a su criterio (variante en el desarrollo de la humanidad) sobre lo considerado bueno o malo para las especies biológicas y su ambiente.

Este término se formó al anteponer el prefijo *bios*, en latín vida al vocablo *etica*, abarcando tanto al hombre como a las repercusiones que produce en su ecosistema, el planeta y

el espacio extraterrestre. Visto así, la bioética trata de las normas que rigen la conducta del hombre entre sí, con las demás especies biológicas y las consecuencias que dicha conducta refleja en su ecosistema.

Abarca al hombre en cuanto a la preservación de su microambiente y macroambiente; su salud; seguridad; población; y además, a todos los seres del reino animal, vegetal y mineral, con preservación, conservación y equilibrio ecológico; en la atmósfera: contaminación y polución ambiental, pérdida de la capa de ozono; en la tierra: conservación de ríos, lagos, mares, lluvia ácida, desforestación, desechos radiactivos, etc.

Bioética médica

En la *Encyclopedia of Bioethics* se define “Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales”.

El profesor Casabona refiere “Se trata de una nueva ciencia que se dedica a estudiar las implicaciones que tienen para el hombre y el ambiente los progresos de las ciencias médicas y biológicas. Pero no sólo desde el punto de vista ético o moral, sino también filosófico, jurídico, social, económico, etc.”

Al incluir el término **médica** al de **bioética** se circunscribe este enorme campo de acción al ámbito de la medicina. Se mantienen las mismas normas, conceptos, preceptos, aplicaciones, implicaciones, etc. de la ética médica tradicional; sus principios siguen vigentes; han sido y siguen siendo esenciales y algunos de ellos básicos que perdurarán por siglos; otros sufrirán modificaciones para adaptarse al avance de la humanidad (tal vez algunos moralistas los calificarán de retrocesos), para estar acordes con otros criterios humanos (incluso políticos) o de otras ciencias afines a la medicina, a la evolución tecnológica o de la propia humanidad.

Con la bioética médica se trata de incluir nuevos conceptos, adelantos científicos y criterios cambiantes, que plantean actualmente nuevos retos a la ética médica tradicional y era menester un nuevo planteamiento de esta rama de la medicina; un cambio de nominación era preciso para ampliar el rígido campo de acción de la ética sobre el exclusivo ámbito de la medicina en su carácter puramente curativo; haciendo hincapié en el aspecto biológico y poder aumentar a la ética médica tradicional los nuevos retos generados por los recientes adelantos científicos en investigación y tecnología; además de adecuarse a los criterios cambiantes propios de la evolución de la especie humana.

La concepción moral para el ser humano de fines del siglo XX, poco a poco va cediendo su lugar preponderante y va adquiriendo hegemonía la ética, como una responsabilidad individual en todos los ámbitos y especialmente en el médico. También se empieza a visualizar a la bioética como un compromiso voluntario con todos los demás seres con los que se convive.

La medicina está cediendo en sus campos de acción, pasando de la moral a la ética y de ésta a la bioética y en la medida que se transforma ante los nuevos adelantos técnicos, científicos y sociales se abren nuevos campos no sospechados anteriormente y este cambio progresista amplía sus horizontes de tolerancia, dando lugar a que ahora pueda discutirse abiertamente sobre pros y contras, posibilidades de conveniencia o restricción de acciones médicas en temas como anticoncepción, aborto, procreación asistida, diagnóstico de la muerte,

trato a comatosos y pacientes irrecuperables, deseo manifiesto de morir, suicidio, distanasia, eutanasia, bebés de probeta, madres subrogadas, embriones almacenados y su uso en investigación, cadáveres y órganos humanos conservados para trasplante, ingeniería genética, duplicaciones, clonaciones, hombres transgénicos, desciframiento del código genético y su promisorio utilización, etc. hasta llegar teórica y prácticamente a “poder decidir cuándo, cómo, de qué y por qué nacerá o morirá un ser humano”.

La Bioética Médica tiene como gran reto encontrar un justo balance ético entre la postura ética y los avances científicotecnológicos de la medicina.

Por un lado los moralistas ultraconservadores (en pugna y lucha de poder) que en el siglo XVI llegaron a contemplar con inmenso júbilo como hervía la sangre y crujían los huesos de Miguel Servet mientras se calcinaban en aras de expiar su abominable pecado (lo acusó Calvino de herejía por definir la circulación menor y la oxigenación sanguínea) y purificar su alma en la gloriosa hoguera de la Santa Inquisición, como ejemplo de intolerancia religiosa; y por otro lado, los crímenes llevados a cabo por investigadores médicos nazis de la Alemania hitleriana en busca de una raza superior, que pudieran repetirse, de no acotarse, mediante las acciones en genética actual con fines eugenésicos, con logro potencial de clonaciones que conllevan la posibilidad real de creación de individuos idénticos al clonado o genéticamente perfectos; de hacerlos en serie mediante duplicaciones y derivados de algún prototipo donador, y teóricamente logrando seres humanoides sin voluntad, incluso sin identidad ni individualidad como humanos por crearlos acéfalos parciales o totales; perspectivas que filosófica, moral, ética y racionalmente se contemplan difíciles, sino imposibles de aceptar.

Entre ambos extremos, unos pasados y otros actuales, la Bioética Médica debe procurar mediar en el establecimiento de un equilibrio, arduo, difícil de lograr, porque los preceptos éticos avanzan lentamente ante las nuevas perspectivas tecnológicas y de investigación en humanos que alcanzan velocidades vertiginosas en sus nuevas e irrefrenables aportaciones.

LEGISLACIÓN

La ética y la moral se entienden como responsabilidad libremente asumida, sin alcanzar categoría jurídica; la ley tiene que ver de algún modo con la sanción. El derecho fija normas específicamente ligadas a las necesidades, carencias y deseos del hombre, además de la correspondiente pena al infractor.

Existen leyes tendientes a regular la responsabilidad profesional descritas en los códigos penales y civiles de estados y países. Son normas jurídicas que establece el estado para garantizar un ordenamiento social; son exigibles por coacción y su transgresión implica una determinada pena.

Algunos códigos de ética de la antigüedad contenían disposiciones que autorizaban al organismo dirigente a tomar medidas disciplinarias contra aquellos miembros que violaban la ética profesional dictada por el grupo.

Cuando un acto médico afecta el interés público catalogado en la legislación o infringe normas (aunque sean éticas) pero incluidas en los códigos penales, el profesional se hará acreedor de una pena legal.

REFERENCIAS

- Campbell CS:** "El significado moral de la religión para la bioética". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol.108, No. 5 y 6, p. 6-14, mayo-junio, 1990. 406-413, Washington, D.C , EUA.
- Carrada Bravo T:** "Medicina tradicional en México". Rev. Médica del IMSS (Méx.),vol. 20, p. 217-200, 1982.
- Cervantes J, Bulnes F:** "La función social del médico en la comunidad". Rev. Médica del IMSS (Méx.),vol 21, No. 5, p. 266-269, 1985.
- Cordera A, Bobenrieth M:** "Administración de sistemas de salud". Tomo. I, p. 43-52, Edit. Los autores. Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Cordera A:** "Sistemas no tradicionales de atención médica". Rev. Directivo Médico, vol. 1, No. L, p. 49-57, 1994.
- Fajardo OG:** "El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica". Rev. Médica del IMSS (Méx.),vol. 29, No. 1, p. 55-9, 1991.
- Flores Gutiérrez M:** "Responsabilidad y función social del médico contemporáneo". Rev. Med. del IMSS (Méx.), vol. 30, N. 1, p. 47-9, 1992.
- Foucault M:** "El nacimiento de la clínica". México. Ed. Siglo XXI, 1966;16-42.
- Foucault M:** "El nacimiento de la Medicina Social". Rev. Medicina Tradicional III, 3-16, 1982.
- Frenk Mora et al.:** "Presente y futuro de la profesión médica". Gaceta Médica de México, vol. 128, No. 2, p. 143-150, marzo-abril. 1992.
- Gaona Velasco JF:** "Ética y Medicina". Rev. de la Facultad de Medicina, 29 (3), 1986, México, D. F.
- García D:** "Introducción a la bioética médica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana , vol. 108, No. 5 y 6, p. 374-378, mayo-junio 1990. Washington, D.C. , EUA.
- Heredia-Duarte A:** "Reflexiones sobre la Medicina Institucional Mexicana". Rev. Gaceta Médica de México, vol. 98, No. 4, p. 488-504, 1968.
- Hortelano A:** "Moral de bolsillo". Edit . "Sígueme". 1989; 1725. Salamanca, España.
- Laguna J:** "Los niveles de atención de la salud en México". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 20, p. 217-220, 1982.
- Lifshitz A:** "La decisión terapéutica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol 33, No. 5, p. 439-444, 1995.
- Mac Gregor C:** "Políticas para la atención médica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 21, No. 6, p. 477-479, 1985.
- Martin Sass H:** "La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 391-398, mayo-junio, 1990. Washington, D.C. EUA.
- Muñoz O et al.:** "Humanismo y ciencia médica. Una falsa dicotomía". Rev. Med. del IMSS (Mex.), No. 1, vol. 33, p. 1-8, enero-febrero, 1995.
- Murray Lawton:** "Ética médica". Rev. El Colaborador Médico, cap. 7, 2° ed., 1974, México.
- Ortiz Quesada F:** "La ética y los servicios de salud" Conferencia en el Congreso Conmemorativo de los 150 años del Hospital Juárez de México, septiembre. 1997.
- Pellegrino E:** "La relación entre la anatomía y la integridad en la ética médica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 379-390, mayo-junio 1990. Washington, D.C., EUA.
- Roldán González J:** "Ética médica", 3a ed, México, D.F., Edit. Librería parroquial de Clavería, 1990; 55-69.
- Sainz Janini JM:** "Funciones del médico general en el sistema de atención médica". Boletín Médico del IMSS (Méx.), vol. 20, p. 191-196, 1978.
- Scholle Connor. S, Fuenzalida-Puelna H:** "Bioética. Presentación del número especial". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 369-373, mayo-junio, 1990. 369-373, Washington, D.C., EUA.

- Valdéz Durón J:** "La Medicina Familiar en el IMSS". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 21, No. 6, p. 524-526, 1985.
- Velasco Orellana R:** "Reflexiones y pronóstico de la medicina familiar". Rev. Médica del IMSS (Méx), vol. 30, No. 4, p. 275-279, 1992.
- Velasco-Suárez M:** Coordinador del Simposio: "Bioética pragmática en cirugía neurológica". Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 3, p. 211-229, mayo-junio, 1997.
- Villalpando GJ:** "Ética médica". Rev. Med. del IMSS (Méx.), vol. 29, No. 1, p. 5-12, 1991.

Perfil del médico

“La salud se ha convertido en mercancía”.

Pablo Latapí

GENERALIDADES

Continúa el Dr. Latapí: *“Tiene un precio y un mercado, un sistema que la produce y un público que la demanda, un instrumental que la obtiene y una publicidad que asegura su consumo. El paciente ha desarrollado actitudes propias del consumidor y el médico las de intermediario, que asegura la adecuación entre un aparato productor de medicamentos, los servicios y una demanda”.*

Inicialmente la medicina era mágica, posteriormente se transformó en arte y después en ciencia, sin perder una parte importante de arte y conjuntamente con tecnología, la medicina como ciencia, logra el balance ideal para ejercer profesionalmente.

El cambio de arte a ciencia se da a partir de los principios griegos definidos como **Juramento y Ley de Hipócrates**. En el primero se indican las normas éticas que debe guardar el médico durante el ejercicio de su profesión. En la Ley de Hipócrates, menos conocida, define a la profesión médica, su prestigio y condiciones que debe reunir el que se dedique a la práctica de la medicina. Por considerarse trascendente se transcribe:

LEY DE HIPÓCRATES

“La medicina es la más noble de todas las profesiones; y sin embargo, por la ignorancia de los que la ejercen y de los que juzgan de ella con ligereza, ha venido a ser colocada en último término. Me parece ser la causa principal de tan falso juicio el no tener la medicina, en los pueblos, otro castigo que la falta de consideración, la cual no acepta a los sujetos que de ella hacen un medio de vivir; se parecen éstos, en mucho, a los personajes de las tragedias, pues así como los actores usan el traje y la figura de aquellos a quienes representan, sin ser lo que ellos; de igual manera entre los médicos hay los que lo son de nombre y no por los hechos. El que se dedica a la medicina necesita reunir las condiciones siguientes: disposición natural, enseñanza, sitio apropiado, instrucción desde la niñez, amor al trabajo y mucha aplicación”.

Arnoldo de Vilanova, médico español del siglo XIII, influenciado por la moral cristiana, y citado por Julio Roldán, médico y sacerdote; redondeaba las características del médico ideal diciendo:

"El médico para saber, debe ser estudioso; en el prescribir cauto y ordenado; en sus respuestas circunspecto y prudente; ambiguo en sus pronósticos; fiel a sus promesas, pero no asegurarse la salud, porque ello sería usurpar el poder de Dios y ofenderlo; prometa circunstancia y diligencia; en las visitas sea discreto; en el hablar comedido; en sus afectos moderado y benévolo con el paciente."

CUALIDADES QUE DEBE REUNIR EL MÉDICO IDEAL

La aplicación de las siguientes condiciones que debe reunir el médico es el llamado **perfil del médico**, esto es, las cualidades ideales que debe tener para lograr óptimo desempeño de su profesión y lograr la imagen que la sociedad espera de él. Éstas generalmente se acuñan; esto es, son vivencias inculcadas en el seno familiar y forman parte del bagaje cultural de cada individuo. Las vivencias posteriores, raciales, ambientales, sociales, pueden relativamente influir en la aplicación individual, personalidad y comportamiento ante estas ideales cualidades.

Es difícil encontrar el nivel taxonómico de las 1 001 cualidades que supuestamente debe reunir el médico, en cuanto a su personalidad, capacidad, carácter, relación con pacientes, familiares y compañeros, durante y para el ejercicio de la profesión y fuera de ella, por lo que se expondrán las principales de estas utópicas y románticas características por orden alfabético:

Abnegación al enfermo, a la sociedad, a la humanidad, puesto que el médico debe entregarse incondicionalmente al servicio de su profesión todos los días y horas del año, y debe darse sin egoísmo. Conforme avanza en la profesión y edad, el desgaste intelectual del médico suele ser superior al físico; el joven requiere de mayor vigor porque su labor operativa es más intensa; debe mantenerse en condiciones saludables y saber reconocer cuando se presenta la fatiga que puede impedirle actuar con eficiencia. Esta abnegación debe llevarle a ser cada día mejor, adquirir y mantener habilidades, conocimientos médicos y de cultura general para sobresalir siempre en su profesión.

Adaptabilidad al carácter, personalidad, nivel social, cultural y económico del paciente y sus familiares, a sus expectativas y demandas. También debe adaptarse a sus compañeros de trabajo y al nivel profesional que desempeña, tanto en la práctica privada como en la institucional. Adaptabilidad en su trato con pacientes, familiares, compañeros y alumnos. Es imposible lograr alivio, consuelo, confianza y estima del paciente sin trato afable y cortés. El despotismo cierra las puertas a toda buena relación inter-personal, especialmente a la del médico con el paciente.

Altruismo no es regalar los servicios. El médico debe cobrar justamente sus honorarios, sin comercializar con el dolor humano. En caso de considerarlo conveniente y a su libre albedrío puede obsequiar su trabajo; pero es erróneo pensar que el profesionista de la medicina, no tenga que ser retribuido económicamente de acuerdo a las posibi-

lidades del paciente y muy especialmente de las instituciones que lo contratan. El médico en el desempeño honesto de su profesión debe recibir ingresos económicos que le permitan una vida decorosa, acorde con el nivel social que le corresponde.

Amor a la humanidad y a su profesión. Decía Paracelso: *“El más hondo fundamento de la medicina es el amor... si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina; si es menguado, menguados también serán nuestros frutos, pues el amor es el que nos hace aprender el arte y fuera de él, no nacerá ningún médico”*.

Apostolado el llamado **apostolado de la medicina** no implica servicios gratuitos, el médico también tiene necesidades que satisfacer y metas que alcanzar. El apostolado, si acaso, debe entenderse como entrega total e impecable ejercicio de la medicina. Jamás confundirlo con vida de penurias económicas por no cobrar honorarios.

Atención esmerada y acuciosa durante el interrogatorio, exploración y en la interpretación de síntomas y signos, estudios de laboratorio y gabinete, para dar confianza al paciente y demostrarle interés por conocer y resolver el problema médico o social que afecta su salud. Debe además, estar atento en todas sus acciones, sin perder su concentración durante el trabajo médico y especialmente quirúrgico.

Autocrítica para conocer sus propios alcances, valías, aciertos y errores, e incluso increparse a sí mismo; *“Grave es el peso de la propia conciencia”*. Cicerón: *De natura Deotum*, III, 35.

Autoestima es importante para valorarse a sí mismo, sin egoísmo ofuscador; *“Es propio de los necios ver los vicios ajenos y olvidar los propios”*. Cicerón: *Tusculanos*, III, 30. Lo mismo asevera el refrán popular: *“Ver la paja en el ojo ajeno y no ver la viga en el propio”*.

Calma en momentos de urgencias médicas, quirúrgicas, o ambas, dadas las consecuencias mortales que acarrearía su falta de ecuanimidad; el nerviosismo impide actuar con precisión y prontitud para resolver situaciones críticas. Debe demostrar calma para tranquilizar la angustia propia del enfermo y lograr ser paciente y comprensivo con él y sus familiares.

Capacidad en el trabajo, para laborar intensamente, lo cual implica vigor físico e intelectual con objeto de estar siempre disponible, sin horarios ni descanso; nunca se sabe cuando se requieran sus servicios. Capacidad de meditación sobre lo que está haciendo, de discernimiento, de autoevaluación, de reconocer errores, fracasos y éxitos. Capacidad de trabajar en equipo, dominando los celos profesionales que corrompen, reconociendo las propias capacidades y las ajenas; así como el **papel** que desempeña cada uno dentro del grupo de trabajo.

Capacitación para poder practicar la medicina con honestidad. El médico que no se capacita, que no adquiere conocimientos al máximo de su potencial intelectual, es un fraude. La velocidad con que avanza la ciencia actual es de tal magnitud que “puede asegurarse, sin temor a exagerar, que el médico que se gradúa hoy y deja de estudiar mañana, estará atrasado pasado mañana”.

Es imprescindible capacitarse continuamente, estar actualizado para que los adelantos científicos y tecnológicos no rebasen los conocimientos necesarios para la óptima práctica médica. De otro modo, los servicios ofrecidos no son los mejores y en lugar de ser útil a la sociedad, el médico se convierte en un peligro para ella. Además, debe ampliar otros campos del saber humano en íntima relación con su

profesión, que permitan situarlo como individuo integrante de un núcleo familiar, grupo de trabajo, sociedad, comunidad, país, etc.

El Dr. Félix Martí Ibáñez dijo al respecto: *“En la noble carrera de la medicina no hay cabida para aficionados; todos en ella se debe aspirar a ser maestros de lo que se hace, pues los errores de los carpinteros, de la medicina y de los aprendices de recetadores son gravísimos”*. El maestro Dr. Ignacio Chávez sentenció: *“Uno debe ser el artífice de su propia formación intelectual”*.

Carácter optimista, entendido como la convicción de lograr alcanzar el mejor resultado posible en cualquier situación, siempre y cuando esté deseoso y decidido a trabajar intensamente para lograrlo. Refiere el Dr. Horacio Jinich *“Sólo el optimista puede ser médico; el pesimista no lucharía con la muerte hasta el final, hasta el último aliento y todavía después de ello, intentando y acaso logrando, resucitar al paciente”*.

Para lograr credibilidad del enfermo y que se **ponga en sus manos**, el médico, como parte de su carácter, debe ser veraz, explícito, realista y congruente en sus diagnósticos, prescripciones y recomendaciones. Solamente con objetividad logrará confianza. El médico debe tener **buen carácter**, que implica cualidades como: sentido del humor, jovialidad, paciencia, comprensión, ecuanimidad, y que inspire confianza y sapiencia para propiciar empatía con el paciente.

Colaboración con todos los miembros del equipo de salud: médicos, enfermeras, paramédicos, personal auxiliar, administrativo y directivo, para lograr armonía, satisfacción y eficiencia en el trabajo.

Compañerismo implica apoyo mutuo en labores y conocimientos. Sin servilismo ni adulaciones, sin cohecho ni presiones, sin cariño ni odios, sin solapamientos ni acusaciones infundadas, sino con ayuda multidisciplinaria para óptimos resultados laborales.

Desgraciadamente existen charlatanes de la medicina (hasta con título) que tratando de desprestigiar hablan mal de sus colegas y espantando a los pacientes con diagnósticos rimbombantes y graves pronósticos pretenden adquirir prestigio al aparentar ser la salvación del paciente.

Comprensión para los que sufren, dedicando el tiempo suficiente para que exista entendimiento al real problema del paciente. Los clientes deben recurrir al médico no para recibir una receta, sino comprensión para lograr alivio y consuelo a su padecimiento. Refiere el Dr. Eduardo Cesarman: *“Los problemas fundamentales de la existencia del ser humano no son los microbios, el cáncer, la arteriosclerosis, etc., sus problemas básicos son la necesidad, la mezquindad, la pequeñez de espíritu; nada de ellos será remediado solamente con sofisticados procedimientos de diagnóstico, costosas e innumerables medicinas, equipos electrónicos o hábiles manos de cirujanos; seamos médicos, ocupémonos de la mente comprendiendo al paciente y podremos curar el cuerpo o cuando menos lograr la aceptación de la enfermedad.”*

Conducta ejemplar debe mantener el médico en todas sus actividades, no solamente cuando ejerce la profesión. “Son raros, en efecto, los que blasfeman con la lengua, pero son muchos los que blasfeman con la propia conducta”. San Agustín: *In iohannis Evangelitium Tractatus*, 27, 11 (PL 35,1621). El médico debe tener siempre una actitud prudente, cauteloso, comedido, como aseguraba Bias, uno de los siete sabios de Grecia: *“nada en demasía”* y *“la mayor riqueza es no desear nada”*.

Cumplimiento en el deber; de nada servirá acumular conocimientos y no aplicarlos a los pacientes, quienes deben ser el principio y el fin de su motivación como médico y

la verdadera razón de su existencia profesional. Reza un anónimo *“puede tolerarse la ignorancia, pero jamás perdonarse la negligencia”*. El médico debe dejar de lado toda desgana en el cumplimiento de su deber; tiene que sentir el dramatismo de la lucha entre salud y enfermedad. Dice el Dr. Julio Roldán *“El médico debe ser fiel al deber, a todo su deber, porque es su deber”* y tiene que realizarlo en forma servicial, cortés, amable y humilde. Un proverbio popular dice *“La ignorancia puede ser no ética o inmoral; la negligencia o la omisión por apatía es delito”*.

Decisión en sus acciones, los titubeos siempre son malos, pero en medicina pueden ser mortales. Una actitud indecisa hace perder tiempo preciso en el actuar terapéutico, especialmente en casos urgentes o cuando menos deteriora la imagen. *“Si el médico titubea en su proceder, el paciente dudará de su conocer”*, proverbio popular. Debe entenderse la decisión, como la capacidad para tomar una determinación entre varias alternativas y hacerlo en el momento adecuado, sin precipitación, sino que se actúe con el propósito firme de realizar lo que se desea una vez que se poseen los elementos de juicio necesarios y no esperar tibiamente que los problemas se resuelvan por sí solos. La decisión para realizar una acción médica puede tardar segundos en caso de urgencia o largo tiempo cuando se requieren estudios de apoyo diagnóstico; pero, una vez tomada la decisión, debe ponerse de inmediato en acción, con determinación y firmeza, supervisando su aplicación y resultados.

El filósofo Ortega y Gasset dijo: *“Es inmoral pretender que una cosa deseada se realice mágicamente, simplemente porque lo deseamos. Sólo es moral el deseo que acompaña la verdadera voluntad de aprontar los medios para su ejecución”*. La decisión debe ser imparcial, jamás anteponer prejuicios; los intereses en ningún caso deben ser factor decisivo en el curso de un acto médico. Cuando el médico se enfrente a una decisión justa, aunque sea desagradable, debe actuar tesoneramente y con habilidad según sus más profundas convicciones o enfrentarse con igual valor a las consecuencias.

Decoro es la dignidad social; el respeto, honor y deferencia que debe tener y presentar el médico durante el ejercicio de su profesión.

Destreza y habilidad manual suficiente para realizar la exploración clínica necesaria e integrar un diagnóstico. En caso que su actividad profesional tenga relación con actos quirúrgicos, su capacidad manual debe rayar en el arte, y como todos los artesanos debe adiestrarse continuamente. Para el cirujano mantener sus manos hábiles es como la actualización y estudio para el internista.

Dignidad profesional cuidada al máximo. Incluye la dignidad personal, un respeto a sí mismo, evitando dar mala impresión, alejando cualquier sospecha de vida escandalosa (mujeres, vino, juego, fraudes, abusos, mentiras, etc.). La vida intachable del médico le ayudará a cimentar su fama profesional. Ser digno es predicar con el ejemplo. Jamás defraudar a los pacientes para no perder su confianza, no prestarse a situaciones comprometedoras que pongan en entredicho su integridad y buena imagen. El trato con los pacientes debe ser igual, sean amigos o enemigos, ricos o pobres...y de dar preferencia, que sea al menesteroso.

La dignidad en el ejercicio profesional implica la aplicación de los principios éticos hasta sus últimas consecuencias. El prestigio de la profesión es el resultado de la suma y resta de los prestigios individuales y cualquier falta de uno de ellos perjudica a toda la clase médica. ¡El médico debe ser digno de tan sublime profesión!

Ecuanimidad para no involucrarse psicológica y sentimentalmente con sus pacientes. Ocasionalmente se necesita mucha fuerza de voluntad y mesura para eludir estas acciones.

Educación esmerada desde la primera infancia; se acuña, se adquiere de consejos y ejemplos de los padres durante la crianza, es el proceso de socialización en el hogar; posteriormente en las escuelas y facultades se enseñan técnicas, artes, oficios, ciencias y letras, pero jamás educación. El médico debe ser amable, cortés, condescendiente, prudente, respetuoso de las ideas de pacientes y amigos, en una palabra, **debe ser bien educado**. ¡Esto hace la diferencia entre un patán de la medicina y un verdadero médico!

Habilidad en el ejercicio profesional para aplicar los principios conocidos a los casos particulares que se presenten; para conjuntar un diagnóstico entre síntomas, signos, datos de laboratorio y gabinete; para seleccionar el tratamiento adecuado y convencer al paciente de seguir las indicaciones terapéuticas, higiénicas y dietéticas; para formular un pronóstico y en caso de que éste sea mortal, tener la habilidad para confortar al paciente y a sus familiares. La medicina es ciencia y arte, la ciencia se adquiere con el estudio, pero es menester tener la habilidad adecuada para ser artífice de la medicina.

Honestidad para autoanalizarse y lograr mejor conocimiento de sí mismo, reconocer fallas, nada se puede hacer si se esconden o ignoran. Es muy conocida la frase *"Se puede engañar con cierta facilidad a muchas gentes, es más difícil engañar a pocas gentes, pero es imposible engañarse a uno mismo"*. El médico está obligado a responder con honestidad a la confianza que el paciente le deposita. No es justo engañarle. Todavía la profesión médica goza de cierto prestigio y estima, esto compromete a actuar con honestidad. El médico debe dar lo mejor de sí mismo a las personas que buscan su guía al atravesar por enfermedades u otras penurias físicas, mentales o sociales. Este dar debe ser total, al límite del esfuerzo físico y mental; se trata de la salud de un ser humano y acaso su vida. El Dr. Jaime Wooldrich dice con justificada razón refiriéndose a la profesión médica: *"Debe reconocerse y casi proclamarse que la medicina es uno de los últimos reducidos, quizás el último, de la honestidad y cumplimiento del deber; es decir, de lo que queda en la práctica de los conceptos de la ética o la deontología"*.

Humanitarismo en todas las acciones médicas por tratarse de personas con sufrimiento, que necesitan atención, comprensión, amabilidad, cariño, consuelo; esto es, trato adecuado a su calidad de humanos. ¡El no actuar así colocaría al médico a la altura y categoría de cualquier burócrata! ¡El humanitarismo es amor al paciente y su expresión! El paciente es algo más que órganos y tejidos, es un ser humano, con ilusiones, aspiraciones, metas, obligaciones propias, familiares, laborales y sociales, que en ese momento se ven frustradas por la enfermedad. Durante su padecimiento atraviesa por una serie de dificultades físicas, psíquicas y sociales que repercuten en su conducta: se torna aprensivo, dependiente, exigente y agresivo, por lo que el cuidado de los enfermos exige una vocación especial: dedicada, generosa y humanitaria. El Dr. Romeo González Constandse refiere: *"Los médicos siempre estaremos a la vanguardia de quienes buscan el camino hacia un futuro mejor para el hombre"*.

Humildad sin sumisión, pero sin altanería, debe ser patrimonio del carácter y trato del médico hacia sus pacientes. Al propósito, el Dr. Félix Martí Ibáñez en una recepción de médicos indicaba: *"Recordar que lo importante en la vida es ser grande, no enorme. Lo importante no es tratar de ser un hombre poderoso, sino un gran hombre. Que vuestras acciones sean grandes, sin que por ello perdáis vuestra humildad y modestia personal"*.

El médico fue tradicionalmente trabajador individualista, algunos hasta la soberbia; la medicina moderna, integral, socializada o no, requiere de trabajo en equipo multidisciplinario, y el médico debe tener la humildad de reconocer sus limitaciones, estar consciente de que en infinidad de ocasiones el individuo aislado poco o nada puede hacer; que un grupo de personas que unen sus esfuerzos con la mejor voluntad, tienen más posibilidades de éxito; que existe personal experto en ciertos parámetros de la medicina, los especialistas, que dominan su reducido campo de acción y que los médicos deben utilizar todos los recursos disponibles a su alcance para el bien de los pacientes, sin celos profesionales que los cieguen. Esta es la única forma de **trabajar en equipo**.

Integridad en todos los actos y especialmente durante el ejercicio de la medicina. Decía Gerald Austen: *"Integridad es la honestidad vuelta hacia dentro"* y definía al hombre íntegro como *"el que reconoce en forma realista, tanto sus talentos como sus limitaciones; el que se conoce, acepta, comprende y confía en sí mismo; cuyas acciones nunca están en contradicción con sus convicciones; que vive en armonía consigo mismo y que es, por tanto, capaz de vivir en armonía con el mundo"*; agregaba además, *"la integridad debe atemperarse con el tacto, la humildad, la compasión y el respeto genuino a los demás..."*.

El médico a su vez, debe respetar la integridad de su paciente, salvaguardarla, plantear los hechos clínicos y terapéuticos, ponderar los riesgos y beneficios, sin explotar los temores o ansiedades del enfermo, sin usar su poder de convicción para forzarlo a conductas que él desea. El médico debe estar consciente del estado de dependencia que puede crear, dada la vulnerabilidad del individuo enfermo y debe ser responsable del respeto a su integridad personal. Por tanto, el determinante en última instancia de la decisión terapéutica no debe ser solamente el médico, el paciente o la comunidad, lo ético es la determinación conjunta con el paciente, sin presiones, con respeto a la integridad de ambos. Así pues, el médico toma la decisión con y por el paciente, velando por sus intereses; esta formulación preserva el derecho legal de la autodeterminación y el derecho ético de la integridad de las personas.

Lealtad es una de las cualidades más estimables en el hombre y debe reflejarse en el propio individuo, en este caso del médico hacia el paciente, sus familiares, la profesión médica y la humanidad. Refiriéndose a la lealtad alguien dijo *"es la piedra miliar del éxito, porque quien entrega su lealtad a otro la ve regresar multiplicada 100 veces en el mismo número de diferentes formas, principalmente como reputación, confiabilidad y honradez"*. La lealtad en el propio individuo es similar a la integridad, esto es, *"actuar conforme a convicciones y no de acuerdo a convencionalismos"*.

Madurez en el carácter para toma de decisiones adecuadas, realizando evaluaciones objetivas, perfectamente sensatas, que generen respuestas acordes a principios ético-médico-sociales. Madurez en las relaciones humanas, no dejándose llevar por impulsos o exabruptos correspondientes a personalidad inmadura o pueril, lograrán que se alcance la confianza y respeto de pacientes, colegas y sociedad.

Memoria para recordar los conocimientos adquiridos y capacidad para ejercitarla. A pesar de considerar a la memoria como la inteligencia de los **tontos**, es menester cultivarla para retener en la mente toda la teoría estudiada. No se concibe un buen médico sin una buena memoria.

Observación de los fenómenos naturales y patológicos para poder discernir entre ellos. El médico debe tener espíritu de observación para percibir las cosas tal y como se pre-

sentan y distinguir los elementos principales de los datos a observar, clasificándolos de acuerdo a su importancia y valor, compararlos y relacionarlos entre sí para llegar a una conclusión diagnóstica real y objetiva.

En presencia de un enfermo, el médico debe por observación, percibir los fenómenos que presenta el individuo enfermo (y su diferencia con el sano) para encontrar las causas etiológicas de estas variaciones y su relación con elementos anatomofisiopatológicos y formular un diagnóstico correcto. La observación incluye datos de interrogatorio, exploración e interpretación de datos de laboratorio y gabinete. El poder de observación debe estar desarrollado al máximo en el médico internista, investigador y el cirujano.

Personalidad propia, sin estereotipos ni pretensiones, adecuada siempre a las circunstancias y sobre todo al paciente en su situación social, económica y cultural. De su personalidad dependerá la cualidad y calidad de la relación con su paciente. Debe lograrse empatía sin esfuerzo, sin tratar de cambiar, darse en su forma normal de ser, sin tratar de parecer agradable o desagradable, simpático o antipático, bueno o malo. El médico siempre debe pensar que representa una profesión, la más digna de todas y que debe comportarse con propiedad y prestancia. ¡Ser y vivir como médico!

Prestigio logrado con esfuerzo de generaciones médicas que lo precedieron en el ejercicio de la profesión y que debe mantener a pesar de la degradación de valores que se vive actualmente. También ha menguado el respeto a la autoridad, sea paterna, magisterial, ministerial o legal; a la mujer, niños y ancianos; a las normas sociales establecidas, tradiciones o patria; y a pesar de ello todavía el médico mantiene un cierto prestigio social, respeto y afecto de sus pacientes, incluso hasta admiración. Todavía con agradecimiento recibe ocasionalmente obsequiosas palabras de aliento y gratificación de los pacientes o familiares; en algunos pequeños pueblos de provincia existen todavía tres personalidades de prestigio: médico, cura y presidente municipal.

Dentro de las profesiones, la medicina tiene situación privilegiada, no alcanzada jamás por ninguna otra y para sostener este prestigio, por cierto precario, el médico debe actuar como tal, en el más amplio sentido de la palabra: dispuesto a servir con todos los atributos listados y especialmente cuidar del prestigio de la profesión: evitando intrigas entre médicos, no revelando errores de otros compañeros o imputándoles faltas que quizá nunca cometieron o intenciones que jamás tuvieron; es muy fácil criticar *a posteriori*. Parece ser que ¡el peor enemigo de la profesión es el propio médico!

El prestigio de la profesión es la suma de todos y el médico que se desprestigia con actos denigrantes (pocos por suerte, pero cualquier mal acto médico es gran noticia) o que difama a otro compañero, además de quedar pésimamente ante sí y la comunidad, ¡traiciona a su profesión!

Respeto especial que el médico debe a la dignidad humana y secundariamente a la protección del bienestar ajeno y derechos que tengan como hombres y como enfermos. El concepto de respeto a esta dignidad de hombre, va más allá de lo que se pueda adquirir con la preparación académica del médico. Depende más bien de la estructura sociocultural del médico (desde su niñez) que de su formación profesional. No respetar la dignidad humana es grave falta a la ética médica y demuestra al mismo tiempo, poca calidad humana del irrespetuoso.

Responsabilidad es aceptar y responder por la imputabilidad de sus propios actos y se define como la obligación de rendir cuenta ante la propia conciencia (responsabilidad moral o ética) o ante la sociedad (responsabilidad civil o penal). La responsabilidad profesional siempre será patrimonio de la ética o moral; aunque ciertos actos pueden caer bajo el dominio legal, sin que esto excluya la responsabilidad estrictamente personal y profesional exige una actitud de apertura al estudio e investigación que conduzca al médico a mayor perfección en su trabajo: ser cuidadoso de su información técnica y humanística, a la que debe acompañar un relieve ético y perfil bien definido, capaz de interpretar las distintas situaciones presentadas en el quehacer laboral, para saber elegir la correcta. La responsabilidad profesional está determinada por: la acuciosidad en el trabajo; la lucha sin descanso; mantener un sitio como servidor incansable de la salud, sin claudicaciones, ¡con entrega total!

Remuneración que el médico debe justamente percibir, para satisfacer necesidades y alcanzar metas. Los emolumentos que recibe por sus servicios, se llaman **honorarios** porque honra a quien los proporciona y demuestra el honor que el médico merece. No hay equivalencia entre el bien producido por el médico al enfermo y el valor del dinero. ¡La vida y la salud no tienen precio!, por tanto no cuesta. Como todo profesionista, el médico beneficia a los que requieren sus servicios y tiene derecho a recibir lo necesario para su subsistencia, progreso, desarrollo científico, económico y social, en aras de un bien propio y de su familia. Generalmente el monto de los honorarios varía de acuerdo al prestigio, especialidad, tipo de atención prestada y a la situación económica del paciente.

Seguridad en sí mismo y en sus conocimientos, le permiten desenvolverse sin temor ni dudas ante los retos planteados por enfermedades y muerte. El médico transmite esta seguridad durante su proceder y diálogo con enfermos y familiares, influyendo confianza. La falta de seguridad en el médico puede crearle una personalidad estereotipada que pone de manifiesto con palabras rebuscadas, diagnósticos ininteligibles, actitud distante y evasiva. Dice un dicho popular: ¡*“Un médico inseguro es un apuro”!*

Servicial, más no servil con los pacientes; esto es, pronta atención, conjuntando todos los esfuerzos para óptima atención, pasando por alto cualquier interés o formulismo, logrando atención oportuna, de alta calidad y con sentido humano.

Vocación para la profesión elegida. Es difícil, casi imposible ser médico cuando se carece de la mística necesaria para servir al prójimo, procurar hacer el bien y amar a la humanidad. Vivir entre enfermedad y muerte no es grato, solamente con verdadera vocación se logra superar la tragedia del dolor humano. La vocación es un llamado interior, y aquel que no sienta este deseo nunca llegará a ejercer cabalmente ninguna profesión; mucho menos entregarse a la medicina, que representa sacrificios, privaciones y dolor.

Si alguna de las cualidades, disciplinas o virtudes anteriormente listadas, que debe reunir o guardar el médico ideal durante el ejercicio en cualquier rama de su profesión produce (especialmente en el lector médico) un cambio de aptitud y en consecuencia modifica, aunque sea cambio mínimo su actitud frente al paciente, esta larga lista habrá logrado su objetivo.

REFERENCIAS

- Ariza HD:** "El médico y su personalidad". *Rev. Médica del Hospital General de México, S.S.*, vol. 55, No. 2, p. 40, abril-junio., 1992.
- Flores Gutiérrez M:** "Responsabilidad y función social del médico contemporáneo". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 30. No. 1, p. 47-49, 1992.
- González Constandse R:** "Ética Médica". *Rev. Medicina Integral*, vol. 1, No. 6, p. 70-79, abril 1978, México.
- Jinich H:** "Ciencia, tecnología y humanismo en medicina". *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 126, No. 6, 481-486, noviembre-diciembre. 1990.
- Latapí P:** "Medicina: ¿Crisis profesional o crisis humana? *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 115, No. 4, p. 151-156, abril, 1979.
- Lifshitz A:** "Lo humano, humanístico, humanista y humanitario en medicina". *Gaceta Médica de México*, vol. 133, No. 3, p 237-243, mayo-junio 1997.
- Pérez Alvarez JJ:** "Deontología Médica", conferencia en VII Curso para directivos en unidades de atención médica del IMSS, en 1976, p. 1-15, CMN, México.
- Roldán González J:** "*Ética Médica*", 3a ed., México, D.F., cap. 1, p. 35-40, Edit. Librería Parroquial de Clavería, 1990.
- Villalobos-Pérez JJ:** "El Hombre Médico", *Gaceta Médica de México*, vol. 132, No. 2, p. 205-210, 1996.

Relación médico-paciente

“Deslumbrados, quizá, por los adelantos técnicos y víctimas del vértigo al que nos someten las actividades en el mundo moderno, a veces no percibimos la deshumanización en que hemos caído, ni nos preocupamos por tomar medidas para que nuestra civilización esté acorde con la dignidad del hombre”.

José Manuel Sáinz Janini

EVOLUCIÓN DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Casi todos los animales tienen más o menos desarrollado el instinto de conservación y presienten la muerte; el hombre no escapa a ello y como complemento teme a la enfermedad por ser preludeo de la muerte.

Conforme la humanidad fue avanzando en su desarrollo e interacción social, aparecieron los temores a todo aquello considerado sobrenatural y lo deificaron. Se atemorizan de lo incógnito y tratan de protegerse de espíritus que los asedian y buscan dioses que los protejan. La muerte humana, más bien, su propia muerte, fue considerada mágica y angustiosa para la mayor parte de los pueblos primitivos. De aquí su afán por evitarla y cuando se relacionó a la muerte como consecuencia de una enfermedad, surgió la necesidad de eliminar; esto es, **curar** los padecimientos.

MEDICINA EMPÍRICA

Considerando a la enfermedad propia de los espíritus, la curación debería ser mágica. Se inician dentro de los grupos o tribus los hechiceros o curanderos dedicados al tratamiento de las enfermedades y de esta interacción surgió la primera relación **curador-doliente**.

En todo clan o tribu, aparece un jefe y a la par o incluso conjuntamente, los curanderos, magos, brujos o chamanes, primera clase profesional diferenciada. A pesar de que a la luz de los conocimientos actuales, éstos ejercían su oficio en ignorancia absoluta del proceso mental que los llevaba a realizarlo, no por ello el hechicero deja de ser un individuo con gran

perspicacia, astucia, viveza y posiblemente malicia mayores que el resto del grupo; y no obstante los continuos fracasos, no caían en desgracia y seguían confiando en ellos.

De este modo, la relación del curador con el paciente se establece por la omnipotencia, la sugestión y la posición que sus pacientes daban al hechicero de intermediario entre lo sobrenatural y lo terrenal, mentes sencillas que se dejaban influenciar por la teatralidad de sus actos.

MEDICINA GRIEGA

La medicina empírica continuó durante muchos siglos, pero con buena relación del paciente con su tratante, basada en la admiración por su capacidad de interpretación de los males y comprensión del dolor, además del respeto profesado al intermediario de las fuerzas del bien y del mal. El paciente creaba dependencia de su tratante y era depositario de toda su confianza, a veces ciega.

Hipócrates marca los principios éticos de esta relación del curador con el paciente y años después (600 o 1500 variación según autores), Galeno amplió y sintetizó esta relación, estableciendo normas y preceptos para su recíproca interacción, uno como paciente y el otro como médico; desde ahora investido con esta categoría. Este modelo hipocrático con su Ley y Juramento, representa el patrón tradicional de la relación médico-paciente, que no admite remplazo sustancial mientras existan seres humanos que sufran y necesiten atención médica como se concibe actualmente.

MEDICINA MEDIEVAL

Desde el siglo IV, hasta mediados del siglo XIII con el auge de la religión católica, la medicina clásica sufre un gran colapso, se vio envuelta de teología, regresó a la alquimia, la magia y la astrología, que le dieron un sentido mágico, de dogmatismo y fanatismo religioso. Sobre este derrumbamiento de la medicina, el Dr. Federico Ortiz Quesada, refiere *“era de esperarse que una disciplina basada en la observación y experimentación, como lo es la medicina, sufriera estancamiento, pues la Iglesia puso el acento en la salvación del alma”*. Sin embargo, el sentido de cristiandad aporta el amor, la misericordia, la ayuda al menesteroso y crea el concepto del **médico sacerdote** y posiblemente del **apostolado médico**.

El prestigio de la medicina corrió a cargo de los médicos del Islam. Árabes y judíos lograron la hazaña de transmitir y renovar los conocimientos greco-latinos y árabes de la Europa cristiana. El califa Ma'mun promovió la traducción sistemática de las antiguas obras y a partir del siglo X, las de Aristóteles, Platón y buena parte de las de Hipócrates, Galeno y Dioscóridos y sirvieron de base para el desarrollo de la medicina moderna.

Surgieron médicos como Avenzoar, Averroes y Avicena, considerado éste como el máximo exponente de esta época, comparado sólo con Galeno, de cuya obra realizó una síntesis. Maimónides, médico y filósofo escribió un tratado sobre ética. De este escrito del siglo XII, se recuerda un aforismo con respecto a la medicina: *“Se debe pensar, investigar, probar y comprender de un modo claro, pues nada es evidente, aunque provenga de una autoridad o de un sabio de reconocido prestigio como lo es Galeno”*.

Hipócrates, Galeno, Avicena y Maimónides son los eslabones de la gran cadena que es la humanidad en su afán de permanencia y progreso, de comprensión y ascenso. Es conveniente destacar que así como los griegos lograron el entusiasmo por el conocimiento, los hebreos heredaron el amor por la ética.

MEDICINA RENACENTISTA

El renacimiento, verdadera floración de artes, ciencias y letras transforma radicalmente la medicina, vuelven las tendencias clásicas de Hipócrates y Galeno, consideración del hombre: como médico y como enfermo; iniciándose una medicina científica, con amplia literatura conforme se difunde la prensa, verdadera fuente del renacimiento.

A fines del siglo XV, el médico relaciona al paciente como un producto de su medio y comprende su enfermedad como un desajuste integral. Al dejar su herencia mágica, la relación con el paciente pasa a ser un intercambio científico realizado con arte.

Las ciencias, cuando menos la medicina, pasan por periodos de adelanto y de estabilización con aparente atraso. La época barroca de la medicina medieval durante los siglos XVII y XVIII sirvió de inventario, recopilación y clasificación.

Destacaron los médicos Vesalio, Paracelso, Servet, Paré, Harvey, Boyle, Sydenham, Boerhaave, Leewnhoeck, etc.

MEDICINA CIENTÍFICA

A fines del siglo XVIII, tanto la medicina como la situación social que prevalecía en el mundo, estaban preparados para la **gran revolución**; siendo el máximo exponente la francesa con su lema "*Liberté, égalité et fraternité*".

Bajo estas ideas inicia el siglo XIX, aparecen los **Derechos del hombre** y con ellos el **Derecho a la Salud** y la interacción médico-paciente adquiere características propias. El médico, una vez más, modifica sus funciones en respuesta a los cambios sociales. Lo inquieta la investigación y el ordenamiento, primer impulso de una tecnología. El **método científico** impera, se rompen el charlatanismo y las especulaciones teóricas. La relación médico-paciente adquiere bases sólidas y se generaliza un método para llevarla al terreno científico.

MEDICINA ROMÁNTICA

El positivismo fue producto del materialismo, evitando toda especulación y al mismo tiempo justificó la presencia de un idealismo médico, iniciado en Alemania por Schelling, que con su teoría de la identidad del espíritu y la naturaleza, dio los primeros pasos hacia una medicina romántica.

Surge la concepción del **médico de cabecera**, **médico de la familia**, terapeuta integral, consejero y amigo, que hace de la relación médico-paciente una verdadera simbiosis, lazo estrecho de unión, incluso dependencia física y psicológica, donde el médico vuelve a alcanzar uno de los mayores prestigios en la sociedad. Sin temor a equivocarse se llama "al siglo XIX la época dorada de la relación médico-paciente".

El médico diagnostica con escasa tecnología, pero con mucha dedicación, observación y esmero, al estilo de la escuela francesa, formula indicaciones terapéuticas que sólo él conoce y el boticario adivina, que surtían efecto posiblemente más por la fe del enfermo que por la eficacia de las sustancias empleadas. La confianza en el médico es ilimitada, sus indicaciones se acatan, no se discuten, nadie se atreve a ponerlas en tela de juicio.

El médico de cabecera atiende los partos, cuida de niños, adultos y ancianos, se hace cargo de cualquier enfermedad que presenten, los acompaña a las intervenciones quirúrgicas y hasta acude a los entierros de sus pacientes. Es “el principio y final de toda acción terapéutica desde el nacimiento hasta la muerte”.

Época efímera; todavía soñada por muchos médicos y pacientes; pero, el propio positivismo y la revolución social desembocan en la “medicina de derechos” y el avance en el pensamiento científico y la transformación tecnológica fueron motivo para que los pacientes exigieran a la ciencia un número ilimitado de crecientes posibilidades, dando lugar a la:

MEDICINA MODERNA

A principios del siglo XX, dos guerras mundiales con pocos años de diferencia retrasan el avance de la medicina social del derecho a la salud, de la medicina comunitaria en lugar de la unitaria; pero los cambios ya gestados toman nuevo auge después de las conflagraciones, con nuevos recursos terapéuticos y tecnológicos. ¡La medicina tiene que transformarse! Perdura la práctica particular o privada y surge la medicina socializada, queda el médico tradicional familiar, pero los avances científicos y tecnológicos propician la necesidad de especialización y se perfila la división en niveles de atención médica y la regionalización adecuada de recursos para la salud.

Medicina familiar y especialidad

En el siglo XX, el conocimiento científico y tecnológico avanza a un ritmo vertiginoso y es necesario que el médico se diversifique; que limite su campo de acción, para conocer más de un solo aspecto, surgiendo las especialidades.

El especialista adquiere el prestigio científico y tecnológico y el paciente acude frecuentemente a él en forma directa, depositándole su confianza curativa; pero a este nivel no existe prácticamente confianza afectiva y no es óptima la relación médico-paciente.

La tecnología utilizada y la actitud de muchos especialistas, desplaza la relación humana, la consulta se vuelve impersonal; además, el enfermo solamente podrá negociar el padecimiento propio de esa enfermedad, sin considerar su integridad personal.

Para conservar o tratar de rescatar el prestigio del médico general se crea la especialidad de Médico Familiar; sin ser copia o nostalgia del médico de cabecera, éste se orienta hacia la sociología, antropología y la medicina preventiva además de la curativa. Debería llamarse **Médico de Primer Nivel de Atención**.

Se trata de mantener la buena relación con el paciente; pero difícilmente se logra crédito suficiente a este nivel para diagnóstico y tratamiento de ciertas enfermedades. El paciente solicita paso al segundo nivel de atención, o brinca al médico familiar buscando directamente en las especialidades curación a su padecimiento, sin importarle las buenas o malas relacio-

nes humanas; considerando al médico familiar más como orientador y oficial de salud que como tratante de patología.

Medicina institucional y liberal

Desde antes de nuestra era, Platón haciendo referencia a la relación médico-paciente, describe la existencia de *“una medicina menos detenida y otra más interesada”*. La primera en manos del médico de esclavos y el de guerras, el que no puede detenerse por los innumerables casos que debe atender. La segunda por un verdadero amor a la naturaleza, la practicaron los médicos de los hombres libres, su amor los llevó a establecer amistades prolongadas con sus enfermos, aplicaron su incipiente saber médico para discutir con ellos y explicarles su enfermedad.

Con variantes sustanciales, parece ser que este concepto se actualiza, existiendo también estas dos formas de relación con el paciente, tratándose respectivamente de esta relación en medicina institucional o social y, en particular, o privada respectivamente. ¡La historia siempre se repite!, presentándose una vez más la misma transición filosófica de otros tiempos.

Existe actualmente la necesidad objetiva de una medicina social y aparece una sorda pugna por mejorar la relación individual del médico con el enfermo, especialmente dentro del servicio que prestan las instituciones del Sector Salud.

Abunda en la literatura controversia sobre el tema, defendiendo a cada una y mostrando las principales diferencias, pero en general donde se hace más ostensible esta disparidad, es precisamente en la relación de médico-paciente.

La medicina liberal o privada e incluso en la particular, debe “cuidar” al paciente para mantener la clientela, en cambio en el sistema institucional o social está garantizada, hasta quizás en demasía. Este cuidar representa extremar **el sutil arte de la medicina** o dicho de otra manera **el sutil arte de la relación médico paciente**.

La doctrina humanista que anima a las instituciones de seguridad social y el esfuerzo directivo por lograr **atención de calidad y calidez**; no es fácil alcanzar a nivel operativo, donde además del médico influye con frecuencia la actitud de prepotencia y premura del usuario; el tipo de consulta médica: con papeleo estereotipado, volumen excesivo de pacientes, horario estricto, etc. lo que prácticamente hace confundir al ejercicio de la medicina institucional con una atención burocrática.

Realizando el médico un esfuerzo, podrá otorgar la misma buena relación con el paciente en cualquiera de los dos sistemas de atención y de hecho muchos de ellos lo logran.

MEDICINA ACTUAL Y FUTURA

La relación médico-paciente hasta la actualidad se había considerado como una relación paternalista y absolutista, donde el médico conduce al paciente por el camino que él considera conveniente. La democracia, los derechos humanos, civiles y políticos y la propia autonomía del individuo enfermo, hacen de esta relación una interacción verdadera, donde el paciente tiene plena conciencia de su calidad de agente autónomo, libre y responsable.

Bajo estos principios, se establecen criterios diferentes, pluralistas en cuanto a opiniones culturales, sociales, políticas, morales, éticas y médicas a respetar y lógicamente la rela-

ción medico-paciente puede ser mucho más conflictiva, toda vez que se establece una relación de autonomía y libertad entre el médico, el enfermo y la sociedad. **¡El médico no debe ordenar, debe convencer!** a un paciente con decisión propia.

El enfermo o sus familiares dejan de ser sumisos o pasivos, convirtiéndose en actores de su propia salud y mientras no se demuestre lo contrario debe suponerse que todo individuo procura su bienestar físico, mental y social; desde luego con diferentes criterios de lo considerado bueno o malo, conveniente o inconveniente; pero debe respetarse cuando la decisión del paciente tiene por base información veraz y oportuna, proporcionada por el médico como obligación y cuanto más amplia, mejor relación existirá.

La decisión terapéutica no puede ser exclusivamente la propuesta por el médico en lugar del paciente, ni por éste independientemente del médico. La condición óptima es aquella que proviene conjuntamente de ambos. Lograr esta conjunción no es siempre fácil ni rápida. El médico no tiene que ser omnipotente, él no tiene que decidir puesto que debe asumir su papel de consejero y asesor del paciente y guiarlo hacia una decisión compartida.

Dentro de la relación médico-paciente la toma de decisión debe tener como base bioética: el respeto a la individualidad y al valor del paciente como ser humano y el considerar su participación en decisiones fundamentales para futura salud y vida.

Con objeto de analizar la relación médico-paciente se considerará la práctica de la medicina en sus diferentes modalidades actuales.

Existen sistemas básicos de atención médica; esto es, distintas modalidades de otorgar la prestación médica en cuanto a consulta, hospitalización y otras prestaciones:

1. **Comercial competitivo.** Donde se ejerce la llamada medicina liberal, tradicional o privada con médicos que la ejercen en consultorios propios a su clientela y sin injerencia en la capitación de pacientes, a libre demanda.
2. **Profesional administrativo.** Modalidad también conocida como particular, donde la atención médica se proporciona a través de empresas, compañías particulares o de seguros de enfermedad.
3. **Democrático consultivo.** Llamado también institucional por otorgarse en instituciones del Sector Salud con injerencia gubernamental y a partir de éste, y debido a condiciones de aislamiento y marginación comienza a surgir la medicina comunitaria y popular.

MEDICINA TRADICIONAL O PRIVADA

Entendida como la realizada por algunos médicos generales o familiares y especialistas que reciben a pacientes en su consultorio privado por su prestigio personal o por la habilidad para conservar la clientela más o menos estable, que les permite subsistir, en algunos casos con bastante holgura económica.

Depende su clientela de variables como: posición socioeconómica, relaciones públicas, habilidad tecnológica y desde luego su prestigio y carisma. Este tipo de consulta tiende a disminuir progresivamente y acaso desaparecer. Mientras tanto, sigue conservando óptima la relación medico-paciente, como se describió en medicina moderna, su continuación.

MEDICINA PARTICULAR

Es aquella realizada como dependiente (no empleado directo) de grandes empresas o compañías de seguros, llamadas **compañías empleadoras**, los estadounidenses las denominan *Third party payers* (pagadoras de tercera partida). Estas compañías derivan pacientes a médicos que tienen a su disposición por convenio, pagando honorarios establecidos para cada tipo de intervención médica o quirúrgica realizada en sus consultorios o en hospitales preseleccionados.

Estas compañías pagan al médico un sueldo por: capitación (cantidad de personas asignadas, con cuota *per capita* a base mensual); por acto médico efectuado o alguna otra modalidad sugerida por los patrones y aceptadas por los médicos. Esta forma de prestación adquiere auge y parece se incrementará en un futuro, a expensas de la práctica tradicional.

Esta modalidad fue autorizada a funcionar en la República de los Estados Unidos Mexicanos, al ser aprobada por el H. Congreso de la Unión, con denominación de "Instituciones de Seguros Especializados en Servicios de Salud" (I.S.E.S.), mediante Reforma de la Ley de Instituciones Mutualistas y de Seguros, conjuntamente con las Reglas de Operación del Ramo de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación en el mes de diciembre de 1999.

La relación médico-paciente deberá cuidarse como en la práctica privada; siempre y cuando, la **clientela** dependa de la aceptación del médico más que por asignación obligatoria a enfermos. En caso de ofrecer reducida oportunidad de opción de profesionales a seleccionar en los **médicos de la red**, la mencionada relación con el paciente tendrá la misma característica coercitiva (no podrá seleccionar libre y selectivamente al médico tratante). La relación se dará como en el Sistema Institucional actual. Incluso con la posibilidad de mayor deterioro, dado el carácter comercial y lucrativo de este tipo de **administración privada de la atención médica**, con exigencia patronal que pudiera resultar agobiante. De todas maneras se cuestiona el porvenir de esta relación bilateral, a sabiendas que el entendimiento óptimo se da en la medicina tradicional.

MEDICINA INSTITUCIONAL

Está representada por el Sector Salud de la Secretaría de Salud, comprendiendo Salubridad que en el área operativa de consulta y hospitalización, posiblemente se transforme en el llamado Seguro Popular y el Instituto Mexicano del Seguro Social, para trabajadores asalariados o productores de bienes y servicios. En este tipo de medicina la relación médico-paciente sufre su máximo deterioro, especialmente en el segundo y tercer nivel de atención médica (especialidad y subespecialidad); por asignación generalmente obligatoria, sin conocimiento propio ni elección del médico familiar ni especialista tratante.

MEDICINA COMUNITARIA

Llamada también **social, de solidaridad, participativa o de sistema local de salud**, donde interviene la sociedad como otro factor determinante de la relación médico-paciente y la complica como tercer elemento.

Cada uno de ellos (paciente, médico y sociedad) puede tener criterio discordante: el enfermo exigir su principio de autonomía en la decisión de su salud; el médico seguir el de beneficencia, es decir, procurar lo que él considera óptimo para la salud del paciente; y el de justicia social en cuanto a equidad en la distribución justa de recursos destinados a la salud.

En cuanto a la relación médico-paciente en esta modalidad, existe poca experiencia, pero por ser sistema necesario a futuro, especialmente en áreas marginadas por lejanía y con pobreza, y siendo el médico un recurso indispensable, no debe ofrecer ningún problema la relación médico-paciente, máxime que la mayor parte de acciones se dan a primer nivel de atención.

PRESTACIÓN MIXTA

Muchos médicos laboran en dos o más de estas formas de prestación médica y su comportamiento en la relación médico-paciente generalmente corresponde al tipo de medicina que momentáneamente practica, adaptándose a las circunstancias laborales más que siguiendo su propia personalidad.

Por ser indirectas, la ingerencia social, constituida por los hospitales, sus instalaciones y normas; los servicios de seguridad social y salubridad; los seguros de vida o enfermedad; las normas legales; etc., provocan generalmente escaso conflicto y poca repercusión en la relación médico-paciente.

LA CONSULTA MÉDICA

Se define como **atención médica** al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. Para ello es primordial iniciar con la consulta médica, que es la comunicación indispensable mediante la que se establece la relación que guarda el médico con el paciente y viceversa.

La relación del médico con el paciente durante la consulta, es una comunicación interpersonal entre ambos para lograr una transferencia afectiva, racional, comprensiva, que transmita el pensamiento y convicción de ambos. Esta comunicación debe estar acorde al nivel intelectual y socio-cultural del paciente, así como también a la facilidad de exposición y expresión del médico para transmitir sus indicaciones.

El médico debe mostrar atención y disposición afectiva hacia su interlocutor, interesarse en el relato de datos, síntomas y signos; formulando en caso necesario, preguntas acordes al paciente, hasta lograr una transferencia adecuada, que analíticamente integre un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, alcanzando además, identificación médica y afectiva con el paciente.

La consulta médica es, por tanto, un acto de presencias: la del médico y la del paciente. El primero acude con problemas de salud y necesita ayuda, el segundo con disposición afectiva y capacidad para apoyarlo; entre ambos se establece la relación médico-paciente, verdadera transacción de flujo dialéctico, humanismo, afecto y confianza. Ésta es la relación ideal.

Durante la consulta el médico debe ser amable, cortés y hasta amoroso; pero no paternalista ni debe confundir con el esfuerzo de una sonrisa, consentimiento o adulación. Tiene que ser una actitud genuina e independientemente de su propio carácter; debe lograr adaptar su personalidad a la del paciente y no exigir que éste se adapte a la suya, por tener generalmente más cultura. Este trato no es suficiente si no muestra interés personal por el enfermo y deseo manifiesto de atenderlo y procurar aliviar su padecimiento.

En el transcurso de este proceso, la identificación del médico con el paciente debe lograrse a pesar de las diferencias culturales, sociales, ideológicas, de personalidad, etc. que puedan ocurrir en cualquiera de los sistemas de atención médica operantes.

Historia clínica

Generalmente la consulta médica se inicia con la historia clínica, somera en caso de urgencias y completa cuando no existe urgencia, haciendo hincapié en el padecimiento actual. Representa el resumen de todos los padecimientos del enfermo y sus familiares, con intercambio de información espontánea o dirigida, siguiendo los lineamientos del **método científico**.

El objetivo del médico es recoger en un expediente personal la mayor cantidad posible de información verbal y física para tener una idea objetiva y completa del caso e instituir un tratamiento que se adapte al diagnóstico. Así, la historia clínica resulta deductiva y por ende empírica, poco demostrable hasta el apoyo tecnológico (estudios de laboratorio y gabinete) que sustentan al diagnóstico clínico.

Desde el siglo XVIII y hasta la fecha, en el primer encuentro del médico con el paciente comienza el diálogo, estableciéndose la historia clínica (reducida o completa) y con ella un estrecho contacto de empatía entre ambos. La historia clínica, por tanto, favorece la relación bilateral, el conocimiento respectivo y resulta óptima su elaboración para la buena (o mala) relación médico-paciente.

Con los datos recolectados en la historia clínica o en notas iniciales, subsecuentes o de urgencias, el médico deberá procurar, con base en estos datos aunados al padecimiento actual, establecer:

1. Diagnóstico de presunción o de seguridad y plantear al paciente, familiares, o ambos, los motivos que lo sustenten.
2. Preferentemente en todos los casos, confirmar o descartar el o los diagnósticos con evidencias documentales (análisis de laboratorio o exámenes de gabinete), que puedan servir de apoyo y que a su vez, sean concluyentes.
3. Plantear con términos comprensibles el programa terapéutico (médico o quirúrgico) sin escatimar detalles y discutirlo con el paciente, acatando su autodeterminación.
4. En caso de no lograr integrar el diagnóstico del padecimiento (por estar en fase preclínica de la historia natural de la enfermedad, ser necesarios mayores estudios, o ambos), previa convicción del paciente, someterlo a pruebas terapéuticas, con cita para verificar el curso del padecimiento, resultado terapéutico de la prueba y de estudios complementarios solicitados, etc.
5. Lograr siempre el consentimiento ampliamente informado y que el paciente demuestre aceptación, acatamiento y convicción de haber elegido la mejor opción.

6. Aceptado por ambas partes el tratamiento a seguir, indicar las posibles molestias y beneficios del padecimiento y procedimiento, secuelas que ocasionalmente pudiese presentar por acción médica o de la propia enfermedad.
7. Esta secuencia de hechos, además de fortalecer la relación médico-paciente, hará comprender plenamente las expectativas que pueda tener ante el padecimiento que lo aqueja.

Los avances tecnológicos progresivos restan crecientemente credibilidad al proceso clínico puro como fundamento diagnóstico. Consecuencia obvia: “cuanto mayor sea el avance tecnológico y más fluida su disponibilidad, menor será la necesidad del procedimiento clínico simplista (interrogatorio y exploración) hasta ahora usual, que representa la fase puramente racional de la historia clínica”; perdiéndose paulatinamente (como sucede), la relación médico-paciente. Todavía el médico general (familiar o de primer nivel de atención médica) continúa practicando, en lo posible la historia clínica como un primer contacto creador de buena relación inicial con el paciente. Sirve también para conocerse y estudiarse mutuamente.

En segundo y tercer nivel de atención médica, el especialista o subespecialista, no realiza la historia clínica y la atención no se centra en el individuo enfermo, sino en el reporte previo y en la información derivada de la tecnología; que cuanto más sofisticada mejor aceptada y solicitada por el médico y el enfermo. La relación es impersonal y, por tanto, el paciente no conoce suficientemente al médico y el afecto no existe.

El paciente acepta al médico por su especialidad y supuesto mejor conocimiento de su padecimiento con base en la mayor disponibilidad de recursos técnicos y científicos superiores de diagnóstico y tratamiento, mas no por empatía hacia él, puesto que no lo conoce, posiblemente no se lo hayan presentado y nunca lo vea.

ESTADO ACTUAL DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La medicina de hoy, en su esencia, no es diferente a la practicada ayer. En ambas, el enfoque humanístico, de autonomía, prioridad y beneficencia siguen siendo la base. Cada época es distinta y los individuos cambian conforme se modifica su entorno social. Concordando con Ortega y Gasset **el hombre es inseparable y dependiente de sus circunstancias** y su influencia se refleja en:

1. **Comunicación:** las ciencias y técnicas de comunicación, han desarrollado el conocimiento de las relaciones humanas y juntamente con las ciencias psicológicas han constituido una base teórica a la relación médico-paciente. Concomitantes a este fundamento teórico, se abren caminos para seguirse en la práctica de esta relación.

Teóricamente, aplicando esta metodología deben perdurar o mejorar la mencionada relación. Sin embargo, a pesar de este progreso en comunicación, cada vez se da menos en forma interpersonal, afectando la relación directa del médico con el paciente, en evidente crisis comparando la actual con la idealizada practicada hasta mediados del pasado siglo XX. Antaño, cuando la tecnología era escasa y los medicamentos poco refinados, los médicos daban mayor énfasis a los aspectos afectivos.

El paciente no siempre desea una verdadera consulta; sus expectativas en cuanto a la consulta médica también cambian; a veces solamente acude para aliviar sus síntomas y tanto él como el médico se preocupan casi en forma exclusiva de lo externo (detección y curación de síntomas), olvidando la causa y especialmente el proceso interno del paciente (expectativas, angustias y temores), que conforman su integridad personal.

2. **Tecnología:** En otras ocasiones el médico prácticamente no aparece. La tecnología y la ciencia médica con su desarrollo producen su ausencia. Las computadoras alimentadas con datos de laboratorio, gabinete y cuestionarios adecuados son capaces de elaborar diagnósticos con mínimo margen de error y establecer tratamientos. Como ejemplo, los famosos **chequeos** donde el paciente jamás ve al médico, ni siquiera para saber su diagnóstico. No puede haber relación donde el médico no aparece; pero otras veces, el enfermo como antaño concebido está ausente dada la facilidad de automedicación, uso indiscriminado de antibióticos de amplio espectro, propaganda comercial de productos farmacológicos, etc.

La tecnología debe avanzar para que el médico tenga mejores recursos para ejercer su profesión, pero no por ello debe olvidar al paciente. Posiblemente es necesario establecer un nuevo enfoque a la relación médico-paciente más acorde con estos avances del mundo actual.

3. **Prestación médica:** El **papel** que desempeña el médico es difícil; debe enfrentarse al avance inusitado de la profesión y vencer la desconfianza que genera el tratar de no quedar rezagado en esa carrera. Debe luchar contra sí mismo, sobreponerse a sus problemas para solucionar los ajenos, romper los lazos de servidumbre, utilitarismo y manipulación que trata de ejercer el paciente y superar las dificultades que conllevan los diferentes tipos de atención médica: en la práctica privada, resolver el conflicto económico propio y adaptarse al de los enfermos; y en la práctica institucional, soportar a quien lo emplea y a las normas que le impone.

Estos dos condensados sistemas de atención tienen circunstancias bien diferentes:

- a) La práctica médica institucional: de grandes volúmenes de trabajo, con recursos a veces insuficientes, de esfuerzos tristes y frustrantes, de salario considerado escaso, con poco o nulo reconocimiento, sin mayores incentivos, con uniformidad en el trato, horario fijo controlado, trabajo rutinario, etc.
- b) La práctica médica tradicional o privada: mercantilista, donde mayormente triunfa el médico administrador sobre el científico, utilizador al máximo de propaganda y mercadotecnia, manipulador y explotador de su carisma, etc.

Situaciones que están muy lejos de favorecer una buena relación médico-paciente, ¿acaso propician los sentimientos humanitarios que debe tener el médico para establecer nuevamente la añorada relación de hace medio siglo? Tampoco para el paciente, ninguna de las condiciones antes mencionadas propicia en absoluto una buena relación con su médico.

En cualquiera de ambas formas de prestación de consulta, el médico está sometido a tensiones y presiones propias de esta época, que se supone nunca antes tuvo, ¿puede exigírsele ser el humanista del renacimiento, o el médico de cabecera de antaño?, ¿puede el médico seguir siendo un puente entre la ciencia y el arte del trato personal? ¿se acerca a una nueva concepción de la relación médico-paciente o está en los albores de su desaparición irremisible?

Debe procurarse que el médico no pierda su fundamento humanista y que la relación médico-paciente retome su máxima expresión; regresar a la clínica su posición primaria y axial, abrir nuevamente los espacios al interrogatorio y a la exploración física, instrumentos tradicionales del médico y así encontrar nuevamente al paciente que fatalmente se está perdiendo y así se conocerá al paciente en su ser y su vivir como persona y como enfermo, restableciéndose su confianza actualmente degradada.

Muchos de los padecimientos que aquejan al enfermo son de origen psicosomático, sin una buena empatía es difícil detectarlos y mucho menos tratarlos. El médico debe ser de **cuerpos y almas**, ¿cómo reconocer y curar este tipo de padecimientos psicosomáticos sin la confianza y colaboración del paciente, adquirida a través de una buena relación?

4. Factores condicionantes. En la relación médico-paciente influyen principalmente para su transformación los siguientes hechos:

- a) La transformación del paciente, anteriormente pasivo que escuchaba y acataba todas las indicaciones médicas, a uno que opina y desea tomar parte activa en su curación.
- b) La mayor difusión de conocimientos médicos, actualmente a la mano de toda persona, consultando internet, revistas o incluso periódicos, no siempre fiel o bien interpretada, pone a discusión el diagnóstico, pronóstico y tratamiento propuesto por el médico.
- c) La gran expansión y divulgación de conocimientos científicos y el avance tecnológico casi increíble condiciona en ciertos pacientes, necesidades reales o supuestas que el médico no siempre puede satisfacer.
- d) Crecientes demandas de atención en instituciones de salud (al grado de entorpecer la función médica), enfocadas con prioridad a la promoción y conservación de la salud, pero dificultadas por una agobiante burocracia administrativa y estrechas limitaciones presupuestales.
- e) Ejercicio de la medicina tradicional y privada con tecnología y recursos paraclínicos a muy alto costo, distorsionado por **modas** y ocasional comercialización excesiva.
- f) Participación de **equipos de salud** y no exclusivamente del **médico de cabecera**, debido al aumento de complejidad en el ejercicio de la profesión.
- g) Exigencia creciente de la sociedad para obtener prestaciones médicas confiables, oportunas y de calidad.
- h) Demanda del paciente por atención preferente en nivel de especialidad y de aplicación de la mayor cantidad posible de estudios paraclínicos, con la creencia de cuanto más se invierta, mejor será la calidad de atención.
- i) Exigencia de los **derechos del paciente** principalmente los reclamos reales o supuestos de mala práctica médica, que obliga al profesionista o institución a anteponer el aspecto tecnológico por encima del humano.
- j) Temor del médico a las demandas por negligencia.

CONSIDERACIONES

La relación médico-paciente se cimienta principalmente en la consulta médica, sea en el consultorio, al pie de la cama de hospital o en cualquier área donde el médico trate un

paciente. Debe existir verdadero intercambio dialéctico entre ambos (los psiquiatras consideran debe existir transferencia y contratransferencia de conocimientos), donde el paciente narre su padecimiento físico o mental, sus molestias físicas y temores mentales y el médico, además de escucharlo con atención, le explique su padecimiento y aclare sus dudas.

El médico no debe excederse en atenciones, tampoco ser hostil, debe mantener una actitud serena y gentil que propicie respeto mutuo, propia del médico que practica la más digna y noble profesión.

De acuerdo al tipo de patología y circunstancias que la rodean, el paciente tendrá con mayor o menor frecuencia consulta con el médico. Esto puede acarrear magníficas o pésimas relaciones, pudiendo derivarse en exitosa empatía o insufrible rechazo.

Cuando predominan las buenas relaciones, puede crearse fácilmente dependencia psicológica del paciente hacia el médico, caso frecuente en psicoterapia prolongada, enfermedades oncológicas, degenerativas o seniles (puede llegar al dominio psíquico debido especialmente al temor a la muerte y ser el especialista su única esperanza) y cuando el médico tratante o el paciente no desean o no logran terminar una relación médico-paciente, que debe ser finita. No puede considerarse ético atender de por vida o indefinidamente, en forma constante o con frecuencia menor a la establecida para control del padecimiento tratado, sea por instancias del propio paciente o por conveniencias del médico.

En el caso de pésima relación entre el paciente y el médico, cualquiera que fuera la causa es preferible para ambos evitar continuar con este trato mutuo. La mayor parte de los comentarios adversos con respecto a la relación médico-paciente se refieren a la deshumanización médica. Por ello es conveniente aclarar que a pesar de críticas y obstáculos que actualmente el médico presenta en su relación con pacientes, tanto en consulta externa como en hospitalización, no ha perdido en la mayor parte de los casos, la esencia de humanismo que tiene esta profesión. La medicina es posiblemente la única profesión (junto con enfermería) donde el humanitarismo perdura.

La relación médico-paciente se ha modificado en respuesta y en proporción directa a los cambios observados en toda relación interhumana, consecuencia de la propia deshumanización que tiene actualmente la humanidad. Por tanto, cabría preguntarse ¿hasta dónde tiene el médico culpa en la deshumanización de la medicina?

La deficiente relación médico-paciente actual es principalmente propiciada por inexistencia de empatía entre ambos, producida por imposibilidad del paciente, a seleccionar y escoger al médico tratante, sea familiar o especialista de su preferencia; sea que la consulta se realice en práctica privada (por alto costo), en práctica particular (seguros de enfermedad, empresas) o en Instituciones de Salud (con médico asignado a cualquier nivel de atención médica), sin opción a elección.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN PROFESIONES AFINES

Lograr óptima relación del paciente con el médico general o especialista es un objetivo que debe hacerse extensivo a otras disciplinas y profesiones conexas con la medicina, habiéndose logrado con bastante éxito en: odontología y sus subespecialidades (ortodoncia, endodoncia y bucodentomaxilar); psicología, donde junto con la psiquiatría médica esta relación representa el éxito o el fracaso del tratamiento; enfermería, por su estrecha cercanía durante

hospitalización; fisioterapia, para lograr la colaboración del paciente y consecuentemente su rehabilitación; técnicos de servicios de apoyo en diagnóstico y tratamiento para lograr óptima calidad requerida; personal de primeros auxilios para obtener su cometido y socorristas de diferentes instituciones, lo mismo que en ciertas organizaciones paraestatales, pero en muy contadas más.

REFERENCIAS

- Aguirre E. JA *et al.*: "De médicos de cuerpos sin alma". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 34, No. 5, p. 385-387, 1996.
- Ackerman JL: "Communication in orthodontic Treatment planning: bioethical and informed consent issues". Rev. Angle Orthod 1995; 63(4):253-261. EUA.
- Bunge M: "*La ciencia, su método y filosofía*", Buenos Aires, Arg., Edit. Siglo XXI, 1973.
- Barrnechea JJ *et al.*: "*Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de Salud*", Colombia, Edit. Universidad de Antioquia, 1990: 31-570.
- Cervantes J, Bulnes F: "La función social del médico en la comunidad". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 21, No. 5, 1985.
- Cordera A, Bobenrieth M: "*Administración de sistemas de salud*". Tomo I, p. 81-119. Edit. Los autores. Prado norte 440, México D.F., 1983.
- Cordera A: "Temas de ética y humanismo en medicina. La relación médico-paciente-familia". Rev. Directivo Médico, p.9-17, julio-agosto, 1994.
- Cordera A, Olavarría J: "Comportamiento psico-social en hospitales". Rev. Directivo Médico, p. 13-16, noviembre-diciembre, 1995.
- Dentiste TM: "Legal consequences in the dentist-patient relationship. A plea in favor of deontology". Rev. Belge-Med.-Dent 1995;50(4):63-73.
- Díaz del Castillo E: "Humanismo, pediatría y perinatología". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 33, No. 2, p. 213-221, 1995.
- Fernández Bastidas MA: "Relación Médico Paciente". Gaceta Sanitaria. Año XXII, No. 1/2, p. 67-71. enero-junio, 1968, Prop. Carlo Erba S.p.a. di Milano, Italia.
- Fernández GH: "Análisis del Reglamento para funcionamiento de las I.S.E.S. Rev. de la CONAMED-VER, 2001;3:3.
- Foucault M: "El nacimiento de la clínica", México, D.F., Edit. Siglo XXI, 1963;123-128.
- Foucault M: "El nacimiento de la Medicina Social". Medicina Tradicional III, p. 11, 1982.
- Frenk Mora J *et al.*: "Presente futuro de la profesión médica". Gaceta Médica de México, vol. 128, No. 2, p. 143-150, marzo-abril, 1992.
- García D: "Introducción a la Bioética Médica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 374-378, mayo-Junio, 1990. Washington D.C., EUA.
- García JC: "Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la salud". Rev. Directivo Médico, marzo-abril, p. 4-8, 1996.
- Gill MM: The analysis of the transference. Curative factors in the dynamic psychotherapy. Edit. Samuel Slipp, M.D., p. 104-126. USA.
- Gómez Cabrera R: "Interrelación Hospital-Médico de la familia en la OPS". Rev. Educ. Med. Salud (O.P.S.), vol. 25, No. 3, p. 223-240, 1991. Washington D.C., EUA.
- Heacote PC *et al.*: "Bioethics of clinicians: Education". Canadian Medical Association Journal, 1997; 156:225-228.
- Jinich H: "Ciencia, tecnología y humanismo en medicina". Gaceta Médica de México, vol.126, No. 6, p. 481-486, noviembre-diciembre, 1990.

- Jinich H:** "Daño iatrogénico en la relación médico paciente". *Gaceta Médica de México*, vol. 131, No. 5 y 6, p. 545-549, 1995.
- Laguna J:** "Los niveles de atención de la salud en México". *Gaceta Médica de México*, vol. 114, No. 5, 1978.
- Langs RJ:** *Countertransference and the process of cure. Curative factors in the dynamic psychotherapy*. Edit. Samuel Slipp, M.D., p. 127-152. USA.
- Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos.** Ley General de Salud, Título III, Cap. I, II, III y IV, p. 15-22. Ed. Delma, México, D.F., Agosto 1995.
- Lifshitz A:** "La modernización de la clínica". *Gaceta Médica de México*, vol. 129, No. 2, p. 105-108, marzo-abril, 1993.
- Lifshitz A:** "Los límites de la libertad en las decisiones médicas". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, 1996:34 (6), 433-436.
- Lifshitz A:** "Ciencia, tecnología y humanismo en medicina". *Gaceta Médica de México*, vol. 126, No. 6, p. 481-6, noviembre-diciembre 1990.
- McGregor C:** "Políticas para la atención médica" *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 21, No. 6, 1985.
- McGregor C:** "Tradicción y modernismo en medicina". *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 116, No. 2, p. 477-479, febrero. 1980.
- Martínez Palomo A:** "El médico y la modernización de la medicina". *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 128, No. 6, noviembre-diciembre, p. 695-698, 1992. México.
- Mutis A:** "*La relación médico-paciente*". México, Edit. Instituto Syntex (Edit). 1977.
- Pardinas F:** "*Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales*". 12a ed. 8.3.1. p. 176. México Edit. Siglo XXI, 1974.
- Peña Ruiz GA:** "La relación médico-paciente a nivel de la medicina institucional". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 25, No. 6, p. 453-456. 1987.
- Roldán Gonzalez J:** "*Ética Médica*", cap. 5, p. 55-61, México D.F., Edit. Librería Parroquial Clavería, 1990.
- Ruiz de Chavez M:** "Una reflexión sobre el renovado quehacer de la medicina". *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 131, No. 2, p. 129-132, marzo-abril. 1995.
- Sainz Janini JM:** "Funciones del médico general en el sistema de atención médica". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 20, p.191, 1978.
- Sainz Janini JM:** "La ética y el humanismo en la formación y en el ejercicio profesional médico". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)* vol. 24. No. 1, p. 1-4, 1986.
- Slaby A:** "Bioethical concepts of health in medicine". *Rev. Sub-Lek.* 1995;96(3):195-198.
- Smith DH:** "Ethics in the doctor-patient relationship". *Rev. Crit-Care-Clin.* 1996, 179-97. USA.
- Somolinos Palencia J:** "La interacción médico-paciente". *Gaceta Médica de México*, vol. 109, No. 6. p. 427-432, Junio 1975.
- Tena Tamayo C et al.:** La práctica de la medicina y la responsabilidad médica. Algunas reflexiones en torno. *Rev Med del IMSS* 2003;41(5):407-413.
- Treviño-García N:** "Relación médico-paciente". *Rev. Gaceta Médica de México*, vol. 114, No. 5, mayo, 235-239, mayo 1978.
- Treviño García-Manzo N:** "Humanismo y medicina". *Rev. Médica del IMSS (Mex)*, vol. 31, No. 1, p. 33-36, 1993.
- Valdez Durón JC:** "La medicina familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 21, No. 6, 1983.
- Velasco OR:** "Trascendencia y perspectivas de la Medicina Familiar a 22 años de establecida". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 33, No. 1, p. 61-65, enero-febrero. 1995.
- Villalpando GJ:** "Ética médica". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 29, No.1. p. 5-11, 1991.

Códigos de bioética médica

“Todo ejercicio profesional debe tener un marco de referencia ético”.

GENERALIDADES

El desarrollo científico y tecnológico parece ser un proceso automático sujeto a imperativos cuya fuerza no puede anularse mediante exigencias bioéticas. Nadie puede producir cambios efectivos en comportamiento de grupos. Este desarrollo hace desaparecer aparentemente a la ética aplicada, pero al mismo tiempo la hace cada vez más necesaria.

El hombre cada día sabe más, pero se entiende menos a sí mismo, a la humanidad y al mundo que lo rodea. Esto sucede porque el potencial técnico y científico no corresponde a su nivel de objetividad. Se preocupa por utilizar los adelantos, pero no por sus consecuencias bioéticas. En la sociedad moderna, este adelanto ha seguido un ritmo mucho más acelerado que el compromiso bioético de los involucrados en su manejo y esto exige actualización de los modelos tradicionales y éticos que solían ser parte de la **ciencia y arte de curar**.

La bioética no puede ni pretende limitar a la ciencia ni a la tecnología. Los beneficios que producen en la práctica son enormes y su difusión provoca la exigencia de aplicación tanto del médico como del paciente. La confrontación de estos adelantos con la ética, producirá fricciones y diferentes puntos de vista. Encomendar la aclaración de estos problemas bioéticos simplemente al **sentido común** de cada médico o investigador sería insuficiente, disparejo y hasta ingenuo.

Existen códigos que guían la conducta del médico en las diferentes ramas que comprenden de la profesión, que deben actualizarse conforme evoluciona la tecnología, la ciencia y transforma la organización social humana.

La bioética, además de normar la conducta del actuar médico, implica también la expresión de la sociedad sobre la actitud de los médicos; es decir, lo que espera de ellos y de su comportamiento, además del personal paramédico que interviene en acciones de salud.

Dentro de la medicina debería haber profesionales de la bioética (actualmente en proceso de formación) que en colaboración directa con los científicos y tecnócratas de cada

especialidad, logren que la **comunidad científica tenga normas sistemáticas actualizadas** para cada uno de los problemas bioéticos que puedan presentarse en el ejercicio profesional.

DEFINICIÓN

Código de Bioética Médica es: “El conjunto de normas o deberes particulares a los que el médico debe ajustar sus actos durante el ejercicio de cualquier rama de la medicina”. Constituyen las normas escritas que debe seguir el médico para el buen desempeño de su profesión, abarcando todas y cada una de las ramas del quehacer médico. Describen como obligación lo permitido y prohibido en la práctica médica profesional.

Acatar estos códigos es imprescindible para el buen proceder ético del médico, así como obtener la máxima protección del paciente; sin embargo, para seguir sus lineamientos, es preponderante la actitud y formación ética del propio médico.

EVOLUCIÓN

Desde la más remota antigüedad cuando las organizaciones humanas eran todavía de tipo tribal, sus miembros trataban de establecer normas o reglas para orientar la conducta de sus miembros, especialmente cuando estaban en entredicho cuestiones morales.

Asimismo cuando surgieron las diferentes ocupaciones se establecieron los principios básicos para guiar la conducta de sus integrantes. Con el devenir del tiempo las primitivas ocupaciones derivaron en profesiones y los principios de conducta en normas éticas asentadas en códigos.

Uno de los códigos de conducta médica más antiguos conocido es el de Imhotep, gran visir del Rey Zozer de Egipto en 2975 a.C., donde se mencionaban leyes para la regulación de la relación médico-paciente, los resultados de sus actos, el pago de honorarios y sanciones a los infractores por negligencia o incapacidad.

Aparentemente en el año 1959 a.C., el rey Hammurabi de Babilonia sintetizó en su famoso código lo que consideraba la ley moral de su tiempo. Reglamentaba, además de muchas otras cosas, el ejercicio de las profesiones; entre ellas la medicina, indicando los deberes de los médicos y las sanciones a que se hacía acreedor el infractor (algunas tan graves como la pérdida de manos o pena de muerte).

Los griegos, Escolapio (1300 a.C.) e Hipócrates en el siglo IV a.C., legaron un juramento en el que se establece como única sanción el equivalente a: “si no cumplo con mis deberes, que la sociedad me lo demande”.

Este texto de principios éticos atribuido al médico Hipócrates de Cos, es conciso y preciso, marcando pautas de conducta para el desempeño ético-moral de la profesión médica desde ese tiempo hasta casi la actualidad. Todavía en el siglo XVI d.C., en la *Bula Quod Jusiurandum* del Papa Clemente VII, recomendó su lectura y juramento para todos aquellos que se graduaran de médicos.

En las ceremonias de recepción de la profesión médica, quedó costumbre de dar lectura solemne a este código de ética y jurar cabal cumplimiento por parte de los postulantes. De aquí su nominación de *Juramento de Hipócrates*. Con algunas modificaciones, más semánticas

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

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

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

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

ANEXOS: CÓDIGOS DE BIOÉTICA MÉDICA

JURAMENTO DE HIPÓCRATES

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

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

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

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

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

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

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

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

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

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

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

Artículo 6. Un médico no debe prestar sus servicios en condiciones que tiendan a interferir o menoscabar el libre y completo ejercicio de su juicio y destreza médicos o tiendan a causar un deterioro en la calidad de la asistencia médica.

Artículo 7. En la práctica de la medicina, un médico debe de limitar la fuente de su ingreso profesional a servicios realmente prestados por él o bajo su supervisión a sus pacientes. Sus honorarios deben estar en proporción con los servicios prestados y la capacidad del paciente para pagar. No debe dar ni recibir comisión por remitir a pacientes. Drogas, remedios o aparatos pueden ser recetados o proporcionados por el médico siempre que sea en beneficio del paciente.

Artículo 8. Un médico debe buscar asesoramiento o prestarlo si se le solicita o considera necesario en casos dudosos, difíciles o cuando le parezca que la calidad del servicio médico pueda ser incrementada con ello.

Artículo 9. Un médico no debe revelar las confidencias que se le han confiado en el curso de la asistencia médica, o las deficiencias que pueda observar en el carácter de los pacientes, a menos que se le exija hacerlo así por ley o que sea necesario para proteger el bienestar del individuo o de la comunidad.

Artículo 10. Los honorables ideales de la profesión médica implican que las responsabilidades se extiendan no sólo al individuo, sino también a la sociedad donde estas responsabilidades merecen su interés y su participación en actividades destinadas a mejorar la salud y el bienestar del individuo y la colectividad.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA DE LA AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION; JUNTA DE ÉTICA Y ASUNTOS LEGALES. OPINIONES Y ANOTACIONES ACTUALIZADAS PARA 1996-1997

Preámbulo: La profesión médica se ha sustentado desde hace mucho tiempo sobre una base de estatutos éticos inicialmente desarrollados para el beneficio del paciente. Como miembro de esta profesión, el médico debe reconocer responsabilidades no sólo hacia los pacientes, sino también hacia la sociedad, a otros profesionales de la salud y hacia sí mismo.

Los siguientes principios adoptados por la *American Medical Association* no son leyes, pero son patrones de conducta que definen la esencia del honorable proceder del médico:

- I. El médico debe dedicarse a proporcionar servicio médico competente, con compasión y respeto a la dignidad humana.
- II. El médico debe ser honesto con pacientes y colegas y esforzarse por desenmascarar a aquellos médicos con deficiencias de carácter o competencia o aquellos dedicados al fraude o engaño.
- III. El médico debe respetar la ley, pero tiene que reconocer la responsabilidad de buscar alternativas para subsanar aquellos requerimientos contrarios al mejor interés del paciente.
- IV. El médico debe respetar los derechos del paciente y otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias del paciente, hasta dónde la ley lo permita.
- V. El médico debe seguir estudiando, aplicar los conocimientos científicos más avanzados, proporcionar información relevante a pacientes, colegas y público, realizar interconsultas y utilizar los conocimientos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.

- VI. El médico debe, para proporcionar adecuada atención al paciente, excepto en casos de urgencia, ser libre para escoger a quién sirve, con quién se asocia y el ambiente en el que proporciona los servicios médicos.
- VII. El médico debe reconocer la responsabilidad que tiene de participar en actividades tendientes a mejorar la comunidad.

CÓDIGO DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE MÉDICOS

“Practicaré la medicina con conciencia y dignidad. La salud y la vida de mis pacientes será mi principal preocupación. Mantendré un supremo respeto por la vida humana desde el momento de su concepción e, incluso bajo amenazas, no usaré mis conocimientos en contra de la humanidad”.

DECLARACIÓN DE GINEBRA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, JURAMENTO DE FIDELIDAD PROFESIONAL

“En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica, prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen.

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia; velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente; guardar y respetar los secretos a mí confiados, aun después de fallecido mi paciente.

Mantener incólumes por todos los conceptos y medios a mi alcance el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; considerar como hermanos a mis colegas; no permitir que consideraciones de credo político o religioso, nacionalidad, raza, partido político o posición social se interpongan entre mis deberes profesionales y mi paciente.

Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, aun bajo amenaza y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.

Solemne y libremente, bajo palabra de honor, prometo cumplir lo antedicho.”

CÓDIGO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA MÉDICA

Deberes de los médicos en general

El médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional.

El médico no debe permitir que motivos de lucro influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional a favor de sus pacientes.

El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a practicar su servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas, y esforzarse por denunciar a los médicos faltos de ética o de competencia profesional, o a quienes incurran en fraude o engaño.

Las siguientes prácticas se consideran conducta no ética:

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

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

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

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

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

Deberes de los médicos hacia los enfermos

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

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

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

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

Deberes de los médicos entre sí

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

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

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

CÓDIGO DE LAS ENFERMERAS: CONCEPTOS ÉTICOS APLICADOS A LA ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARACIÓN BIOÉTICA DE GIJÓN 2000

Preámbulo: Tomando como bases la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General ONU el 10 de diciembre de 1948; la Convención de Asturias de los Derechos Humanos y la Biomedicina del Consejo de Europa del 4 de abril de 1997; la Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos del Hombre del 11 de noviembre de 1997; se realizó esta Declaración del fin del siglo XX.

“Se consideran como principales novedades y avances la actualización en los siguientes conceptos:

- Deben respetarse los valores y principios éticos proclamados en Declaraciones y Convenciones previas.
- Las Biociencias deben servir para el bienestar de toda la Humanidad y los avances logrados en países altamente desarrollados deben compartirse con los estados que tengan menos posibilidades para ello.
- La enseñanza de la Bioética debería incorporarse al sistema educativo y ser objeto de textos comprensibles y rigurosos.
- La sociedad debe recibir información general, veraz, adecuada y accesible sobre los avances científicos, su utilización, tecnología, implicaciones y resultados.
- Garantizar la autonomía de la persona; los principios de justicia y solidaridad; el derecho universal a la atención médica y al consentimiento informado.
- El genoma humano no es patentable; es patrimonio de la humanidad.
- La finalidad fundamental de las técnicas de reproducción asistida es el tratamiento de la esterilidad ante fracaso de otras técnicas prioritarias.
- Las técnicas de reproducción asistida podrán utilizarse para diagnóstico y tratamiento de enfermedades hereditarias y en investigación autorizada.
- La creación de individuos humanos genéticamente idénticos por clonación debe prohibirse.
- La utilización de células madre con fines terapéuticos deben permitirse cuando la obtención de estas células no implique la destrucción de embriones.
- Seguir investigación con xenotrasplantes antes de iniciar ensayos clínicos con seres humanos; debe continuar prohibido el comercio de órganos humanos.

El debate ético sobre el final de la vida debe proseguir, con el fin de profundizar en el análisis de las diferentes concepciones éticas y culturales en este ámbito y de analizar las vías para su autorización.”

OTROS CÓDIGOS DE BIOÉTICA MÉDICA

Las sociedades médicas y agrupaciones colegiadas, deberían tener sus propios enunciados como sucede con el Código de Bioética para la Sociedad Mexicana de Neurología, que además tiene sus propios comités de honor y justicia y bioética.

REFERENCIAS

- "Cartas de Derechos del Paciente". Boletín de la Of. Sanitaria Panamericana, año 69, vol. 108, No. 5 y 6, p. 642-644, mayo-junio, 1990, Washington, D.C., EUA.
- "Códigos de Ética en la Investigación". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 69, vol. 108, No. 5 y 6, p. 625-641, mayo-junio, 1990, Washington,
- "Códigos Internacionales de Ética". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, año 69, vol. 108, No. 5 y 6, p. 619-624, mayo-junio, 1990, Washington, D.C., EUA.
- Council on Ethical and Judicial Affairs. Code of Medical Ethics: Current Opinions with Annotations. Edition of the American Medical Association, 1996-1997.
- Cordera A, Bobenrieth M:** "Administración de Sistemas de Salud". Tomo I, p. 52-58, Edit. los autores, Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Declaración de Bioética de Gijón 2000. Revista CONAMED, VER, Vol. 2 No. 4, octubre-diciembre 2000; Edo. de Veracruz, México.
- García Porcel E:** "El juramento de Hipócrates". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 24, No. 2 ,p. 157-159, 1986.
- Lifshitz A:** "La decisión terapéutica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 33, No. 5, p. 439-444, 1995.
- Mainetti JA:** "*Ética Médica*". La Plata, Argentina, Edit. Quirón, 1989.
- Pellegrino ED:** "Interest, obligations, and justice: some notes toward an ethic of managed care" (coment). Rev. J. Clin – Ethics, 1995, Winter; 6 (4): 312-317. EUA
- Roldán Gonzalez J:** "Ética Médica". Cap. 4, p. 43-54. Edit. Librería Parroquial Clavería. 3° EDIC., México, 1990.

Derechos y deberes

En una comunidad, los derechos y los deberes individuales deben ser recíprocos, sin afectarse mutuamente.

DERECHOS

DERECHOS DEL PACIENTE

El papel rector, infalible y autoritario del médico de hace 50 años, ha cambiado; siendo actualmente más igualitario, participativo y dispuesto al diálogo, para discutir con el paciente tanto el diagnóstico como pronóstico y tratamiento a seguir, sin que por ello se dispute o discuta su conocimiento científico o su habilidad técnica.

Es menester, dado esta situación cambiante, propiciada por mejor conocimiento de la gente sobre temas médicos difundidos por medios de divulgación masiva, que el médico comprenda que los pacientes y familiares tienen mayor información sobre medicina (no siempre real) por lo que exigen información amplia de su enfermedad, utilización de tecnología médica y quirúrgica de punta, posibilidades y opciones a ofrecer y resultado esperado.

Ante las exigencias de enfermos, familiares y sociedad, de necesidades verdaderas se crearon códigos de **Derechos del Paciente**. El primero en 1975, de la *American Hospital Association* y posteriormente la "Declaración de Lisboa" en 1981.

En síntesis, los principales derechos del paciente son:

1. Recibir óptima atención médica en calidad, oportunidad, respeto, consideración y buen trato.
2. Obtener información completa, amplia, a satisfacción y comprensible, previa a estudios o procedimientos sobre el diagnóstico obtenido, tratamiento ofrecido y pronóstico aventurado.
3. Ejercer el **Consentimiento Informado** con base en lo anterior; esto es, opción para aceptar o rechazar (en la medida permitida por ley), estudios, tratamientos médicos o quirúrgicos y procedimientos terapéuticos. Además de ser informado ampliamente de posibles consecuencias médicas al optar por una alternativa.

4. Respeto a su intimidad y confidencialidad conforme a registros, datos médicos y personales de su expediente y comportamiento. La importancia que adquiere el “expediente clínico” del paciente para consultoría médica o jurídica, propicia que algunos autores consideren que su elaboración por el médico, sea incluida como derecho del paciente.
5. Privacidad en su atención y tratamiento, especialmente durante ciertas intervenciones o exploraciones. Debe autorizar presencia de personal no estrictamente operativo, además de censurar datos de computadoras, filmaciones, grabaciones, videos, etc.
6. Conocer, incluso de nombre, al médico tratante y dado el caso, al encargado de terapia especializada, así como sitio y horario para su localización.
7. Morir con dignidad, y decidir (hasta límite legal o bioético) la forma de fallecer y recibir, si desea, auxilio moral o espiritual de la religión que profese.
8. Estar hospitalizado cuando su padecimiento así lo requiera y en nosocomio adecuado a su patología; a conocer las normas y límites técnicos y científicos del hospital; aceptar o rechazar ingreso a programas de enseñanza, experimentación, investigación, donación de órganos, traslado a otro centro hospitalario, etc.

Los derechos universales del paciente someramente enumerados y tratados ampliamente en el anexo, son inallanables e indiscutibles, solamente se quisiera ahondar en la confidencialidad profesional o secreto médico, así como al consentimiento informado o información que debe proporcionarse al paciente, por causar polémica al supeditar su irrestringible validez y cuestionar hasta cuándo y cuánto es bioéticamente permisible.

Confidencialidad profesional o secreto médico

“Un secreto es un conocimiento oculto, que pertenece a una persona por derecho, y que ninguna otra puede adquirir, usurpar o comunicar sin la voluntad razonable de su dueño”.

Guardar el secreto profesional, inspira mayor confianza del paciente hacia el médico, generalmente protege los intereses del enfermo y beneficia el prestigio del médico. Es obligación médica marcada en todos los códigos de ética existentes, desde el Juramento de Hipócrates, hasta los actuales: código de la *American Medical Association*, el Internacional de Ética Médica, el Juramento de Fidelidad Profesional, y también se cita como obligación en los artículos 210 y 211 del Código Penal Federal Mexicano. Ver anexos en códigos de Bioética y en Legislación.

La confidencialidad profesional, debe ser guardada tanto por médicos como por personal paramédico: directivos de hospitales, enfermeras, asistentes de consultorio, de laboratorio, gabinete, archivo, secretarías, despachadores de recetas y, en general, todos aquellos relacionados con la medicina con acceso directo o indirecto a cualquier secreto médico.

a) El secreto médico comprende:

1. La enfermedad considerada en sí misma (diagnóstico nosológico), cuando intereses socioeconómicos o fama del paciente pueda afectarse.
2. Excluye enfermedades banales, pero no ciertas circunstancias agregadas.
3. Cualquier padecimiento o dato clínico que el paciente solicite no sea divulgado.
4. Todo lo percibido u observado de la vida del paciente y sus familiares.

Sin embargo, en ocasiones debe transgredirse sin afectar el principio ético de confidencialidad, como refiere Stefano Rodotà: *“A nivel Jurídico formal, no sería lícita la revelación del secreto profesional; pero que en la práctica las normas deontológicas orientan al médico hacia la obligación de una información”*.

b) Límites del secreto profesional:

1. Cuando el paciente otorga consentimiento para divulgarlo.
2. Cuando se afecta el bien común o público y de no divulgarse se siguiera un daño grave a una o un grupo de personas, público en general o a la sociedad.
3. Cuando de no divulgarse se sigue un daño grave a un tercero (debe darse mala fe del paciente, al negarse a comunicarlo).
4. Cuando de guardar fidelidad el dueño del secreto sufriera daño; o el propio médico, de no divulgarlo estuviese en peligro de daño personal.
5. Cuando se cumple función de peritaje o informe oficial, por citatorio ante juzgado legal correspondiente.
6. Cuando se declare ante organismos sanitarios competentes en caso de enfermedades infectocontagiosas. La confidencialidad no la pierde el paciente, la responsabilidad del secreto pasa del médico, a la autoridad sanitaria notificada.
7. En caso de que el comportamiento irracional e injusto del paciente provocara un daño en contra de una tercera persona, debe predominar el deber civil y social de la defensa del que fue (o será) injustamente agredido.

c) Limitaciones del secreto profesional:

1. Los niños y jóvenes menores de edad no tienen derecho al secreto profesional con relación a sus padres o tutores legales. Los adolescentes que legalmente estén bajo la potestad paterna hasta la mayoría de edad.

Aclaración personal: existen casos en que adolescentes pueden o deben tener derecho a ciertos secretos revelados al médico con la indicación precisa de no ser participados a los padres. “El médico no debe divulgar el secreto que le confían; aunque sean adolescentes”. Se pregunta, ¿sería ético acusar a la adolescente de 16 a 18 años que tiene vida sexual activa?, ¿qué solicitó anticoncepción? Cuáles limitaciones o liberaciones sexuales tiene un varón de la misma edad, si tuvo relaciones sexuales? ¿Qué inclinaciones sexuales tiene un o una adolescente? El médico en estos casos debe tratar de obtener la seguridad de que el o la adolescente comunicará directamente el hecho. Pero no traicionar la confianza que le tuvieron, el médico debe guardar el secreto profesional. Tratándose de una comisión de delito deberá informarse a los padres y a las autoridades correspondientes.

2. Personas bajo un régimen de internamiento, cuartel, cárcel, colegio, no tienen derecho al secreto médico con relación exclusivamente con los superiores del centro, para evitar contagio de internos.
3. Un trabajador con enfermedad infectocontagiosa que siga trabajando mientras transmite el padecimiento a pesar de baja médica (incapacidad médica para laborar).

Consentimiento informado

Se presenta como un “Derecho Fundamental del Paciente” a partir de la “Declaración de Manila”.

Además representa “la piedra angular” de la relación médico-paciente y gira alrededor de la anuencia del paciente con base al convencimiento razonado del médico, que debe explicarle en forma comprensible y detallada el padecimiento que lo aqueja, su diagnóstico claro y preciso, exámenes a realizar, posibilidades terapéuticas y por qué de su elección, molestias ocasionadas por el proceso médico o por la historia natural de la enfermedad, posibles complicaciones con y sin tratamiento, riesgos y secuelas, pronóstico de vida futura, etc.; para que el paciente con toda esta veraz información, más la solicitada, esté en condiciones de tomar una decisión sobre como manejar su padecimiento y su vida.

Se instituirá como necesario un formato de “consentimiento informado” para obtener visto bueno y autorización de acto quirúrgico y para otras muchas funciones, la “carta de consentimiento informado” o “carta de consentimiento bajo información”; esto es, el documento escrito, signado por el paciente, tutor o representante legal y mediante la cual el paciente acepta (bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados) un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapia, rehabilitación, investigación, experimentación, etc. Esta carta se ajustará a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubiera otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente.

En el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica; de la Legislación Sanitaria, Capítulo IV, Disposiciones para la prestación de servicios de hospitales, Artículo 80, se indica:

“En todo hospital y siempre que el estado del paciente lo permita, se deberá recabar a su ingreso autorización escrita y firmada para practicarle, con fines diagnósticos o terapéuticos, los procedimientos medicoquirúrgicos necesarios de acuerdo al padecimiento de que se trate, debiendo informarle claramente el tipo de documento que se le presenta para su firma. Esta autorización inicial no excluye la necesidad de recabar después la correspondiente a cada procedimiento que entrañe un alto riesgo para el paciente”.

A pesar de que en niños y adolescentes se trata de considerar su opinión y obtener su consentimiento, siguiendo las leyes actuales, los padres o tutores son los determinantes en última instancia de su voluntad, hasta la mayoría de edad (fin de la potestad paterna).

En la práctica de la medicina, se difiere hasta cierto punto del criterio meramente legal; donde el joven antes de alcanzar la mayoría de edad es dependiente hasta en sus íntimas decisiones del criterio de los padres.

Cabe reflexionar por ejemplo sobre el derecho del adolescente a escoger una terapéutica (oral frente a una intramuscular), a conocer su padecimiento (diagnóstico, tratamiento y pronóstico, aunque sea mortal), a discutir con el médico estas decisiones y aprobarlas o rechazarlas, etc.

El deber médico es informar siempre la verdad al enfermo, con base en su capacidad de comprensión, respuesta o acogida, atendiendo al mayor interés global del paciente; posiblemente en forma gradual y conveniente en consideración a las características propias del adolescente. Un niño preescolar debe acatar la disposición de los padres; pero es de considerarse la posibilidad y legitimidad de decisión desde antes de los 18 años, puesto que los jóvenes pueden consentir válidamente. ¿Por qué los padres consienten en su lugar? ¿Hay que aceptar el desacuerdo de los padres frente a actitudes determinantes de la vida o salud del

menor?, ¿a pesar del acuerdo del menor? “El titular del derecho a decidir sobre su salud, es la persona enferma y nadie más, siempre y cuando tenga capacidad de razonamiento y discernimiento”, pasando a segundo término la edad.

DERECHOS DEL MÉDICO

Poco se ha escrito sobre los derechos que tiene el médico durante el ejercicio de su profesión, en contraposición de los derechos del paciente. En el anexo, se presenta un esbozo o bosquejo de lo que podría considerarse como derechos del médico.

Como se divide la forma de prestación de la atención médica, asimismo pueden inferirse los supuestos derechos del médico, como derivados:

1. **Del propio individuo como persona física:** los mismos privilegios y prerrogativas que otorgan las leyes que protegen a los ciudadanos y los declarados en la Comisión Nacional de Derechos Humanos.
2. **De sus derechos como profesional:** enumerados principalmente en la Legislación Sanitaria.
3. **De su empleo en instituciones:** normado por la Constitución (artículo 123), la Ley Federal del Trabajo y los contratos colectivos de trabajo convenidos por el trabajador o su sindicato con cada empleador. Véase anexo.

DERECHOS DE LA ENFERMERA

Como sucede con los derechos del médico, prácticamente nada se ha escrito sobre los derechos de la enfermera; sin embargo, por ser colaboradora directa del médico, puede inferirse que los mismos derechos les asisten a ambos, tanto como persona, como profesionista y como empleada. Véase anexo.

DERECHOS HUMANOS

El paciente, el médico y la enfermera, además de los derechos propios del “rol” que desempeñan, tendrán como individuos los derivados de los “Códigos Internacionales de Derechos del Hombre y de los Derechos Humanos”. Véase capítulo correspondiente a “Comisión Nacional de Derechos Humanos”.

DEBERES

DEBERES DEL PACIENTE

Sin orden taxonómico se enumeran los principales deberes que debe guardar el paciente usuario de la atención médica:

1. Respetar al médico y trabajadores paramédicos como personas y en sus derechos humanos.
2. Ser amable y cortés con el personal que los atiende en justa reciprocidad.
3. Respetar las normas de prestación médica establecidas en consultorios, o servicios donde los soliciten.
4. Ajustarse a reglamentaciones internas de instituciones hospitalarias a las que acudan.
5. Comportarse adecuadamente sin exigencias imposibles en salas de espera, consultorios y hospitalización.
6. Conservar y preservar las instalaciones, materiales y equipos donde se presten servicios médicos.
7. Acatar las disposiciones médicas y terapéuticas acordadas entre médico y paciente
8. Realizarse todos los estudios solicitados por el médico, necesarios para lograr un diagnóstico bien fundamentado.
9. No pretender engañar al médico mal informándole sobre su padecimiento.

DEBERES DEL MÉDICO

Los deberes del médico constituyen la columna vertebral de todo el contexto de la bioética, ¡su razón de ser!, y son ampliamente referidos en el tema de Códigos en Bioética, además de las obligaciones normadas en las Declaraciones de Asociaciones Médicas, Códigos Internacionales de Bioética, de los Derechos Humanos, Leyes Sanitarias, Códigos Civiles y Penales, y Declaraciones y Normas especiales para ciertas áreas polémicas en medicina como investigación en humanos, trasplantes de órganos, biogenética, etc., que se analizan en cada tema en particular.

DEBERES DE LA ENFERMERA

Derivados de los deberes del médico y en estrecha relación laboral con él, se consideran sus obligaciones derivadas de su propia individualidad, del ejercicio profesional, sus relaciones laborales y como trabajadora institucional. Estos deberes son al mismo tiempo también compartidos con el médico.

a) Deberes de la enfermera en general:

1. Dar prioridad en la atención a los pacientes que más necesiten sus servicios. Además evitar el “no me toca”.
2. Respetar en el ejercicio de su profesión, los valores, costumbres y creencias del paciente a su cuidado; los derechos inherentes al ser humano y los del enfermo.
3. Es personalmente responsable de su actuación profesional y de mantener válida su competencia actualizada por medio de educación continua.
4. Proporcionar trato amable y cortés, demostrando humanitarismo con el enfermo.
5. Mantener elevada calidad de trabajo, adaptándose a cualquier situación.
6. Respetar el secreto profesional, al igual que el médico.

b) *Deberes de la enfermera con el personal médico:*

1. Obediencia en el diagnóstico. La enfermera no trabaja para el médico, sino con el médico para el enfermo.
2. Obediencia en el tratamiento. Ejecutar las órdenes médicas escritas siempre que no afecte posiciones éticas o consideradas erróneas (la obediencia atenúa la responsabilidad, pero no la exenta).
3. Obediencia previsor. En casos excepcionales, estando sola ante un paciente, actuará haciendo el mejor de sus esfuerzos y lo considerado estrictamente necesario para un enfermo agudo sin tratamiento específico, con suma prudencia y derivándolo a la mayor brevedad posible al médico o servicio correspondiente.

c) *Deberes de la enfermera con las instituciones:*

1. Aceptar y acatar las normas y reglamentos de la empresa que la contrata.
2. Cuidar el buen nombre y prestigio de la institución.
3. Cumplir con honestidad las actividades y labores encomendadas.
4. Lealtad a la institución empleadora.
5. Preservar mobiliario, equipo, instrumental y materiales a su cuidado.
6. Evitar ausentismo injustificado como muestra de solidaridad y compañerismo.

d) *Deberes de la enfermera con sus compañeras de labor:*

1. De justicia, evitando la calumnia y la maledicencia.
2. De colaboración, apoyando en labores, actividades y docencia.
3. De solidaridad profesional, conjuntando intereses con equipos de trabajo.
4. De cortesía y urbanidad con compañeras del mismo nivel, superiores e inferiores.

e) *Deberes de la enfermera consigo misma:*

1. Dignidad personal, debe manifestarla con distinción, delicadeza, paciencia y desinterés.
2. Afán de constante superación, ambición por alcanzar metas fijadas.
3. Organización y voluntad en la vida y en el trabajo.
4. Comprensión para sí y para las personas a su o en su servicio.
5. Cuidar la conducta ante las personas a su o en su servicio.
6. Presentación personal impecable, dignificar el uniforme.

ANEXOS: DERECHOS Y DEBERES EN BIOÉTICA MÉDICA

DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE; DE LA *AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION*

Preámbulo: La *American Hospital Association* presenta una Declaración de Derechos del Paciente con la esperanza de que la observación de éstos, contribuya a una mejor atención y mayor satisfacción del paciente, su médico y la organización del hospital. Además, la Asociación presenta estos derechos para que sean respaldados por el hospital en nombre de sus pacientes, como parte integral del proceso de sanar. Es comúnmente admitido que la rela-

ción personal entre el médico y el paciente es esencial para que la atención médica sea apropiada. La tradicional relación médico-paciente toma una dimensión nueva cuando la atención es suministrada en una estructura organizada. La jurisprudencia ha establecido que la institución misma también tiene responsabilidades ante el paciente. Es en reconocimiento a estos factores que se declaran estos derechos:

1. El paciente tiene derecho a que se le atienda con consideración y respeto.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente no sea aconsejable comunicar estos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona adecuada que lo represente. El paciente tiene el derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención.
3. El paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su **consentimiento informado** previamente, a cualquier procedimiento o tratamiento. Excepto en las urgencias, la información ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado que ha de incluir al menos lo relativo al procedimiento o tratamiento específico, los riesgos médicos significativos asociados y la probable duración de la discapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento médicamente significativas o cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información. El paciente también tiene derecho a conocer el nombre completo de la persona responsable de los procedimientos o del tratamiento.
4. El paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. También tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.
5. El paciente tiene derecho a que se tenga en cuenta su intimidad en relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben conducirse con discreción. Quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes.
6. El paciente tiene derecho a que todas las comunicaciones y registros relativos a su atención sean tratados confidencialmente.
7. El paciente tiene derecho a esperar de un hospital, de acuerdo con su capacidad, le dé una respuesta favorable a su petición de servicios. El hospital debe brindar una evaluación, un servicio o la remisión a otra institución según lo indique la urgencia del caso. Si es médicamente permisible, un paciente puede ser transferido a otro centro, sólo después de haber recibido completa información sobre la necesidad de dicho traslado y una explicación completa sobre las opciones posibles. La institución a la que vaya a ser transferido el paciente ha de dar su aceptación previa a dicha transferencia.
8. El paciente tiene derecho a obtener información de cualquier relación de su hospital con otros centros sanitarios o instituciones educativas en cuanto pueda referirse a su atención. El paciente tiene derecho a que se le informe sobre la existencia de cualquier relación profesional entre personas que lo estén tratando y tiene derecho a conocer los nombres completos de estas personas.
9. El paciente tiene derecho a ser advertido en caso de que el hospital se proponga realizar experimentación humana que afecte su atención o tratamiento. El paciente tiene derecho a rechazar su participación en dichos proyectos de investigación.

10. El paciente tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención. Tiene derecho a saber con anticipación qué horas de consulta y qué médicos están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a confiar en que el hospital proveerá los medios para que su médico o alguien que éste delegue le informe de sus necesidades de atención de salud posteriores al alta.
11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos independientemente de quién vaya a abonar la cuenta.
12. El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente.

Ningún catálogo de derechos puede garantizar al paciente la clase de tratamiento que tiene derecho a esperar. Un hospital debe realizar funciones diversas que incluyen la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la educación de los profesionales de la salud y de los pacientes, así como la realización de investigación clínica. Todas estas actividades deben ser supeditadas al interés de los pacientes y sobre todo, al reconocimiento de su dignidad como seres humanos. Este reconocimiento cabal es la mejor garantía para la defensa de los derechos del paciente.

DECLARACIÓN DE LISBOA: DERECHOS DEL PACIENTE

Un médico debe siempre actuar de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales. La siguiente declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea que conozcan los pacientes. Cuando la legislación o la acción del gobierno niega estos derechos del paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos:

1. El paciente tiene derecho a elegir libremente su médico.
2. El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.
3. Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo.
4. El paciente tiene derecho a que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.
5. El paciente tiene derecho a morir con dignidad.
6. El paciente tiene derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral, de un ministro de la religión apropiada.

DERECHOS DEL MÉDICO (PRELIMINAR)

I. Derivados de su individualidad

Tiene los mismos derechos que cualquier humano y están ampliamente mencionados en la “Declaración Universal de Derechos Humanos” de la Organización de Naciones Unidas desde 1948 y en la “Declaración de Derechos y Deberes del Hombre” de la Organización de Estados Americanos en el mismo año.

II. Derivados de su relación profesional

1. En su relación médico-paciente:
 - Deberá contar con el respeto y dignidad que su cargo merece.
 - El trato amable y cortés debe ser recíproco.
 - Reciprocidad en humanitarismo, solidaridad y justicia.
2. Vida digna acorde a su profesión y responsabilidad:
 - Para sí y sus familiares.
 - Honorarios adecuados que le permitan situación económica holgada.
 - Salario suficiente cuando labore en instituciones.
 - Lograr y conservar la posición social que merece.
3. Derecho a no ser agredido:
 - En honra y reputación sin causa justificada.
 - Ser respetado por la sociedad a la que sirve.
 - No ser dañado arbitrariamente, sea física o psicológicamente.
4. Derecho a seleccionar ciertas actividades médicas:
 - Ejercer sus derechos civiles y políticos.
 - A no desempeñar actividades médicas fuera de su nivel de competencia.
 - Negarse a ejercer actos médicos (terapéuticos o experimentales) que a su juicio difieran de las bases bioéticas reconocidas universalmente.
 - Negarse a realizar labores médicas o quirúrgicas que a su juicio difieran de sus conceptos morales. Respetar su “libertad moral”, su “objeción de conciencia”, o ambos.
5. En el ámbito académico:
 - Libertad de expresión de ideas y opiniones en sesiones científicas.
 - Evitar dar o recibir crítica mordaz a y de otros compañeros médicos, de trabajo o gente en general.
6. Derecho a la asociación:
 - Entre médicos en colegios o sociedades médicas.
 - En sindicatos de instituciones de salud u otras donde labore.
 - Con asociaciones de tipo académico, económico, social, político, laboral o legal.
7. Derecho a protección legal:
 - No ser detenido por causa de supuesta responsabilidad médica, hasta juicio adverso.
 - Libertad mientras no exista fallo en contra por la “Comisión de Arbitraje Médico”.
 - Protección de la “Comisión de Derechos Humanos”.

III. Derivados de su contrato laboral

1. Derecho a respetársele su trabajo como fuente de ingreso económico.
2. Que se le facilite todo lo necesario para realizar su labor:
 - Equipo e implementos para desempeñar su trabajo.
 - Acceso a la tecnología apropiada a su nivel de atención (laboratorio y gabinete) y a la utilización de recursos terapéuticos que considere necesarios y accesibles (medicamentos, interconsultas, envíos al siguiente nivel de atención, etc.).
3. Que se le otorgue capacitación continua y actualización necesaria.

4. Cargas adecuadas a su tipo de labor, con descanso para evitar desgaste que propicie error y tiempo libre para superación profesional.
5. Derecho a manifestar a las autoridades correspondientes sugerencias respecto al mejoramiento de la atención que otorga él o la institución.

IV. Además de los anteriores derechos no reglamentados (véase en la Sección IV; de Bioética Médica Profesional) el médico tiene los derechos y obligaciones que le otorgan e imponen los siguientes

1. La Constitución Política de los Estados Unidos de la República Mexicana.
2. La Ley General de Salud y sus Reglamentos.
3. El Código Civil para el Distrito Federal, el correspondiente en cada Estado, o ambos.
4. El Código Penal para el Distrito Federal, el correspondiente en cada Estado, o ambos.
5. La Ley Federal del Trabajo, la correspondiente en cada Estado, o ambos.

Decálogo de los derechos del médico

1. Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.
2. Laborar en Instituciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
3. Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional.
4. Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
5. Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional, como justa reciprocidad.
6. Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
7. Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión.
8. Asociarse para promover sus intereses profesionales.
9. Salvaguardar su prestigio profesional.
10. Percibir remuneración por los servicios prestados.

REFERENCIAS

- Allaert IA, Dusserre L: "Computerized medical record: deontology and Legislation". Rev. Prat. 1996, Feb. I: 46 (3) 333-337. France.
- Cordera A, Booenrieth M: "Administración de Sistemas de Salud", tomo I, p. 63-65, Edit. los autores, Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Chacón Álvarez L: "Ética y deontología en el ejercicio de la medicina. La responsabilidad de la enfermera". Rev. de Enfermería del IMSS, No. 1, Vol. 2, p. 5-8, enero-abril, 1989, Sub. Dir. Gral. Médica, IMSS, México.
- Declaración Universal de Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas, 1948. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 645-648, Washington D.C., EUA, 1990.
- García-Romero H: "Los derechos Humanos del Médico". Gaceta Médica de México, vol.131, No. 2, p. 245-250, 1995.

- Garduño A, Zavala M:** "Implicaciones bioéticas en niños con malformaciones congénitas". Rev. Méd. del IMSS (Méx.), vol. 34, No. 4, p. 313-321, 1996.
- Gramsri Instituto, Centro de Bioética. "Seminario sobre aspectos bioéticos de la medicina de predicción". Roma, Italia, 1990.
- Hortelano A:** *"Moral de Bolsillo"*. p. 127-134, Salamanca, España, Edit. "Sígueme", 1989.
- Ley de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, Edit. Delma, 2° edic., p. 1-90, México, D.F., 1996.
- López de la Peña XA:** "¿Existe el Derecho al derecho a la protección de la Salud?". Gaceta Médica de México, vol. 132, No. 4, p. 451-455, 1996.
- Martínez-Bullé Goyri:** "Genética humana y derecho a la vida privada". Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 5 y 6, p. 613-619, septiembre-Diciembre, 1995.
- Muñoz de Alba M:** "Del derecho a la intimidad, al conocimiento de la información genética". Gaceta Médica de México, vol. 132, No. 2, p. 231-234, 1996.
- Roldán González J:** "Ética Médica". Cap. 2, p. 23-34, Edit. Librería Parroquial Clavería, 3° ed., México, D.F., 1990.
- Sepúlveda V:** "Derechos, deberes y decisiones en el ejercicio médico actual". Gaceta Médica de México, vol. 120, No. 7 y 8, 1984.
- Velasco Suárez:** "Seminario de Salud y Derechos Humanos". Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, D.F., 1991.
- Velasco-Suárez M:** "Responsabilidad científica y bioética del neurocirujano". Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 3, p. 213-219, mayo-junio, 1997.

Sección II

Bioética médica hospitalaria

Capítulo 6. Comités de bioética médica	69
Capítulo 7. Transfusión de sangre en testigos de Jehová	81
Capítulo 8. Cirugía plástica y reconstructiva. “Cambio de sexo”	89
Capítulo 9. Enfermedades transmisibles (VIH-SIDA)	101
Capítulo 10. Medicina basada en evidencias y de predicción	113
Capítulo 11. Anticoncepción	123
Capítulo 12. Aborto inducido y terapéutico	133
Capítulo 13. Procreación asistida (procreática)	149

CONCEPTO

También llamada institucional, donde las decisiones tomadas pueden generar polémica y que sea un solo médico el responsable puede resultar embarazoso. No se trata de diluir la responsabilidad, sino que exista consenso que unifique probables diferentes puntos de vista de varios miembros del hospital. Estas decisiones son importantes para el hospital o institución donde se labora, para los servicios y áreas operativas, para el paciente y sus familiares, etc.

No se trata de la atención de casos clínicos (que se presentan en sesiones académicas departamentales) médicos o quirúrgicos, la decisión ética en estos casos debe recaer en el concurso de varios médicos de la misma o diferente especialidad, reunidos en “junta médica” o en “Comité Departamental u Hospitalario” correspondiente al área o servicio implicado.

Ocasionalmente la toma de decisión es sencilla, pero debe tener apoyo multidisciplinario como sucede por ejemplo en el trato a pacientes VIH o SIDA positivos, donde se contraponen distintas opiniones, al intervenir diferentes intereses, resultando controvertida la postura política de los derechos humanos al discordar con el concepto médico epidemiológico.

Todavía con gran controversia se encuentra la legalización, despenalización y aceptación del aborto como un “derecho de la mujer”, donde interactúan opiniones políticas, médicas, sociales, éticas y morales. Similar debate ofrece la procreación asistida, la muerte y prolongación de la vida, el “derecho a muerte digna o a la eutanasia” y los límites de todos ellos.

Como temas de actualidad, se comenta la aplicación en testigos de Jehová, de sangre para fines de transfusión total, sus derivados o fracciones, así como autoaplicación (donación previa o hemodiálisis). El cambio de sexo en transexuales para afirmación de su personalidad y “asignación” a su sexo mental, dilema no completamente aceptado por leyes y francamente rechazado por moralistas. Se referirá además, en forma muy sintética, la modalidad de prestación médica denominada “medicina basada en evidencias y de predicción”, por su potencial de futuro éxito.

En algunos de los temas tratados, se procura hacer división de los diferentes criterios, opiniones, normas y leyes que influyen en la decisión del médico. Con base en ello, se aclara que estos puntos de vista son en ocasiones divergentes. Para mayor comprensión práctica y con objeto de que el lector pueda formarse un criterio propio en algunos temas se hace incapie en los diferentes criterios preponderantes: médico, ético, moral y legal. Estos aspectos, no siempre de acuerdo, se exponen para ampliación de información para que el lector tenga opción a conocer y acaso tomar partido con su propia decisión, de acuerdo a su criterio, conciencia y formación.

La ética, la moral y la ley, no siempre tienen el mismo criterio ante los temas médicos planteados, por lo cual se ofrecen para comprobación y al final se ofrece la opinión del autor. Se coincide con el Dr. Ruy Pérez Tamayo, que en su libro de *Ética Médica Laica*, editado por el Fondo de Cultura Económica (pág. 15, año 2002) informa “*no soy hombre de fe, sino de razón*”; por esta similitud se considera el criterio bioético-médico por encima de los demás y se ofrece la opinión o criterio propio.

Comités de bioética médica

Los dilemas médicos, técnicos o éticos no pueden actualmente dirimirse por criterios personales basados en experiencias, valores o creencias particulares.

GENERALIDADES

En bioética médica, se debe considerar la posibilidad de actuar y tomar decisiones entre un médico que labora unitariamente al impartir sus funciones profesionales en consultorio, o cuando trabaja dentro de un equipo multidisciplinario, sea hospital, institución, colectividad o comunidad. En el primer caso no es generalmente necesario recurrir a un consenso para tomar decisiones; pero cuando la responsabilidad recae en un grupo de personas, es indispensable el apoyo representativo de todos sus miembros.

BIOÉTICA PROFESIONAL

Tradicionalmente la ética médica se ha orientado hacia la regulación de acciones individuales, así como los códigos que la regulan. El médico, toma decisiones por sí solo o (si acaso) con el paciente y familiares. Poco necesita de otras personas para tomar decisiones, basándose en los principios universales de la ética médica y su buen juicio, resuelve los problemas que suelen presentarse. El médico es el determinante y responsable en última instancia de sus acciones.

El médico en su trabajo profesional, desarrollando su actividad individual, está entrenado para seguir un método, comenzando por interrogatorio, exploración, recopilación de exámenes, integración de un diagnóstico, formulación de un tratamiento y aventurar un pronóstico. Corresponde paso por paso al “método científico”; esto es, planteamiento del problema, identificación de los cursos alternativos de acción, ordenamiento de los valores existentes, selección basada en el análisis, pronóstico de resultados y su confirmación. En esta labor, el médico se enfrenta a escasas disyuntivas éticas, que resuelve con criterio y acierto.

BIOÉTICA HOSPITALARIA O INSTITUCIONAL

La ética personal profesional no garantiza la racionalidad bioética de acciones médicas en un sistema multidisciplinario como una institución de salud (hospital) y por tratarse de un sistema de atención médica, su responsabilidad bioética es más compleja que la suma de las creencias individuales, ética profesional y responsabilidad legal de cada uno de los participantes; se torna bioética de grupo.

La bioética institucional tiene que ver con los principios generales de orden normativo que, “apartándose de las creencias individuales, define el conjunto de obligaciones que una institución asume y por las cuales debe de actuar para lograr que su resultado sea considerado bioético”.

BIOÉTICA COLECTIVA O SOCIAL

Es necesaria una ética social que pueda establecer las características de la relación entre el paciente y las instituciones de salud y de éstas con la colectividad. Una teoría apropiada de las obligaciones y derechos éticos y morales del equipo de salud hacia el paciente y hospital, además de establecer por orden jerárquico las necesidades reales de salud de la sociedad y planee soluciones equitativas de resolución colectiva.

COMITÉ HOSPITALARIO DE BIOÉTICA MÉDICA

En la ética profesional, se realiza la toma de decisiones éticomorales en forma individual, por ser labor personal, pero tratándose de una institución o de la colectividad, es menester una coordinación en la toma de decisiones, una reunión de personal idóneo constituido en comité para que sus decisiones tengan bases éticas más amplias.

Definición

Se concibe al comité de bioética médica hospitalario como:

“Un grupo multidisciplinario de profesionales dentro de una institución de salud que cumple la función de dirigir los dilemas bioéticos que ocurren dentro de esta institución”. Algo así como “la conciencia del hospital”. Son consultantes de los problemas bioéticos que surjan durante la práctica de la medicina hospitalaria, antes de que ocurran como medida resolutoria, o después de sucedidos, como antecedente para futuras resoluciones.

Origen

Los problemas intrahospitalarios creados principalmente por la aplicación de adelantos científicos y nuevas tecnologías manifestaron la necesidad de tomar decisiones de grupo para definir a quién se otorga, cuándo se inicia, por cuánto tiempo, momento de suspensión, a qué

costo se atiende, disponibilidad de recursos y aparatos; y con base en una nueva conciencia social orientada hacia la evaluación de tratamientos necesarios o innecesarios, indefinidamente prolongados (como puede suceder con la vida; toma de decisiones administrativas como adquisiciones de equipos, costos de atención, cobros a enfermos; o tecnológicas, hasta que punto son innovadoras, sustitutivas o necesarias; utilización de tratamientos especializados y sus requerimientos; y otras deliberaciones de tipo bioético a debatir.

Éstas y otras principales disyuntivas sentaron las bases para la creación de los Comités Hospitalarios de Bioética con los siguientes principales atributos:

1. Diversidad de criterios en una sociedad pluralista en relación con la atención hospitalaria.
2. Diferentes enfoques y criterios atribuidos a un mismo problema.
3. Necesidad, por tanto del consenso de un grupo multidisciplinario representativo.
4. Búsqueda de equidad, humanitarismo, solidaridad y calidad de la prestación.
5. Prioridad del individuo sobre cualquiera otra alternativa (técnica, administrativa, política o económica).
6. Problemas socioeconómicos relacionados con la salud de los usuarios y del funcionamiento del hospital.

Estos comités aparecieron a principios del año de 1980 en EUA como velada protección al usuario hospitalario y para toma de decisiones administrativas. Por cubrir principalmente las necesidades de los pacientes, su especial vulnerabilidad, la voluntaria y rígida decisión hospitalaria; además de su demostrada utilidad se difundieron rápidamente por todo el mundo.

Integración

El médico, el hospital, el equipo de salud y en un sentido más amplio el sistema nacional o internacional de salud, deben ser vistos como agentes éticos integrantes y constituyentes de un comité de bioética médica.

En un comité hospitalario de bioética, deben concurrir en su integración, además de personal de la institución, otros grupos de agentes sociales para conformar un grupo multidisciplinario:

- Cuando se trate de un caso médico, deberá estar constituido el comité por el especialista encargado del manejo intrahospitalario del paciente, el encargado del servicio donde el enfermo se halla internado, además del o los médicos y psicólogos que forman normalmente el comité.
- Personal administrativo del hospital: director, jefe de servicio médico o de enfermería, administrador, contralor, etc.
- Cuando menos un representante de preferencia distinguido de la comunidad.
- Uno o varios abogados.
- Uno o más moralistas, puede ser ministros de las religiones más representativas de la comunidad.
- De acuerdo al caso, puede estar el interesado o su representante.

Atribuciones

Los comités hospitalarios o institucionales de bioética médica deberán cumplir con las siguientes atribuciones:

- Verificar que el servicio hospitalario correspondiente cumpla los requisitos y técnicas recomendadas por la medicina (últimos adelantos), normas de bioética, de salubridad, así como leyes civiles y penales.
- Vigilar la operación del servicio y la coordinación con otras áreas del hospital o externas.
- Auxiliar en las decisiones médicas y bioéticas en selección de pacientes, ingreso, egreso o permanencia en el servicio.
- Cerciorarse de que los principios básicos bioéticos de atención médica se cumplan: información amplia, beneficencia, equidad, secreto profesional, confidencialidad, privacidad, autonomía, decisión.
- Procurar mantener actualizado al personal en servicio y propiciar la enseñanza.

Funcionamiento

Cada hospital debe tener constituido se propio comité de bioética y debe reunirse periódicamente para revisión actual de casos específicos o retrospectiva de casos clínicos, técnicos o administrativos considerados éticamente problemáticos. Las reuniones serán convocadas, previa cita, con 24 h de anticipación (cuando no sean las programadas), por cualquiera de los miembros del comité de *motu proprio* o por solicitud del médico tratante, el paciente, sus familiares o su representante. Dependiendo de necesidades, las sesiones ordinarias del comité se realizarán mensual o bimestralmente.

Para llevar una secuencia adecuada y obtener los resultados esperados, los comités deben seguir una metodología, protocolo o esquema para valoración de problemas. Obtener registro de todas las deliberaciones, conclusiones y resoluciones de los casos considerados, guardándolos confidencialmente como marcan las normas hospitalarias y la propia ética médica. Solamente bajo orden judicial podrá ser entregado este expediente a las autoridades que legalmente lo requieran y la confidencialidad quedará a su responsabilidad.

COMITÉS DEPARTAMENTALES

Debido a que cada servicio de una institución de salud tiene su propia problemática, tanto más compleja, cuanto más sofisticada; con toma de decisiones polémicas que, para su solución bioética necesitan el consenso de varias disciplinas, debe tener constituido y funcionando un "Subcomité de Bioética por Servicio, Unidad Operativa o Institución", dependientes del hospital; pero con cierta autonomía.

Los principales comités departamentales o subcomités de bioética médica por servicio hospitalario o institución que deben existir y operar son los de:

- Unidad de Cuidados Intensivos.
- Unidad de Hemodiálisis.

- Unidad de Coronarias.
- Unidad de Urgencias Medicoquirúrgicas.
- Servicio de Enseñanza, Investigación y Experimentación.
- Servicio de Trasplante de Órganos.
- Servicio de Radio y Quimioterapia.
- Servicio de Imagenología.
- Servicio de Biogenética.
- Y preferentemente de las cuatro especialidades básicas: Medicina Interna, Cirugía, Ginecoobstetricia y Pediatría.

Es conveniente que el principal actor del programa a tratar en el Comité (médico tratante, investigador encargado del programa, cirujano especializado, etc.), intervenga en la discusión y opinión, pero no directamente en la decisión, para no ser juez y parte al mismo tiempo.

Los temas frecuentemente abordados en los comités hospitalarios abarcan aspectos bioéticos, teóricos y prácticos en la toma de decisiones con respecto a: relación del personal hospitalario con enfermos, atención a la salud, utilización de recursos, tecnología y terapia, problemática de cada servicio y con la comunidad donde presta servicios de atención médica.

En estos comités se ejerce una verdadera transferencia del poder tradicional retenido por médicos, investigadores, políticos y administradores hacia la red multirepresentativa de individuos que conforman el comité. En las decisiones del comité, puede verse hasta que punto, el médico, considerado siempre figura central de las decisiones en este campo, cede parte de su hegemonía, para ubicarse como asesor, al igual que los demás participantes; y lograr en la decisión final la armónica articulación de todos los puntos de vista comprometidos en el problema bioético analizado. Dentro del comité el médico deja de ser “el determinante en última instancia”.

COMITÉ COMUNITARIO DE BIOÉTICA MÉDICA

Incluyen los comités de bioética colectiva, social y de los llamados sistemas locales de salud (SILOS). Constituyen estas unidades de atención médica un macrosistema de atención de salud, comparado con las anteriores (un médico en su práctica profesional privada o con un hospital o institución de salud); la comprensión de los primeros, ayudará a entender el funcionamiento de los comités comunitarios, regionales o nacionales, por tener la misma esencia, pero ser más complejos.

Tratan también asuntos relacionados con la población enferma, pero deben abarcar su aspecto social y la relación con el entorno.

La participación social y decisiones comunitarias en materia de salud, con carácter descentralizado, otorgan la decisión de la asistencia sanitaria a un grupo local de mando, donde deben prevalecer conceptos bioéticos universales e inmutables en la distribución y otorgamiento de la salud. Como principales determinantes bioéticas se deben reconocer las de:

- a) Equidad (igualdad en oportunidad, calidad y humanitarismo para todos los miembros de cada comunidad o grupo social).

- b) Eficacia (efecto en la resolución de problemas de salud con los recursos de que dispone la comunidad o grupo social).
- c) Eficiencia (capacidad para lograr los objetivos de salud propuestos, teniendo como meta los principios de justicia social).

Estos comités sociales o comunitarios deben tener una estructura y función similar a los comités hospitalarios. Deben ser multidisciplinarios para abarcar todos los puntos de vista, expectativas y demandas de la sociedad a la que deben servir médica y sanitariamente. Basar sus acciones en el diálogo y llegar a consenso comunitario, a fin de lograr una síntesis ético-racional al tratar de resolver los problemas de salud bajo el punto de vista médico-político-económico-social.

PROTOCOLOS DE METODOLOGÍA EN COMITÉS DE BIOÉTICA MÉDICA

Consideraciones generales

Se recurre a los comités de bioética cuando la decisión operativa entraña cierta o grave responsabilidad; por dificultad para elegir la opción adecuada; o las inclinaciones no están bien definidas; todas las soluciones parecen malas; se necesita apoyo de otras disciplinas; se presenten grandes riesgos y consecuencias imprevisibles y a pesar de todo ello se tiene la obligación de tomar una decisión.

Para que ésta sea la mejor alternativa del comité y tenga fundamentos y bases bioéticas, es menester seguir “un método que proporcione una guía que permita llegar a una conclusión justa y demostrar el porqué de la decisión tomada por el comité”, lo que puede lograrse con la formación y desarrollo de un protocolo a propósito. Este método debe servir para ponderar los derechos y responsabilidades del médico, del hospital o de la comunidad, y asegure a una sociedad cada vez más desconfiada, que las decisiones que son importantes se toman con la debida consideración de valores bioéticos.

Definición

Los protocolos de metodología para operación de los comités de bioética médica “son los diferentes métodos secuenciales utilizados para exposición, desarrollo, deliberación y toma de decisiones en casos médicos, técnicos, administrativos, etc., presentados a los respectivos comités”.

Evolución

A partir de 1978 se inician protocolos para presentación de casos clínicos ante los comités hospitalarios de bioética, que también pueden utilizarse con pequeñas variantes para cualquier comité de bioética, puesto que siguen todos un método semejante. El primero, más conocido y menos complicado es el “Programa de Ética Clínica” de David Thomasma, de la Universidad de Tennessee, EUA.

En 1982, Jonsen Siegler M. *et al.*, publicaron un compendio de protocolo que básicamente consta de los mismos pasos, pero los define más ampliamente, nombrado “Programa estratégico para toma de decisiones ético-clínicas de problemas en medicina”.

Otro de los protocolos estadounidenses para presentación y desarrollo de casos dentro de los comités es el realizado por James Drane, denominado “Métodos de Bioética Clínica”, posiblemente tenga mejor separación de sus partes y niveles de discusión, facilitando la toma de decisiones; más que un método, es un procedimiento de razonamiento científico para lograr un fin bioético.

La tradición médica en Latinoamérica y Europa es quizás más humanista y la bioética médica no está tan ligada a teorías utilitarias, prestando mayor atención a las virtudes que a los principios. El protocolo difundido por el Dr. Hans Martin Sass, y conocido como “Protocolo de Bochum”, está compuesto básicamente de preguntas que los miembros del comité deben contestar para llegar a una decisión.

Descripción

Se referirá en forma simplificada los seis pasos que siguen estos protocolos tomando como ejemplo el Programa de ética clínica:

- Describir ampliamente los hechos del caso.
- Describir los valores (metas, intereses) de todas las partes involucradas en el caso: médicos, pacientes, personal, servicios, etc.
- Indicar cuál es el principal conflicto de valores.
- Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número posible de valores en el caso.
- Escoger una conducta a seguir.
- Realizar y defender la opción escogida.

El resumen de los otros protocolos se presenta en anexos por considerarlos importantes y ser de utilidad dentro de los comités, dada la enorme flexibilidad que deben tener los métodos para llegar a soluciones bioéticas.

ANEXOS: COMITÉS DE BIOÉTICA MÉDICA

PROGRAMA ESTRATÉGICO PARA TOMA DE DECISIONES ÉTICO-CLÍNICAS DE PROBLEMAS EN MEDICINA

Indicaciones médicas (el ámbito del médico)

Diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, estrategia clínica basada en los riesgos y beneficios de los distintos tratamientos, y características particulares del paciente.

Preferencias del paciente (decisión adoptada por el paciente basándose en indicadores médicos)

Como manejar un conflicto entre las indicaciones médicas y las preferencias del paciente; qué hacer cuando el paciente no es legalmente competente y se está muriendo.

Consideraciones sobre la calidad de la vida

Cuando un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo, otra persona debe decidir en su lugar si un tratamiento será beneficioso o creará una carga adicional (es decir, ¿vale la pena la operación, el tratamiento con radiaciones, el régimen médico, etc.?) Se asigna un valor a las características de la experiencia humana (conciencia, funciones de relación, dolor, etc.).

La calidad de la vida se evalúa únicamente cuando el paciente no puede hacer sus propios juicios, no se conocen sus preferencias y las metas médicas son limitadas (p. ej., enfermedades terminales, pacientes en estado de inconsciencia permanente, neonatos discapacitados, casos en los que se ha dado la orden de aplicar el código de no reanimar).

Factores socio-económicos (cuando las decisiones afectan a terceros)

Las decisiones clínicas tienen repercusiones que no se limitan a la tríada médico-paciente-representante, sino que abarcan también a la familia, la escasez de recursos, los fondos disponibles, las necesidades en el campo de enseñanza de la medicina, la seguridad y el bienestar de la sociedad. Estos factores se sopesan en el último término y en la adopción de las decisiones ordinarias no se les atribuye la misma categoría que a los anteriormente mencionados, pero cada día son más importantes.

MÉTODOS DE BIOÉTICA CLÍNICA

Fase expositiva

Guía para señalar los hechos pertinentes:

- a) Factores médicos: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, metas médicas acordes con la realidad, eficacia del tratamiento, incertidumbre relacionada con la comprensión científica en el ejercicio de la medicina.
- b) Factores personales: ¿quién es el paciente y qué quiere? ¿cuáles son los intereses, deseos, sentimientos, presentimientos y preferencias del paciente, los médicos, el personal, los administradores del hospital y la sociedad?
- c) Factores socioeconómicos: costo para el paciente, la familia, el hospital, la compañía de seguros, el gobierno nacional y la comunidad local.

Fase racional

Guía para el análisis de los datos pertinentes.

- a) Categorías relacionadas con la ética médica: expresiones tales como consentimiento con conocimiento de causa, rechazo del tratamiento, confidencialidad, experimentación y eutanasia son ejemplo de una taxonomía general para la organización de los datos y la consulta de publicaciones. El lenguaje de la ética médica proporciona los instrumentos para reflexionar sobre los casos.
- b) Principios y máximas: la beneficencia, la autonomía, el respeto, la verdad, la fidelidad, el valor de la vida y la justicia son normas ampliamente aceptadas. Existen también directrices más concretas expresadas en forma de normas específicas: no prolongar la agonía, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos de los pacientes legalmente competentes.
- c) Decisiones de índole jurídica y códigos profesionales: los casos que constituyan paradigmas jurídicos orientan la reflexión sobre otros: por ejemplo, un caso como el de Karen Ann Quinlan. Los códigos profesionales, actualizados por las organizaciones profesionales, también orientan la reflexión.

Fase volitiva

El paso de los hechos y la reflexión a la adopción de decisiones.

- a) Ordenamiento de los beneficios: cuando se puede proporcionar más de un beneficio o satisfacer más de un interés, hay que preparar una lista según el orden de preferencia. Por ejemplo, las preferencias de los pacientes legalmente competentes tienen prioridad sobre las del médico o los familiares; en una epidemia, el bienestar de la sociedad tiene preferencia al bien individual.
- b) Ordenamiento de los principios: cuando entran en juego principios incompatibles, hay que ordenarlos según las creencias personales y los compromisos profesionales. La prioridad de los médicos es la beneficencia (atender al paciente, curarlo, salvarle la vida, aliviarle el dolor). Existen otros principios que también se respetan, pero que no tienen prioridad sobre la beneficencia.
- c) Adopción de una decisión: los profesionales toman decisiones con la mayor prudencia y sensibilidad que su madurez personal les permite. Hay que tomar precauciones especiales en los casos en que una decisión dé por resultado la muerte del paciente. La decisión debe ser tomada por consenso del Comité correspondiente.

Fase pública

Preparación para el escrutinio público y la defensa de las decisiones.

- a) Explicar las hipótesis y tomar conciencia de los factores subjetivos y de las creencias fundamentales.
- b) Establecer una correlación entre las razones y los sentimientos. Esforzarse por aplicar los principios, las máximas y las normas en forma coherente.

- c) Organizar los argumentos para el discurso público. Para que la ética sea aceptable (en una sociedad pluralista) debe estar respaldada por razones convincentes y demostrables.

PROTOCOLO DE BOCHUM

Identificación de los datos científicos

¿Cuál sería el tratamiento teniendo en cuenta los datos científicos?

- a) Reflexiones generales: ¿diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, beneficios, resultados del tratamiento, pronóstico en caso de no administrarse tratamiento?
- b) Reflexiones especiales: ¿cómo se aplican a este paciente en particular las opciones terapéuticas con sus distintos beneficios y responsabilidades?
- c) Tarea del médico: ¿existen las condiciones clínicas necesarias para proporcionar un tratamiento apropiado?, ¿es el médico competente? ¿son claros los conocimientos médicos en este campo?, ¿se reconoce lo que la medicina ignora?

Identificación de los datos ético-médicos

¿Cuál sería el mejor tratamiento teniendo en cuenta los factores ético-médicos?

- a) La salud y el bienestar del paciente: ¿cuáles son las cargas de responsabilidad (física y espiritual) de cada opción terapéutica?
- b) Autodeterminación del paciente: ¿qué valores, actitudes y grado de comprensión tiene el paciente?, ¿se puede respetar la participación del paciente y sus propias decisiones o se hará caso omiso de ellas y se aceptará la decisión que otra persona tome en su lugar?
- c) Responsabilidad del médico: ¿se puede mediar en los conflictos entre el médico, el paciente y la familia sin socavar la confianza, el carácter confidencial y la verdad?, ¿qué grado de claridad, certeza o duda existe en torno a la idoneidad de las categorías éticas y la relación entre ellas?

Manejo del caso

¿Cuál es la mejor decisión en vista de las consideraciones precedentes?

- a) ¿Cuáles son las opciones más aceptables teniendo en cuenta los datos ético-médicos?, ¿se necesitan más consultas o se debe trasladar al paciente?
- b) ¿Cuáles son las obligaciones concretas del médico, el paciente, el personal y la familia teniendo en cuenta el tratamiento seleccionado?
- c) ¿Existen argumentos contrarios a esta decisión?, ¿se conversó sobre la decisión con el paciente?, ¿se obtuvo su consentimiento?

Preguntas adicionales sobre la evaluación ética

a) En los casos que requieren tratamiento prolongado:

Revisión regular del tratamiento médico y la evaluación ética. ¿Es flexible el plan de tratamiento?, ¿se tienen en cuenta las medidas paliativas si el pronóstico es sombrío?, ¿se garantiza que se tengan en cuenta los deseos expresos y presuntos del paciente?

b) Cuando existen factores sociales:

Complicaciones familiares, emocionales, profesionales y económicas. ¿Puede el paciente, la familia o la comunidad hacer frente a las complicaciones?, ¿se fomenta la integración social, la felicidad y el desarrollo de la personalidad del paciente?, ¿cómo se deben evaluar los factores sociales desde el punto de vista de las consideraciones científico-médicas y ético-médicas?

c) En los experimentos terapéuticos y de otro tipo:

¿Qué efecto tiene el experimento en las consideraciones médico-éticas? Si no se proporciona información completa al paciente o si éste no comprende la información recibida, ¿se justifica el experimento? Si el paciente no ha dado su consentimiento, ¿se lleva a cabo el experimento?, ¿fue justa la selección de pacientes?, ¿pueden los pacientes abandonar el experimento en cualquier momento?

BIBLIOGRAFÍA

- Bompiani A:** "De los Comités de Bioética. Comité Nacional de Bioética (C.N.B.). Los Comités Éticos". Rev. Medicina y Ética vol. VI, No. 4, p. 11-52, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Cerdán Assad A:** "Comités de Bioética". Conferencia en el 2º Simposio Aspectos legales y éticos de la Práctica de la medicina en México, por Asesoría Integral en Comunicación Educativa S.C., febrero, 1998, México.
- Drane James F:** "Métodos de Ética Clínica". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 108, No. 5 y 6, p. 415-425, mayo-junio, 1990, Washington D.C., EUA.
- Gómez CR, Klaindorf SB:** "Interrelación Hospital-Médico Familiar dentro de las estrategias de la atención médica primaria de Salud", Rev. Educación Médica y Salud. O.P.S., vol. 25, No. 3, p. 223-240, julio-septiembre, 1991, EUA.
- Soskolne CL:** "Ethical decision-making in Epidemiology: the case study approach" J Clin Epidemiol 1991,44 (supl. 1). Resumen en Medicina y Ética, vol. IV, No. 2, p. 119-122, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Tealdi JC:** "Silos y Bioética. Racionalidad moral de las decisiones comunitarias". Rev. Boletín de la O.P.S., vol. 109, No. 5 y 6, p. 462-473, noviembre-diciembre, 1990, Washington D.C., EUA.
- Tealdi JC, Mainetti JA:** "Los Comités de ética hospitalaria". Boletín de la O.P.S., vol. 108, No. 5 y 6, p. 431-438, Mayo-junio, 1990, Washington D.C., EUA.

Transfusión de sangre en testigos de Jehová

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

CONSIDERACIONES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TRANSFUSIÓN DE SANGRE

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

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

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

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

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

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

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

TESTIGOS DE JEHOVÁ

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

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

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

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

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

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

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

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

CRITERIO MORAL

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

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

CRITERIO LEGAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo II, Homicidio,

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

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

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

Capítulo VII, Abandono de personas,

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

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

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

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

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

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

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

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

CRITERIO MÉDICO

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

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

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

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

Consideraciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERENCIAS

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

Cirugía plástica y reconstructiva: “cambio de sexo”

*El paciente subjetivo es fundamentalmente un neurótico.
Nunca se emprenderán correcciones plásticas en estos casos,
excepto por consejo de un psiquiatra competente.*

John F. Pick

CIRUGÍA GENERAL

La cirugía general o especializada, cuando trata de salvar una vida o reparar un daño o enfermedad física manifiesta, no ofrece dilema bioético-médico cuando trata de salvar una vida, reparar una lesión o enfermedad física manifiesta. Siempre estará indicada, pero para que este recurso sea considerado ético deberá ajustarse como mínimo a los siguientes requisitos.

1. Que la intervención quirúrgica esté médicamente indicada y sea terapéuticamente indispensable e imprescindible; esto es, el único recurso curativo o paliativo disponible y que además existan reales posibilidades de éxito quirúrgico.
2. Que sea realizada la intervención por personal calificado, en quirófano adecuado al tipo de cirugía, en medio óptimo (hospitales o clínicas) con tecnología y personal de apoyo *ad hoc*, correspondiente a su nivel de atención medico-quirúrgico.
3. Obtención previa del “consentimiento ampliamente informado” y preservar posteriormente la “confidencialidad o secreto médico”.
4. Debe operarse al paciente ante el inminente fracaso medicoterapéutico, sin diferimiento (a pesar de no constituir una urgencia calificada) y cuando el padecimiento sea inminentemente quirúrgico.
5. En el medio privado el costo de la operación debe ser accesible al usuario, sin lucro desmedido. En regímenes de Seguridad Social, todos los derechohabientes deben tener las mismas oportunidades y ser atendidos en el nivel de atención correspondiente al padecimiento.

Se considera incluir este tema de la cirugía reconstructiva por ser el único en crear actualmente polémica ético-moral-legal en oposición a la concepción ética de este reciente tipo

de intervenciones quirúrgicas con objeto de lograr adaptación psicológica de paciente masculino o femenino que padece transexualismo; condición que provoca angustia enajenante (neurosis) por tener cuerpo del sexo no deseado.

Este tipo de cirugía, no es frecuente, pero causa gran polémica dentro de la sociedad. Por una parte la exigencia de los transexuales para tener el cuerpo adecuado a su mente y por otro, el costo quirúrgico que ha dificultado la legalización de este procedimiento llamado "cambio de sexo".

Hay que recordar que el trasplante de corazón, siendo órgano único tomado prácticamente en vida, causó sensación en el último tercio del siglo XX, con repudio de la mayoría de las personas, incluso de médicos, logrando pocas felicitaciones. Cuando se especificó que se realizaba la toma del órgano de paciente mantenido artificialmente con vida y declarado con muerte cerebral, la operación fue aceptándose y actualmente no ofrece dilema ético médico, a pesar de lograr solamente éxito temporal en la vida del trasplantado.

Los demás trasplantes por tratarse de órganos dobles o no vitales y de tejidos, para trasplante con fines de recuperación de salud, nunca tuvieron resistencia ética, política o moral. El hígado, siendo el órgano humano con mayor poder de regeneración (conocida desde remoto tiempo por los griegos, la mitología reporta que un águila comía diariamente el hígado de Prometeo encadenado y que se regeneraba rápidamente), puede utilizarse como si se tratase de órgano doble; tomando un lóbulo sin menoscabo de la salud del donante.

Se presenta como tema de cirugía, el cambio de sexo por ser el único procedimiento quirúrgico sin contar con aceptación universal y ser de solicitud, casi exigencia, de muchos hombres y mujeres que desean fervientemente cambiar de sexo.

HISTORIA DE LA CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

Desde la más remota antigüedad se practicaba algún tipo de cirugía, ciertos procedimientos instintivos para tratar de sanar las lesiones sufridas en luchas con animales, cacería para lograr la subsistencia o conservación de la especie. Posiblemente desde época inmemorable el hombre intentó la curación de heridas con hierbas y la contención de hemorragias con algún tipo de compresión o vendaje rudimentario.

Se tiene referencia de que culturas antiguas aplicaban emplastos con polvo de hojas secas, cenizas y lodo bajo vendaje para curar heridas o cohibir hemorragias. También se aplicaron tizones encendidos para cauterización de heridas sangrantes.

Posiblemente utilizaron ramas o bastones adheridos a las extremidades, para sostener fracturas o gruesas capas de barro dejado secar, a modo de férulas que sostuviesen los fragmentos (acaso alineados), como todavía se acostumbra en algunas tribus salvajes. Se comprueba la posible reducción de fracturas por la buena alineación de fragmentos y bien consolidadas encontradas en esqueletos humanos prehistóricos.

Cabe mencionar que con fines estéticos las tribus y culturas antiguas mediante ingeniosos procedimientos deformaban el cráneo, nariz, boca y orejas, alargaban el cuello, impedían crecimiento de los pies, etc., de acuerdo a especial sentido de la hermosura.

Cirugía india

Los cirujanos hindúes son aparentemente los primeros en la historia de la medicina (4000 años a.C.) en realizar operaciones plásticas con fines estéticos. Se refiere que a causa de la pena de mutilación facial (nariz), se realizaba cirugía estética, reavivación del área receptora, incluso con colgajo de frente o mejilla suturado para cubrir el defecto. No en vano el *Ayurveda* designa a la cirugía como la primera disciplina entre las integrantes de la medicina. Susruta enumera gran variedad de instrumentos quirúrgicos y aconseja aplicar el cuchillo a los abscesos, con la condición de estar bien maduros; recordando que es grave, por su dispersión no realizar la desbridación antes de tiempo (cuando el pus ya trata de buscar caprichosamente nuevos caminos o vías de salida).

Cirugía egipcia

Durante los años 2000 a.C., se realizaban en Egipto correcciones a desfiguraciones, deformaciones y defectos, y verdaderas operaciones estéticas en labios, mentón, orejas, narices y mamas. Por su escasa difusión no se tiene mucha información sobre este tipo de cirugía plástica. Fue espectacular en esta época el embalsamamiento de cadáveres y las trepanaciones craneales posiblemente terapéuticas.

Cirugía griega

La *Iliada* cita las batallas entre aqueos y troyanos y narra las batallas y heridas causadas por armas (flechas, espadas y lanzas principalmente), así como su curación (extracción de flechas, lavado de la herida, como contener la hemorragia, aplicación de vendajes, plantas para mitigar el dolor, etc, hasta la implementación rudimentaria de hospitales en las naves de apoyo militar.

Unos 500 años antes de nuestra Era, como gigante de la medicina, el médico de Cos en la persona de Hipócrates, refiere con literatura clara, rica y extensa, fruto de una mente extraordinaria, sus preclaros conceptos médicos, que le valieron el atributo de "padre de la medicina". Se refiere a la historia clínica, interrogatorio, exploración, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, con criterio perdurable hasta nuestros días (lo que equivale a más de dos siglos). Es clásico y vigente su aforismo "la vida es breve, el arte largo, la ocasión propicia es fugaz, la experiencia engañosa, el juicio difícil".

Sobre ética médica escribió el famoso Juramento y Ley de Hipócrates, además de los consejos sobre como tratar al paciente con referencia al pronóstico, directamente y sin reservas: "Dénse al paciente los consejos necesarios con expresión alegre y serena en el rostro. Procúrese que olvide sus sufrimientos y achaques, ora haciéndole serias observaciones y severas advertencias, ora consolándole con atención llena de deferencia y miramiento, pero sin revelar en ningún instante ni dejar entrever lo que pueda acontecer y los peligros que le amenazan. No pocos han sido impelidos hacia una situación extrema por causa de médicos obstinados en manifestar de antemano a sus pacientes las tristes inminencias que se ciernan sobre ellos o lo que ha de ocurrir en un plazo más o menos lejano". Trata temas de

anatomía, fisiología, terapéutica médica y quirúrgica, pero no se han encontrado referencias a la cirugía plástica en sus escritos.

Cirugía romana

El primer médico de fama en Roma fue Asclepiades (también llamado Esculapio), tuvo mucha fama profesional, su gran mérito fue crear una escuela que recibió el nombre de **metódica**. Contraria a ésta, en la escuela **pneumática** floreció Celso durante el primer siglo de la era cristiana. Su obra se edita en las postrimerías de la Edad Media y se difunde con la imprenta. En el libro séptimo y octavo se describen las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en su época, incluyendo métodos de cirugía plástica, por lo cual los historiadores sitúan el origen occidental de la cirugía plástica en la época de Celso. Describe métodos correctores para mutilaciones de orejas, párpados, narices y mamas. Trata temas de anatomía, fisiología, terapéutica médica y quirúrgica.

De Celso se agregan las condiciones que debe reunir el cirujano: “Debe hallarse el cirujano en la edad madura, o al menos no haberla rebasado en extremo; tener una mano rápida y firme y no menor destreza en la izquierda que en la derecha; poseer una vista aguda y clara; debe ser intrépido de ánimo y compasivo hasta tanto no cure al paciente sometido a su tratamiento; ante sus gritos no debe apresurarse más de lo que sea indispensable. En nada de lo que emprenda, debe dejarse impresionar lo más mínimo por los lamentos del paciente”.

Le sucedió en fama a Galeno en el siglo II de nuestra Era, que describió con cierto detalle algunas de estas operaciones conocidas posteriormente como intervenciones quirúrgicas estéticas. Desde ese tiempo, la Iglesia Católica condenó estas intervenciones quirúrgicas plásticas, supuestamente por que “Toda violación deliberada de la forma humana era considerada como una ofensa a Dios”. Nadie osaba realizar abiertamente cirugía considerada como estética. Todavía a principios del siglo XIII el Papa Inocencio III, insistía en prohibir a los miembros de la Iglesia, practicasen cirugía plástica o estética, “por tratarse de una violación de la forma humana y constituye una ofensa a Dios”.

Gaspar Tagliacozzi, profesor de anatomía de la Universidad de Bolonia (1546-1599), a pesar de ser admirado por su habilidad quirúrgica, había realizado y editado técnicas y procedimientos considerados de cirugía plástica, por lo que a su muerte fue exhumado por órdenes de la Iglesia y enterrado en tierra extraña y todos sus libros quemados en la hoguera por “ultrajar la obra de Dios”. Muchos autores lo consideran como el padre del renacimiento italiano de la cirugía plástica.

Cirugía árabe

A pesar de la gran contribución a la medicina por parte de sus principales exponentes Averroes, Avicena y Maimónides, no aportan datos respecto a cirugía plástica. Sin embargo, Albucasis (936-1013) reconocía “la cirugía no florece en nuestro país, en su actual decadencia ha desaparecido sin dejar huella”. Por ello se dedicó a traducir textos médicos y escribió un tratado de cirugía, *Al-Tasrif* que fue el primer manual ilustrado y sistemático sobre

cirugía, destacando a la anatomía como base quirúrgica. En este tratado, se comenta la impresión de Hipócrates "Hay muchos médicos de nombre, pero pocos de hecho, sobre todo en cirugía" (citado por el Dr. Ortiz Quesada).

Cirugía contemporánea

El francés Ambrosio Paré (1509-1590) escribió varios libros sobre cirugía, lo que le valió el reconocimiento de "padre de la cirugía moderna". A principios del siglo XVIII, se funda en París la Real Academia de Cirugía, con lo que se daba prestigio y relevancia a esta especialidad médica, pasando esta actividad de manos de empíricos (barberos y carniceros) a especialistas en cirugía general. Se dieron tanto en Francia como en el resto de Europa verdaderos artifices dentro de la cirugía general, que realizaron toda suerte de intervenciones quirúrgicas, incluyendo las plásticas y reparadoras, siendo temerosos de abordar la cirugía estética ante el antecedente de quien antes osó desobedecer los mandatos eclesiásticos.

Fue hasta después de la Primera Guerra Mundial, a principios de siglo XX, cuando a raíz de esta conflagración, donde los cirujanos trataron de restaurar lo mejor posible las deformaciones producidas por las heridas de guerra, cuando se abre paso a la cirugía reconstructiva. Después de la Segunda Guerra Mundial, en el año de 1946, se formaron las Academias de Cirugía Plástica, con lo cual esta especialidad quedó definida y acreditada, con base en los excelentes resultados obtenidos durante esta conflagración.

Actualmente los cirujanos de esta especialidad gozan generalmente de gran prestigio quirúrgico, se modela prácticamente cualquier parte del cuerpo y su labor abarca la cirugía plástica, estética y reconstructiva.

1. La **cirugía plástica** fue considerada como la principal rama de la cirugía general por ser netamente reconstructiva, corregir las malformaciones congénitas o adquiridas, restableciendo la función y el bienestar, proporcionando eventualmente mejorar el aspecto físico del (la) operado.
2. La **cirugía estética** comenzó a realizarse en México a mediados del siglo XX, inicialmente en cara y tuvo un periodo inicial de descrédito médico debido a la propaganda desmedida que algunos cirujanos plásticos realizaron en medios masivos de comunicación. No se cuestionó el valor ético de estas intervenciones quirúrgicas, pero sí a los cirujanos por realizar esta propaganda con fines de lucro.

Actualmente las cirugías estéticas de cara y cuerpo no ofrecen ninguna duda en su fundamento bioético, toda vez que producen bienestar físico y mental, evitando la angustia de tener una parte del organismo estéticamente desagradable al portador, incluso desaparecen ciertas psicosis al desaparecer los motivos de inconformidad física.

3. La **cirugía reconstructiva** no ofrece ningún tipo de polémica médica, moral, legal o bioética, puesto que su finalidad es reparar los tejidos y órganos dañados por enfermedades o lesionados por traumatismos; sin embargo, una de las intervenciones quirúrgicas de esta especialidad es la adecuación orgánico-corporal del sexo mental, en un grupo humano considerado especial por demandar cambio de sexo físico.

CAMBIO DE SEXO

Se insiste que la misión del médico no es solamente sanar el cuerpo, sino también procurar el bienestar mental y social de su clientela, de acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud: *“Salud es el completo bienestar físico mental y social del individuo y no solamente la falta de enfermedad”*.

Para comprender por qué la población de un grupo de personas solicita este tipo de operación reconstructiva, será menester realizar simplificadaamente algunas consideraciones previas, para comprender la necesidad psicológica de estos demandantes.

CARACTERÍSTICAS CROMOSÓMICAS DEL SEXO

Los cromosomas sexuales son heterólogos, esto es, dos miembros del par no son idénticos; el X (mayor que el Y) es responsable de la determinación del sexo. Esto acontece en el mismo acto de la fecundación del óvulo por el espermatozoide. Al aparearse determinan el sexo: la conjunción de XY produce sexo masculino y la XX el femenino. Este sexo genético (genotipo) determina los demás componentes sexuales del individuo (masculino o femenino).

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DEL SEXO

El sexo genital o fenotipo, es el asignado socialmente de acuerdo a las características aparentes de los genitales externos al nacer. Esta morfología es producida desde el feto por la evolución de los conductos de Wolf en el hombre y de Müller en la mujer.

CARACTERÍSTICAS SEXUALES ANORMALES

En la mayor parte de los casos existe concordancia de las anteriores características, componentes definitivas del sexo; sin embargo, cuando esto no acontece, aparecen discordancias entre los caracteres, que derivan en variaciones físicas y/o de conducta nombrados como:

- a) **Hermafroditismo verdadero:** rara variedad con presencia simultánea de tejidos ováricos y testiculares, con resultado de difícil asignación fenotípica, por predominio relativo de uno. Los hermafroditas verdaderos pueden ser XX o XY, o mosaicos y con frecuencia el estudio cromosómico de las gónadas muestra que los ovotestes son XX en la parte ovárica, y XY en la testicular. La asignación del sexo debe ser acorde al desarrollo prevalente de los caracteres secundarios (somático y genital).
- b) **Seudohermafroditismo:** presente cuando existe discordancia entre las características genitales y las glandulares. En el caso de ser femenino tendrá genitales masculinos y ovarios; en caso de ser masculino tendrá genitales femeninos y testículos. Cromosomas acordes.

- c) **Homosexualismo:** definido como inclinación manifiesta u oculta hacia la relación erótica con individuos del mismo sexo. No es problema fenotípico. Aparentemente es más frecuente en los hombres llamados homosexuales o gay que en mujeres llamadas lesbianas. Sus caracteres físicos y cromosómicos corresponden al sexo asignado; sin embargo, existe disociación entre el sexo físico y el psíquico.
- d) **Travestismo:** variedad de homosexualidad que viste ropa del sexo opuesto, para identificación con el sexo de su preferencia. Algunos solamente visten ropa del sexo opuesto para tener mayor excitación sexual, pero realizando el acto con sujetos del sexo opuesto. Pueden ser también homosexuales verdaderos que normalmente visten ropas del sexo opuesto para fines sexuales como gay o lesbiana.
- e) **Transexualismo:** variedad de homosexualidad poco frecuente, con las mismas preferencias (al sexo opuesto), pero con síndrome de pulsión psicológica a pertenecer al sexo opuesto. Esto acontece, porque genética y cromosomáticamente pertenecen al sexo físico opuesto; se justifica la denominación de **transgénicos** como también es conocida esta variedad.

Este transgenismo se acompaña obviamente de un comportamiento psicosexual (idea fija) de tendencia netamente opuesta a la correspondiente del sexo anatómico y se asocia al deseo compulsivo de pertenencia al sexo opuesto, desprendimiento de los atributos genitales que tiene y adquisición de los del sexo opuesto. Sienten, piensan y actúan como si pertenecieran al sexo opuesto (en físico y mental), deseando caricias, relaciones sexuales y vida social igual que homosexuales; con la gran diferencia de que en este caso reniegan de su sexo físico y luchan por cambiarlo.

El transexual es una persona que habiendo nacido con un sexo genital determinado desarrolla una personalidad socialmente atribuible al otro sexo (los roles establecidos en nuestra cultura dejan poco margen para la vivencia de la identidad y sexualidad) siendo necesaria la identificación social, sexual e íntima.

La transexualidad sería la confirmación de que la distancia entre los sexos no es insalvable y que la diferencia entre ambos no es tan abismal como se le atribuye. Objetivamente observando el paso entre los dos sexos, debería ser algo fácil de realizar sino fuese una decisión culpabilizada (y moralmente satanizada) por la sociedad con sus roles establecidos de antemano.

Los transexuales, con mayor frecuencia los físicamente masculinos que femeninos, son casi los únicos homosexuales que demandan cambiar físicamente de sexo, ser mujeres no solamente en apariencia, ya que desean tener los mismos genitales del sexo físicamente opuesto y al que desean pertenecer bajo cualquier circunstancia.

CIRUGÍA PARA CAMBIO DE SEXO

La intervención quirúrgica para este objetivo, se inicia en Casablanca y de allí se difunde a través de la península ibérica (Málaga principalmente). Ambos centros disponen de sistema especializado con gran experiencia y sirven de entrenamiento medicoquirúrgica al resto del mundo, especialmente a EUA.

Previamente al acto quirúrgico, deberá procederse a la selección entre los transexuales candidatos y/o candidatas a cambiar de sexo, mediante estudio psiquiátrico completo y bajo

este criterio definir la necesidad psicológica del o la transexual. Con el resultado de esta selección se iniciará el protocolo quirúrgico. Esto es, la asistencia integral de los trastornos de identidad sexual, que implican:

- 1° Fase: terapia hormonal durante 2 a 4 años, conjuntamente con tratamiento psiquiátrico,
- 2° Fase: intervención quirúrgica y
- 3° Fase: con psicoterapia, que puede alargarse otros 2 a 4 años y
- 4° Fase: terapia hormonal sustitutiva prácticamente de por vida.

La intervención quirúrgica denominada genoplastia utilizada para cambio de sexo en caso de transexualismo consistente a grandes rasgos, en extirpación de los órganos y gónadas sexuales y adecuar convenientemente los restantes tejidos para tratar de reproducir o modelar el cuerpo del sexo opuesto.

En caso de tratarse de transexual varón, deberá realizarse resección de testículos y pene o si acaso separando los cuerpos cavernosos del pene, formar una especie de vulva; diseccionar entre la uretra y el recto, un espacio para formar la vagina (dejando molde); aplicación de prótesis mamarias. En caso femenino, extirpación de útero y ovarios, resección de vagina y vulva dejando clítoris, cierre de la brecha, con túnel de piel que forra una prótesis formando una especie de “pene rígido”; además, mastectomía bilateral; estas operaciones se realizan en varios episodios.

CRITERIO POLÍTICO

Ante esta “idea fija” como la califican los psiquiatras, para cambiar de sexo, demandan por todos los medios posibles cambiar de sexo físico (con mucha mayor frecuencia los transexuales varones (gay) que las lesbianas (que no suelen sentir la necesidad de tener pene), han realizado manifestaciones, marchas y concentraciones (a veces conjuntas), para ejercer presión gubernamental principalmente en Europa a fin de lograr la legalización quirúrgica. Reclaman la reasignación del sexo a su género verdadero. En muchos países (España entre ellos desde 1979) la cirugía para esta finalidad está despenalizada bastando el consentimiento firmado para su realización en forma privada. Se insiste en su legalización debido a imposibilidad económica del o la solicitante por costo médico-quirúrgico muy elevado. Al lograrse su inclusión legal, su realización sería a través de los Sistemas de Seguridad.

Todo el proceso para tratamiento integral, tiene un costo muy elevado y es uno de los principales escollos a superar para lograr la legalización y por ende la obligación del gobierno para otorgar esta prestación. La cirugía privada para este tipo de intervención quirúrgica rebasa las posibilidades económicas de muchos solicitantes.

Los demandantes y los propios médicos aducen con fines de lograr la legalización, “tratarse de una decisión social, emocional y política, no económica”; están conscientes del escollo económico que representa, el tratamiento quirúrgico y hormonal prolongado y de la infraestructura necesaria para ello.

Se ha logrado su legalización en países como Suecia (1972), Alemania (1980), Italia (1982) y Holanda (1985), donde se tienen leyes específicas para su realización. Sin embargo, la autorización legal al cambio de sexo ha quedado limitada solamente al cambio de sexo

físico y en el Registro Civil (nombre y sexo); sin otros derechos como ciudadanos (incluido el matrimonio).

En México no existe iniciativa de Ley, ni antecedente de haberse tratado el tema en las Cámaras, ni de grupo o partido político que promueva y proponga legalmente esta intervención llamada cambio de sexo. La persona que lo haya logrado físicamente por medio de cirugía, tiene graves inconvenientes legales: no puede variar su nombre, sanción prevista en el artículo 317 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal y que impone una pena de varios meses a dos años de prisión. Con lo cual, no puede, ante una autoridad, ocultar ni negar su verdadero nombre, apellido ni atribuirse otro diferente al verdadero. No puede alterar su acta de nacimiento, su credencial de elector, único documento de identificación legal por ser expedida por el Instituto Federal Electoral, ni certificados de estudios o cartilla del Servicio Militar Nacional obtenidos con el nombre del sexo asignado al nacimiento.

CRITERIO MÉDICO

En caso de que el médico diagnostique alguna deformación física o desviación psíquica sobre la sexualidad, durante la exploración o interrogatorio, tiene la obligación de participar su diagnóstico al paciente o familiar. Es parte de la Bioética que el médico general o de cualquier especialidad, que realice su detección, sea pediatra, endocrinólogo, cirujano, ginecólogo, etc., tiene la obligación ética de informar, con comedimiento y tacto, el diagnóstico o hallazgo de patología somato-psíquica al adulto o menor siendo mentalmente competente (en su defecto a familiares o tutores), en cuanto se detecte, con objeto de proceder a su atención.

La corrección de estas desviaciones, tiene aceptación médica, moral, política, legal y es éticamente justificada la intervención quirúrgica en anomalías como son el hermafroditismo y pseudohermafroditismo, existiendo la posibilidad de adecuar los órganos sexuales a la personalidad y sexo de asignación; esto es, lograr concordancia de elementos anatómicos con el correspondiente sexo mental y cromosómico masculino o femenino.

El dilema puede producirse en la elección medicoquirúrgica sobre cuál parte del sexo debe prevalecer y cuál desaparecer; se debe seleccionar prioritariamente el que presente mayor posibilidad de éxito (no dificultad quirúrgica), sino el adecuado al caso desde el punto de vista cromosómico, físico, psicológico y posibilidad funcional (incluida la sexual); ante igualdad de circunstancias, la preferencia sexual del o la paciente será definitivo.

Con referencia a tratamiento quirúrgico en transexualismo, debe acatarse la solicitud bajo firma del consentimiento informado, requisito que debe ser suficiente para considerar e indicar médicamente el protocolo quirúrgico en transexuales de ambos sexos, iniciándose con estudio psiquiátrico y su aprobación. El médico puede indicarla, el cirujano reconstructor realizarla y el paciente encargarse de los trámites legales en el registro civil (cambio de sexo y nombre). Este procedimiento quirúrgico de adecuación física del cuerpo a la mente, representa la única acción terapéutica posible para tratamiento psiquiátrico de esta entidad nosológica llamada transexualismo, no existe hasta la actualidad otra curación, por lo que médicamente es recomendable su realización. Siendo la cirugía única acción terapéutica posible, es médicamente ética.

En muchos países (México entre ellos) se realiza este tipo de intervención con el objetivo de cambiar de sexo, sea parcial o total, en una o varias sesiones, por medio de cirugía

privada; siendo suficiente la carta de consentimiento informado especificando en la solicitud: autorización, responsabilidad del médico, etc., incluso ante notario; a muy alto costo (médico, psiquiátrico, terapéutico y hormonal), puesto que al no estar legalizado, no corresponde a la responsabilidad del Sector Salud.

CRITERIO MORAL

En el año 1988, la Iglesia Católica opinaba:

La adecuación del sexo genital a la tendencia sexual psíquica (transexualismo propiamente dicho) nunca es lícito; ni siquiera cuando sea verdadero (como algunos lo definen), a pesar de la irreversibilidad del problema psíquico y sea imposible psiquiátricamente tratar la adecuación psicológica de la persona que se “siente” del otro sexo. No se trata de ningún tipo de “rectificación” del sexo sino simplemente de una castración, esterilización, mutilación o privación de una verdadera función sexual, que de suyo, es totalmente sana; el problema es de orden psicológico. Además no hay “cambio de sexo” propiamente dicho, pues no se cambia el sexo gonádico ni cromosómico; simplemente se introduce una nueva asimetría entre el sexo gonádico y cromosómico por un lado y por otro el psíquico y (en postoperados) el genital externo. No se puede considerar esta operación como un acto terapéutico, puesto que se interviene sobre una parte físicamente no enferma.

En el año 2000, hubo una magna reunión de unos 200 000 manifestantes en pro de los derechos de homosexuales de ambos sexos, en el atrio del Vaticano, que denominaron *World Pride de Roma*. El Papa mantuvo la misma postura moral-cristiana previa, oficializando con ello el criterio intolerante de la iglesia ante la comunidad gay.

Consideraciones

Debe considerarse a la transexualidad como:

- “Una primicia médica que reconoce la prioridad de los aspectos psíquicos sobre los aspectos somáticos y biológicos, puesto que debe prevalecer la razón del hombre sobre su aspecto físico; prioridad de *psique* sobre *soma*”.

Es evidente el trastorno psíquico que representa para este tipo de sujetos afectados de transexualismo; que padecen una “idea fija” no tributaria de curación psiquiátrica ni farmacológica, sin lograr el apoyo medicoquirúrgico de la sociedad médica. Debe considerarse la terrible angustia que presentan diariamente por sentirse atrapados en un cuerpo aborrecido (por no deseado) al corresponder al sexo opuesto.

- “Una realidad social evidente que reclama una solución jurídica, para ser satisfecha con solidaridad”.

Para lograr la legalización de la intervención quirúrgica y como un derecho a la salud obtener su inclusión a los servicios de salud gubernamentales, sin costo, al igual que se tratase de prestaciones quirúrgicas para cualquier tipo de patología tributaria únicamente de cirugía. Por lo mismo, realizan manifestaciones por todos los medios a su alcance, demandan e incluso exigen la atención de la sociedad para recibir apoyo

para resolución de un grupo, al cual se le niega el apoyo médico necesario dentro de la seguridad social.

- "Se trata de un padecimiento de la mente, que para su curación debe modificarse el cuerpo".
Mientras no se cambie la apariencia corporal esta entidad nosológica no será susceptible de curación. No basta la despenalización, debe considerarse al transexualismo como una enfermedad y no como un capricho y bajo este concepto proporcionar el tratamiento correspondiente. Debe pugnarse para consideración legal del cambio de sexo físico en caso de transexualismo confirmado por psiquiatría y además de ofrecer la intervención quirúrgica, proporcionar las facilidades que la Ley otorga a los individuos del nuevo sexo asignado.
- "Se debe comprender que ante todo los transexuales son seres humanos y como tales deben tener los mismos derechos civiles que el resto de sus congéneres y que en el orden social no deben anteponerse las características sexuales o personales".

REFERENCIAS

- Actualidad. Un gran paso dado en el reconocimiento de las parejas del mismo sexo. <http://www.hartas.com/actualidad/colegasgranpaso.htm>.
- Fáhreus R: *Historia de la Medicina*. Edit. Gustavo Gili, S.A. Barcelona España, 1956.
- GuíaGay&com. El Papa... <http://www.guiagay.com/editorial/editorial/edito100700.asp>.
- Pic JF: *Cirugía Reparadora*. Edit. Salvat, 1º edic. en español, p. 3-12. España, 1955.
- Plataforma. Col·lectiu de Transsexuals de Catalunya. <http://www.transsexualitat.org/InfoLegal/plataforma.htm>
- Sgreccia E: *Manuale di Bioética, Vita e Pensiero*, Milano Italia, p. 379-398, 1988.

Enfermedades transmisibles (VIH-SIDA)

Persiste incontenible la propagación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o con mayor exactitud, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Abraham S. Benenson

GENERALIDADES

CARACTERÍSTICAS

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad infectocontagiosa de aparición aparentemente reciente, con prevalencia creciente y que en algunos países adopta características de epidemia, afectando a miles de personas. Su distribución es universal y hasta el momento mortal.

Transmisión

El germen que lo produce es el virus de la inmunodeficiencia humana o VIH, localizado en la mayor parte de los tejidos de los enfermos y en casi todas las secreciones corporales; es intracelular y su existencia y persistencia depende de la presencia o ausencia de leucocitos (linfocitos T3); por tanto, las únicas formas de transmisión comprobadas son por contacto sexual (semen o secreciones vaginales), transfusión de sangre o sus productos, empleo de agujas contaminadas con sangre fresca de enfermos o portadores (VIH positivos), por vía transplacentaria y a través de trasplantes de órganos y tejidos. Se duda de la transmisión por lactancia. La saliva y el sudor, no contienen leucocitos.

El virus del SIDA se destruye rápidamente al calentarlo a 60 °C, con jabón desinfectante, detergentes, alcohol, el hipoclorito de sodio (blanqueador casero).

Población de alto riesgo

Son principalmente homosexuales o bisexuales hombres; además de los promiscuos, prostitutas(os); parejas sexuales de enfermos, portadores o de alto riesgo; hijos de mujeres

infectadas antes o durante el embarazo; adictos a drogas intravenosas con jeringa compartida; receptores frecuentes de sangre o sus derivados (actualmente riesgo mínimo, se realiza prueba para VIH en todas las sangres donadas, sólo cabe la posibilidad de donador “portador en fase de ventana”. Debe hacerse hincapié en que cualquier persona, hombre o mujer, que tenga relación sexual con un(a) desconocido(a), o fuera de su pareja, lleva riesgo de contagio, a menos que use protección (preservativo masculino o femenino).

Contagio ocupacional

Es prácticamente nulo el contagio al personal de salud; no se da la forma de contacto y el virus es extremadamente vulnerable. Encuestas serológicas realizadas a miles de trabajadores involucrados en la atención y manejo de estos enfermos, revelan que el contagio es excepcional, incluso algunos sufrieron lesiones con agujas contaminadas.

Negativa de atención

A la luz de estos conocimientos es injustificado que el personal de salud niegue atención; sin embargo, fue muy notorio al inicio y en aprensivos o desinformados persiste a pesar de no existir evidencia epidemiológica significativa de contagio al personal de salud.

Obligación de atención médica

Por lo anterior, la *American Medical Association* (AMA) declaró que por consideraciones éticas, los médicos y el personal de salud tiene obligación de tratar a los pacientes con VIH-SIDA, como a cualquier otro paciente con enfermedad infectocontagiosa.

Todavía en 1957, la *American Medical Association* en su *Principles of Medical Ethics* refería que el médico tenía el derecho moral de escoger a quien curar...; pero fue cambiando de parecer, en 1986 el *Council of Ethics and Judicial affairs* exceptuaba el derecho a la atención de un paciente en caso de que “el médico se declarase emocionalmente incompetente”, en 1987 decía *Un médico no puede éticamente rehusar la atención cuando esté dentro de su competencia, sólo por el hecho de ser VIH positivo*.

Se repite, “Negar cuidados (médicos o quirúrgicos) a un paciente motivado exclusivamente por el temor al contagio no es éticamente aceptable”, y tampoco “El médico no puede rehusar dar tratamiento a ningún paciente cuya afección corresponda al campo de su competencia”. “No puede discriminar a ningún paciente por temor o prejuicio” y “Cuando el personal de salud sea el infectado por VIH, no debe ocuparse de actividades que expongan a terceras personas al riesgo de contagio”.

Medidas de precaución

No debe temerse el contagio, pero deben seguirse precisas normas para la atención de ésta y otras enfermedades infectocontagiosas:

- I. Educación al personal acerca de la epidemiología, modo de transmisión y prevención de la infección, especialmente los que tengan contacto con sangre o secreciones corporales.

2. Evitar contacto directo con mucosas, sangre y líquidos corporales de enfermos, utilizando barreras adecuadas (guantes, batas, etc.), sobre todo en procedimientos invasores (operaciones, atención obstétrica, curaciones, manipulación dental, etc.).
3. Uso preferente de material desechable (agujas, jeringas, batas, etc.) y exclusivo de ser factible.
4. Evitar heridas con agujas o material punzocortante accidentales durante actos quirúrgicos.
5. Esterilizar todo el material y equipo en contacto con estos pacientes (instrumental de quirófano, partos, dental, endoscópico, endotraqueal, de reanimación o respiración, sondas, cánulas, etc.) y preferentemente usar equipo de material desechable.
6. Las muestras de sangre, secreciones, tejidos o biopsias deben manejarse con etiquetas visibles que indiquen el padecimiento o su peligrosidad.
7. Existiendo contacto accidental de una persona con sangre o secreciones corporales de paciente, deberá lavarse inmediatamente con agua y jabón y aplicarse alcohol o hipoclorito de sodio a 1%, a pesar de no presentar heridas en la piel supuestamente contaminada.
8. Obviamente, el personal de salud con heridas o enfermedades de la piel, inmunodepresión o embarazo no debe atender estos pacientes.

Discriminación

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la discriminación por causa de VIH positivo, es injustificada y contraria a la lucha contra el SIDA.

1. Es injustificada, porque en la mayor parte de los medios comunes es remoto su contagio y las personas VIH positivas pueden desempeñar sus funciones y labores de modo normal mientras no experimenten síntomas graves, no existiendo razones aceptables para discriminarlos. Sin embargo, existe hostilidad social hacia los pertenecientes a "grupos de alto riesgo" y cierta compasión por los inoculados por transfusión, accidente o vía transplacentaria. A los primeros se les considera activistas, existiendo rechazo visceral hacia ellos; los segundos en cambio son considerados víctimas y merecen de la comunidad cierta conmiseración.
2. Es contraria a la lucha, porque resulta contraproducente para fines de salud pública: causa temor a exámenes voluntarios periódicos en grupos de alto riesgo, negativa a sesiones de orientación, encubrimiento en declaración de posibles contagios e impedimento al estudio epidemiológico.
3. También debe considerarse el impacto psicológico que produce la discriminación en un paciente habitualmente joven o incluso niño que se conoce con una enfermedad actualmente progresiva y mortal.
4. La discriminación infantil de menores (en guarderías y escuelas) además de injusta es injustificada, puesto que los infantes, dadas sus actividades, no pueden transmitir el VIH a sus compañeros.

Confidencialidad

El médico hasta donde sea posible debe mantener la confidencialidad de las enfermedades de sus pacientes, es además esencial para obtener la confianza del paciente y su sinceridad,

de lo contrario se inhibirá y no revelará información epidemiológica importante. Sin embargo, el médico, el personal de salud tiene el imperativo ético de proteger a otras personas en peligro inminente “Derecho a la protección de terceras personas”. No se trata de traicionar la confidencialidad del profesionista, pregonando a la comunidad en general el diagnóstico, pero hay que lograr advertir a posibles víctimas.

En este contexto, el médico debe luchar para que sea el propio paciente el que alerte a sus parejas identificables que tiene o ha tenido y que desconozcan o ni siquiera sospechen esta posibilidad diagnóstica en alguien en quien confían o incluso aman. Al considerar las dimensiones bioéticas de la confidencialidad contra el deber de advertir de una enfermedad mortal, se deduce que, existiendo negativa por parte del paciente de alertar a sus contactos es, para el personal de salud, permisible éticamente violar la confidencialidad; pero legalmente puede tener problemas con el paciente o con la Comisión de Derechos Humanos.

De acuerdo con P. Catorinni, citado por Martínez Ruiz, es válido revelar el secreto profesional o confidencialidad al o la cónyuge o pareja, en caso de no querer realizarlo el o la VIH positivo.

Notificación

Es obligatorio reportar a las autoridades sanitarias los nuevos casos de personas VIH positivas, al igual que con otras enfermedades infectocontagiosas y especialmente las transmitidas sexualmente. Ver en Legislación, la Ley General de Salud, artículos 136 y 138 (no es penal). Lo anterior, para que el personal de salud se aboque al estudio epidemiológico del nuevo caso.

El médico al reportar no viola el secreto profesional, sino que involucra al transferir la confidencialidad al personal de salud notificado, que mantendrá el mismo criterio ético de no divulgación del propio médico. Generalmente no es estrictamente necesario para el personal de salud, revelar la fuente del probable contacto para la búsqueda de nuevos casos. Pero si así fuese, no sería problema bioético para el médico o personal de salud.

Abstenerse de notificar un caso pista o no realizar su seguimiento pudiera ocasionar una larga cadena de contagios, que pesarán sobre la conciencia del médico que por negligencia o escrúpulos mal entendidos no reportó el caso. Por ahora en México, notificar a la Secretaría de Salud los nuevos casos de portadores de anticuerpos al VIH, no representa un deber legal, solamente una obligación profesional, debería hacerse por ley y considerarse la negligencia. Se recuerda que existe “Predominio de Leyes sobre Jerarquía de Valores”. Las normas técnicas nacionales no son leyes mientras que no se repitan en el código penal.

Coerción

Cuando una persona se sabe serológicamente positiva al VIH; tiene el deber ético, moral y legal de comunicarle a sus parejas sexuales ocasionales o regulares su calidad de infectante y utilizar protección adecuada si aceptan tener relaciones sexuales con él o ella (véase en criterio legal), acatando las normas sobre “sexualidad segura”; no debe compartir jeringas, donar sangre, órganos ni tejidos, tampoco utilizar cualquiera de las condiciones que propicien su transmisión.

CRITERIO LEGAL

El artículo 199 bis del Código Penal para el Distrito Federal indica: “El que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado... Si la enfermedad padecida fuera incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. Cuando se trate de cónyuges, concubenarios o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido”.

En el artículo 292 se anota “Se impondrán de 5 a 8 años de prisión al que infiera lesión de la que resulte una enfermedad segura o probablemente incurable...”. El artículo 303 manifiesta: “para que una lesión se tenga como homicidio debe verificarse ...o alguna complicación determinada por la lesión y que no pudo combatirse, ya sea por incurable...” Puede agregarse además, alevosía y premeditación al saberse contagioso y no proteger adecuadamente; además posible ventaja dadas ciertas circunstancias, lo cual podría suponer penas de 8 a 20 años de prisión (art. 307).

El médico o familiares pueden incurrir en las penas tipificadas en el mismo código, como abandono de persona, al no atenderlo (art. 335).

En cuanto a la obligatoriedad del médico a la notificación, véanse los artículos 134 al 138 de la Ley General de Salud.

Algunos Gobiernos de Europa, Asia y África, así como ciertos Estados de EUA han legislado penas más o menos drásticas para los VIH positivos que deliberada o negligentemente no protejan de contagio a sus contactos o parejas sexuales.

COMITÉ NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA

En México se reconoce el SIDA a partir de 1983. Con anticipación, se tienen normas para padecimientos infectocontagiosos en la Legislación Sanitaria y el Código Penal. En 1985 dependiendo de la Secretaría de Salud se creó el Comité para la prevención y el Control del SIDA, que posteriormente pasó a ser Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). Desde 1987 se iniciaron campañas con distintos nombres y aspectos informativos por los principales medios masivos de difusión: radio, televisión, teléfono, folletos, periódicos, etc., con diferente aceptación y respuesta.

A partir de 1992 y con motivo de un seminario multidisciplinario organizado por CONASIDA se modificó el enfoque informativo al público, con base en:

- La educación es un punto crucial en el combate al SIDA.
- La mayoría de las personas en riesgo tienen información básica y saben como prevenirla.
- Es necesario modificar los comportamientos, bajo los conceptos de percepción propia del riesgo y que la prevención tiene que ser individual.
- Las campañas en medios masivos de difusión no modifican el comportamiento sexual humano.

- Imprescindible desarrollar intervenciones que toquen aspectos más profundos a los individuos en riesgo.

Desde 1993 la Norma Oficial incluye:

- Aceptación bajo el criterio de “consentimiento informado” para quien se deba someter al examen de detección del VIH.
- A quien acceda se le respetará “privacidad y confidencialidad” del expediente clínico.
- “No será requisito previo” para trabajar, casarse, acceso a bienes y servicios o a recibir atención médica.
- “No será discriminado” en trabajos, escuelas o grupos sociales, ni para estancia o tránsito en el país.
- La detección de VIH “no se realizará para fines ajenos a los de protección de la salud”, sin menoscabo de la orden judicial, la cual deberá acatarse en todo momento.

Además de la Organización Gubernamental CONASIDA, existen otras organizaciones no gubernamentales nacionales (ONG) e internacionales que trabajan con grupos de alto riesgo y público en general realizando información y colaboración, incluso tratamiento preventivo y paliativo.

DERECHOS FUNDAMENTALES DEL VIH POSITIVO O CON SIDA, DE LAS ONG

Los siguientes supuestos derechos, se tomaron de una propaganda periodística dirigida a los VIH positivos donde se aseguraba tratarse de un proyecto elaborado por la Comisión de Derechos Humanos. Se reproducen por ser en algunos puntos criterio discrepante del bioético médico y pudiera generar divergencias:

1. La ley protege a todos los individuos por igual, en consecuencia no debes sufrir discriminación de ningún tipo.
2. No estás obligado a someterte a la prueba de detección de anticuerpos al VIH, ni declarar que vives con VIH o que has desarrollado SIDA. Si de manera voluntaria decides someterte a la prueba, tienes derecho a que ésta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
3. En ningún caso puedes ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con VIH o haber desarrollado SIDA.
4. No podrás restringirse tu libre tránsito dentro del territorio nacional.
5. Si deseas contraer matrimonio no podrás ser obligado a someterte a ninguna de las pruebas de detección del VIH.
6. Vivir con VIH o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de la sexualidad.
7. Cuando solicites empleo, no podrás ser obligado a someterte a ninguna prueba de las de detección al VIH.
8. Si vives con VIH o has desarrollado el SIDA, esto no podrá ser motivo para que seas suspendido o despedido de tu empleo.

9. No se te puede privar del derecho a superarte mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas públicas o privadas.
10. Tienes derecho a asociarte libremente con otras personas o afiliarte a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes vivan con VIH o hayan desarrollado el SIDA.
11. Tienes derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre medios de propagación del VIH y la forma de protegerte.
12. Si vives con VIH o has desarrollado SIDA, tienes derecho a recibir información sobre tu padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que puedes someterte.
13. Tienes derecho a los servicios de asistencia médica y social que tenga por objeto mejorar tu calidad y tiempo de vida.
14. Tienes derecho a una atención médica digna y tu historial médico deberá manejarse en forma confidencial.
15. Tienes derecho a una muerte y servicio funeral dignos.

CRITERIO MORAL

En el día Mundial del SIDA celebrado el 1° de diciembre del año 2003 en Zambia (una de las naciones más afectadas por este mal), el Secretario de Salud de EUA reconoció: *“parece que en este momento estamos perdiendo la lucha contra el SIDA”, “necesitamos redoblar nuestros esfuerzos, esta guerra tiene más bajas que cualquier otra y anualmente estamos perdiendo 3 000 000 de personas”*. Ese mismo día, en Bangkok un alto funcionario de la OMS señaló que unas 800 personas mueren cada día por esta causa y consideró este hecho como “un imperativo moral para actuar”.

Por su parte, el Vaticano manifiesta la *“importancia de respetar los valores religiosos y morales de la sexualidad en el matrimonio, como son la fidelidad, castidad y abstinencia”, “ante una sociedad pansexualista”*. Las campañas para evitar el SIDA deberían basarse en “valores seguros, auténticos y espirituales capaces de establecer una educación relevante a favor de la cultura y el amor responsable y que la información no debería consistir en políticas para fomentar estilos de vida y conductas inmorales y hedonistas que favorecen la propagación del mal”. También defendió una vez más su controvertida postura contra el uso del condón para prevención del SIDA, aduciendo los mismos anteriores argumentos; postura acremente criticada desde todos los puntos de vista y por casi todo el mundo. Por su parte, el Consejo Pontificio para el Cuidado Pastoral de la Salud, pidió nuevos procedimientos para ayudar a la prevención del SIDA, manifestando *“tenemos que presentar esto como principal camino para la prevención efectiva de la infección y propagación del VIH-SIDA, dado que el fenómeno del SIDA es una patología del espíritu”*.

Obviamente la ONU abogó por el uso del condón, puesto que puede reducir el riesgo de contagio en 90% de los casos.

CRITERIO MÉDICO

Desde el punto de vista médico deben realizarse acciones positivas para frenar esta actual pandemia que representa el SIDA; conservarse las medidas actuales recomendadas de “sexo

seguro”, “uso de condón”, “pareja única”, etc.; tratando de incrementar (o definitivamente instituir) la utilización de acciones más eficaces, con bases científicas de epidemiología médica que han demostrado su eficacia con otras enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual; y respetando hasta donde sea posible los derechos legales y humanos de los involucrados y de los miembros de la sociedad.

Como principales reclamos médicos o necesidad de acciones epidemiológicas para tratar de controlar esta enfermedad se mencionan:

1. Colaboración de sospechosos, VIH positivos o enfermos de SIDA con personal sanitario para realización de estudios epidemiológicos que incluyen además de análisis y facilidades para detectar contactos.
2. Acatar por norma y obligación instrucciones para evitar contagios (uso de condones, evitar compartir jeringas, no donar sangre, etc.) cuando se conozca su calidad de infectante.
3. Aceptar realización de pruebas serológicas para detección de anticuerpos al VIH como prueba diagnóstica existiendo fundada sospecha clínica.
4. En estudios epidemiológicos poder realizar exámenes de detección a todos los contactos del caso pista.
5. Realizar análisis para detección de portadores de VIH a los pacientes que ingresen a los hospitales, puestos de urgencia, asilos, etc., para manejo adecuado de sangre o semen.
6. Realizar estos análisis conjuntamente a las pruebas prenupciales establecidas, no legalizado todavía en México.
7. Como examen rutinario en el control de trabajadoras(es) del sexo, lo cual se está realizando en la mayor parte de los Estados de la República y
8. Siempre que se considere médicamente necesario en los grupos de alto riesgo mencionados como tales.

Algunos datos estadísticos

El programa de la ONU sobre el SIDA y VIH positivos (ONUSIDA) reveló en noviembre de 1997 su asombro “*La epidemia de SIDA es más grave de lo previsto; hay 30 600 000 personas afectadas en el orbe*”; se habían previsto 22 600 000 . Representa según sus datos, 1% de cada individuo entre los 15 y 49 años en países en vías de desarrollo.

Cálculos conservadores estimaron que para el año 2000 habría cuando menos 30 000 000 de personas infectadas con VIH o SIDA en el mundo. Otros expertos, realistas o alarmistas pronosticaron para el mismo año que la contaminación alcanzaría unos 110 000 000, con mayor expansión en países subdesarrollados o en vías de desarrollo.

En el año 2003, se tienen 34 000 000 de infectados! ¡La ONUSIDA considera que en el mundo se contagian cinco nuevos casos cada minuto! Calculan que desde su inicio, en el mundo han muerto de SIDA 18 800 000 de infectados; que han dejado huérfanos a 13 200 000 de niños y que cada año se presentan 5 000 000 de nuevos casos y que la mortalidad por SIDA alcanzaba ya el tercer lugar en causa de muerte en la población masculina de 25 a 35 años.

CONSIDERACIONES

No se tiene conocimiento de que algún gobierno o sector salud en el mundo, haya programado acciones epidemiológicas médicamente consideradas eficaces tendientes a la extinción de esta pandemia. La propaganda realizada en medios de difusión no ha redituado los beneficios esperados por comunicadores masivos.

A lo largo de esta pandemia se observan dos posturas antagónicas (política y médica) con respecto a las estrategias que deben seguirse para enfrentar esta enfermedad:

1. **Postura política:** sin bases científicas ni antecedentes para control de epidemias, considera que el enemigo es el virus de la inmunodeficiencia humana y que la acción “sanitaria” para proteger a la sociedad en su conjunto implica proteger (más bien dicho, no agredir supuestos derechos) a todos los miembros de la comunidad, sean enfermos o sanos.
2. **Postura médica:** con criterio de salud pública considera que la protección de la sociedad para evitar contagio, se logrará tomando medidas hacia los grupos o individuos de alto riesgo o afectados por el VIH y por ende contagiosos.

La postura medicoepidemiológica se encuentra prácticamente superada por la política que con mayor acceso a medios de comunicación masiva, considera prioritarios los “derechos humanos individuales sobre los derechos humanos colectivos”. El criterio médico es que los derechos comunitarios deben prevalecer sobre los individuales. Parecen por ahora, más importantes los derechos individuales frente al derecho social a la seguridad y salud pública. Los resultados retrospectivos hablan por sí solos.

El punto de vista de salud pública es proteger a la comunidad en esta disyuntiva de opiniones. Las acciones colectivas deben continuar como medidas generales, pero son necesarias las de epidemiología básica o elemental. Los derechos humanos deberían ser reconsiderados para conciliar los intereses individuales con los públicos, como sucede en otras disciplinas (legislación, como ejemplo donde se anteponen los derechos colectivos sobre los individuales).

Indiscutiblemente un paciente con VIH o SIDA tiene derechos como todo ser humano, pero también tiene derecho a protección cualquier individuo de la comunidad, y el médico debe pugnar por protegerlos a todos.

Se pregunta ¿El enfoque de derechos humanos es puramente personal, sin considerar a todos los miembros de la sociedad que puedan contagiarse? ¿Hasta dónde terminan, dentro de una sociedad, los derechos de una persona si ponen en riesgo la vida de otras con los mismos derechos humanos? ¿Deben prevalecer los derechos de un individuo cuando se ataca vitalmente la salud e integridad de otras personas?

Se está de acuerdo en que, desde el punto de vista médico y de salud pública, al considerar el bienestar colectivo como valor fundamental sobre el personal, limita en muchas ocasiones las libertades y derechos individuales en aras de la comunidad, restringiendo el espacio social privado, para tratar de prevenir o limitar problemas generales de salud; pero es absolutamente necesario realizarlo.

La Legislación Sanitaria anota: el médico tiene además la obligación de “aplicando los recursos a su alcance para proteger la salud individual y colectiva”, véase artículo 143 de la Ley General de Salud, en el capítulo correspondiente, donde particulariza acciones de coerción en caso de epidemias, artículos 145 al 152, como bien podría acreditarse al SIDA.

Deberá insistirse en convencimiento para realizar medidas epidemiológicas básicas normadas en prevención y control de enfermedades infectocontagiosas y de transmisión sexual establecidas; que en resumen serían para el caso:

- Reporte obligatorio a las autoridades sanitarias correspondientes, de nuevos casos hallados positivos al VIH.
- Sin perder confidencialidad, el personal sanitario realizar búsqueda de contactos.
- Sin discriminación lograr proteger de los positivos a compañeros sexuales o de jeringa cuando todavía sean negativos.
- Insistir en medidas dirigidas a evitar contagios.
- El estudio epidemiológico da lugar a acciones preventivas eficaces y fundamentales.
- La detección precoz de VIH positivos puede (con medicamentos) retardar la aparición del SIDA.
- Realizar pruebas de detección como requisito indispensable en hospitalización, pruebas prematrimoniales y siempre que clínicamente haya justificación plausible.

Mientras no se acaten las normas, códigos y leyes establecidas por los sistemas de salud y gubernamentales internacionales y nacionales, el reto en esta divergencia de criterios es precisamente trascender la perspectiva individualista tan característicamente marcada en los que manejan y manipulan los derechos humanos, para lograr un mayor sentido de responsabilidad colectiva; que reconozca la obligación ética, moral y legal de desistir del apoyo a los comportamientos individuales egoístas en detrimento de los colectivos.

Puesto que en la práctica no pueden realizarse ciertas acciones medicoepidemiológicas sin el consentimiento del supuesto o conocido portador del VIH o enfermo del SIDA; la obligación bioética del médico debe ser, mediante su esfuerzo lograr el consentimiento individual para realizar las acciones consideradas necesarias.

La convicción razonada puede suplir la coerción y de este modo lograr el propósito médico.

Parece difícil, por otro lado, que el sector salud pueda hacerse cargo de todos los estudios epidemiológicos que serían menester y prácticamente imposible en términos económicos y logísticos proporcionar tratamiento paliativo y mucho menos internamientos en hospitales públicos como derecho (exigidas ambas demandas en forma apremiante en otros países) en episodios de padecimiento intercurrente o en fase terminal, máxime que las compañías de seguros no protegen esta enfermedad.

Esta posible falta de recursos no cambia el criterio bioético médico, solamente limita sus acciones. No obstante, justifica que al inicio del siglo XXI, desgraciadamente se calculen en el mundo la existencia de 40 000 000 de personas VIH positivas, de las cuales solamente 2% recibe tratamiento paliativo. A mayor abundamiento, una encuesta para detección realizada entre los años 1994 al 2000 en bares, clubes de danza, centros nocturnos y calles en varias grandes ciudades de EUA, a 5 719 varones entre los 15 y 29 años de edad, reportó 573 casos de VIH positivos. A pesar de tratarse de una muestra con individuos con alto riesgo, es altamente significativo haber detectado 10% y peor aun, que 77% de éstos no conocían su condición. La pandemia sigue avanzando con riesgo de superar las ocurridas en la Edad Media. ¡Atraso vergonzoso!

Se calcula que cada año se presentan 5 000 000 de nuevas infecciones por VIH en el orbe y para colmo de males, 50% en menores de 15 años. Ante datos tan desalentadores es justificable considerar que este padecimiento ha rebasado el control epidemiológico tradicional. No es solamente con acciones medicopreventivas que debe atacarse el problema, el mundo tiene que preocuparse muy seriamente por el giro ético-moral de la conducta sexual actual y futura de la humanidad.

Actualmente un paciente con SIDA es un condenado a muerte a corto plazo y por ello no cabe ningún tipo de discriminación, muy al contrario, se debe mostrar el lado más humanitario y afectivo posible y procurar toda la conmiseración que el médico y la sociedad pueda brindarle; muy aparte de la forma como se haya contagiado.

REFERENCIAS

- Astorga MA:** "El SIDA y la perspectiva del paciente", Publicación científica No. 530, p. 271-275, Organización Panamericana de Salud, 1991.
- Bayer R, Gostin L:** "Aspectos legales y éticos relativos al SIDA". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 108, No. 5 y 6, p. 473-488, Washington D.C., EUA. 1990.
- Bayer R:** "La confidencialidad y sus límites", Publicación Científica No. 530, p. 155-157, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Benítez B Luis:** "El SIDA. Dogmas e incertidumbres". Revista Médica del IMSS (Méx.), No. 5, vol. 27, p. 357-358, 1989.
- Benítez B. Luis:** "Las formas preliminares del SIDA". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 26, No. 3 y 4, 1989.
- Berenson A:** "El control de las enfermedades transmisibles en el hombre". Publicación científica No. 538, p. 483-490, Org. Panam. de Salud, ed. 1992, Washington, D.C., EUA.
- CDC AIDS Weekly, 11-Enero-1988, p. 10.** "El SIDA y la ética profesional de los médicos". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol. 104, No. 2, p. 182, febrero, 1988.
- Conde PC:** "Aspectos legales y éticos". Rev. Publicación oficial Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, vol.2, No. 4, p. 196, abril 1991. Madrid, España.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título sexto, artículo 73.** "de materia de salud", Colección Leyes y Códigos. Edit. Anaya S.A., febrero, 1996, México.
- Dickens BM:** "Tendencias actuales de la bioética en el Canadá". Boletín de la Organización Panamericana de Salud. vol. 108, No. 5 y 6, p. 524-530, mayo-junio, 1990. Washington, D.C., EUA.
- Delph Y:** "El SIDA: la perspectiva del médico". Publicación científica No. 530, p. 276-281, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Dovarganes Escandón S:** "Derechos del infectado por VIH". Periódico El Mundo, Córdoba, Ver, 30 de Mayo, 1995.
- Drane J:** "El SIDA y la ética". Publicación científica No. 530, p. 139-148, Organización Panamericana de Salud, OMS, Washington, D.C., USA, 1991.
- Font CR:** "Orientación y necesidades del paciente con SIDA". Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, vol. 3, No. 8, p. 379-381, septiembre, 1992. Madrid, España.
- Fratti Manuri A:** "El riesgo de Sida en el personal hospitalario". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 25, No. 1, p. 1-3, 1987.
- Fuenzalida-Puelna H:** "Reflexiones sobre el SIDA y la asignación de recursos". Organización Panamericana de Salud. Publicación 530, p. 158-164, Washington, D.C., EUA. 1991.
- Gómez Alcalá A:** "Cartas al Editor". Rev. Salud Pública de México, mayo-junio, vol. 38, No. 3, p. 1, 1996.

- Graham NMH et al.:** "Tratamiento temprano de la infección por VIH: efectos sobre la supervivencia". Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, vol. 3, No. 9, p. 441-2, octubre, 1992.
- Hausser F:** "SIDA y prisión: ¿qué políticas, qué reglamentaciones?" Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, vol. 2, No. 6, p. 271-2, Junio, 1991.
- Hernández-Chávez JJ, Lic.:** "El trabajo en VIH / SIDA de las organizaciones no gubernamentales mexicanas". Rev. Salud Pública de México, noviembre-diciembre, vol.37, No. 6, p. 654-660, 1995.
- Kuthy Porter J y de la Escosura G:** "Ética y Medicina en México". Rev. Medicina y Ética, vol. I, No. II, p. 247-250, 1990, Universidad Anáhuac, México.
- Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos, Ley general de salud. Art. 136-43, p. 53-56, Edit. DELMA, 1995, México.
- Levine RJ:** "Investigaciones sobre el SIDA y las juntas de examen ético". Publicaciones Científicas No. 530, p. 182-190, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- "Lineamientos Generales para la atención y control de personas con infección del VIH". Subdirección General Médica del IMSS (Méx), 1989.
- Llano A:** "El manejo del secreto profesional con pacientes de SIDA". Publicación Científica No. 530, p. 149-154, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Marcó Bach FJ:** "La transmisión y la prevención del SIDA". Rev. Medicina y Ética, vol. III, No. 3, p. 73-97, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Martínez-Ruiz R:** "Aspectos Bioéticos y Legales del SIDA". 2º Simposio: Aspectos éticos y legales de la práctica de la medicina en México; Asesoría Integral en Comunicación Educativa S.C., febrero 1998, México.
- Mosley P:** "¿La transmisión del SIDA debe considerarse como delito?". (REUTER), Londres, Inglaterra, 14 agosto, 1992.
- Piwonka de Amesti MA, Castellano A:** "El SIDA: la perspectiva del personal de enfermería". Publicación Científica No. 530, p. 282-288. Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Priot P:** "La epidemia del SIDA es más grave de lo previsto", Notimex, ONUSIDA, 26 de noviembre 1997, París, Francia.
- Rico Blanca MC et al.:** "El SIDA y los derechos humanos". Rev. Salud Pública de México, vol. 37, No. 6, p. 661-668, 1995.
- Rico Blanca MC et al.:** "Las campañas contra el SIDA en México". Rev. Salud Pública de México, noviembre-diciembre. vol. 37, No. 6, p. 643-653, 1995.
- Romero Lajud A:** "Los derechos humanos y el SIDA". Periódico El Mundo, Córdoba, Ver. México, 11 julio, 1996.
- Rubio Guerra AF et al.:** "Transmisión del SIDA en trabajadores de la salud, ¿riesgo o pretexto laboral? Rev. Médica del Hospital General de México, S.S., 1992; 55(2):63-68.
- St. John:** "Los extranjeros, el SIDA y la ética". Publicación Científica 530, p. 235-238. Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Tomasevski K:** "El SIDA y los derechos humanos". Publicación Científica No. 530, p. 215-222, Organización Panamericana de la Salud, 1991.
- Vázquez-Arellano A:** "El diagnóstico presintomático ¿es legislable?. Rev. Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 5, p. 493-495, septiembre-octubre, 1997.
- Vallejo-Aguilar OJ et al.:** "El trabajador de salud y la conserjería sobre VIH y SIDA". Rev. Salud Pública de México, noviembre-diciembre vol. 37, No. 6, p. 636-641, 1995.
- Villalpando GJ:** "Ética Médica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), No.1, vol. 29, p. 9, 1991.
- Walrond E et al.:** "Conocimientos y actitudes de los adolescentes de Barbados sobre el SIDA". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, No.1, vol. 114, p. 33-44, enero, 1993.

Medicina basada en evidencias y de predicción

Sir Arthur Conan Doyle refiere en sus novelas detectivescas, que Sherlock Holmes investiga minuciosamente y pondera selectivamente las evidencias del crimen, las comenta al Dr. Watson, dejando al final la de mayor valor determinante y éste cae en la cuenta, “descubre” al criminal y procede en consecuencia. El detective Holmes comenta: ¡elemental mi querido Watson! ¡elemental Asimismo, reuniendo los datos clínicos patognomónicos y seleccionando la mejor opción, se ejercerá la Medicina Basada en Evidencias y de Predicción.

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIAS

La mejor evidencia clinicoterapéutica proviene de la historia clínica completa.

DEFINICIÓN

La medicina basada en evidencias, también es llamada medicina basada en pruebas. Estas denominaciones, tienen cierta afinidad conceptual (entre lo que representa una prueba o una evidencia), sin embargo se maneja la primera opción por considerar ser la adecuada, con base en lo siguiente:

Evidencia es. Certeza clara y manifiesta de la que no se puede dudar. En derecho, evidencia es la prueba determinante del proceso, asimismo debe acreditarse en medicina.

Prueba. Tiene muchas aceptaciones que pueden prestarse a confusión: razón, argumento, instrumento u otro medio con que se pretende mostrar y hacer patente la verdad o falsedad de algo (ésta es la aceptación que debe privar en medicina); otras son: acción y efecto de probar; indicio, señal o muestra que se da a algo; análisis clínicos; ensayo de algo para saber como resultará en definitiva; etc.

Consideraciones

El médico de cualquier especialidad, médica o quirúrgica se enfrenta al paciente para acciones curativas exclusivamente con su capacidad deductiva, interpretando datos del proceso deductivo milenario (interrogatorio, exploración, exámenes, ponderación de factores de riesgo, etc.) y llega a un diagnóstico de presunción; opta por una terapia. Debido a sospecha de futuros eventos por la evolución propia de la enfermedad o por el efecto terapéutico, procura analizar el curso del padecimiento.

En este proceso mental realizado desde los inicios de la medicina, como se concibe ahora, se ha realizado curación y escasamente prevención empírica, sin más bases que el conocimiento y razonamiento del médico tratante, que fue suficiente durante siglos, cuando se dividía la medicina en tres ramas: preventiva, diagnóstico y terapéutica y con esta nueva asociación médica-investigadora, en breve se agregue, la medicina basada en evidencias.

Utilidad

La gran expansión de la literatura médica y su rápida difusión por los medios de comunicación, especialmente electrónicos, con inmediato acceso al público médico, ha llevado a la modificación de procedimientos clinicoterapéuticos no muy ortodoxos a buscar la forma de enseñar para aplicar métodos considerados más científicos, por ser basados en evidencias y poder utilizarlos todos los médicos con relativa facilidad.

Los estudiantes que se inicien en medicina basada en evidencias, habrán obtenido entrenamiento de pregrado en esta nueva concepción o enfoque de la medicina y manejarán este modelo con soltura al iniciar su práctica profesional.

Los médicos que actualmente no fueron entrenados en esta disciplina, están tratando de no quedarse a la zaga, al conocer los beneficios que otorga la nueva difusión de información médica por medios electrónicos principalmente. Los médicos que desean estar actualizados y al día, están consultando los medios electrónicos debido a su efectividad y definición terapéutica, y han comprobado los beneficios proporcionados a sus paciente.

Fundamento de la medicina basada en evidencias

En forma escueta se señalan los siguientes cuatro elementos fundamentales constituyentes de la medicina basada en evidencias:

1. No perder de vista los objetivos de la medicina: el ser humano enfermo, al que hay que darle la prioridad y recordar que “la mejor evidencia proviene de la historia clínica completa”. No en vano se aseguraba “*los puntos de la historia clínica y el examen físico, en la mayor parte de los trastornos son personajes principales, de peso y aquellos derivados de la mayor parte de las excursiones basadas en alta tecnología son personajes de coro, distractores*”.
2. La epidemiología que identifica la enfermedad y determina su frecuencia clínica, constituye la segunda fuente de evidencias, puesto que informa frecuencia, distribución, factores y causas determinantes de las enfermedades, su morbilidad y mortalidad.

3. Como tercer elemento participativo en la elaboración del diagnóstico clínico se tienen los resultados de las pruebas de laboratorio y gabinete dirigidas, no en batería como suele realizarse en ciertos medios, que son inútiles, onerosos y hasta distractores. Estos datos, sirven además como base comprobatoria, corroboran el diagnóstico y lo hacen accesible al paciente o familiares.
4. Un cuarto elemento a considerar en medicina basada en evidencias, es el riesgo causal a desarrollar un padecimiento, esto es, que exista causa-efecto entre la exposición a un determinado factor patógeno y el efecto surtido en un paciente dado. Son importantes para predecir la posible aparición de un padecimiento y para pronóstico futuro del paciente y su calidad de vida.

Con estos cuatro elementos, el médico tendrá el diagnóstico correcto y de certeza, estará en posibilidades de iniciar un tratamiento basado en evidencias (lo que indica en pruebas irrefutables) y determinar (ya no aventurar) un pronóstico.

Secuencia en medicina basada en evidencia

1. **Identificar el asunto específico.** Ante cada paciente o caso en particular, debe definirse cual es el efecto a resolver en última instancia. Esto puede ser el correcto diagnóstico del padecimiento, óptimo tratamiento a seguir, pronóstico y secuelas, mortalidad probable, etc.
2. **Revisión de literatura.** En libros clásicos de la especialidad a la que corresponde el caso clínico a tratar, en revistas especializadas y actualmente en internet, donde se ofrece gran cantidad de trabajos y estudios especializados (no todos ellos tamizados, por lo que deben tomarse ciertas reservas).
3. **Análisis de la literatura consultada.** Discriminar la literatura útil de la trivial con base en los datos ofrecidos y buscar la que ofrezca las evidencias verdaderas buscadas, lo que también dependerá del criterio del investigador médico.
4. **Aplicación de la evidencia.** De acuerdo al caso deberá procederse a la utilización de la evidencia encontrada; aquí interviene el criterio del médico en aceptar y como aplicar esta evidencia.
5. **Resultado.** La aplicación de la evidencia seleccionada, que ha demostrado eficacia en nivel grupal, puede eventualmente en nivel particular no ofrecer la utilidad clínica deseada por causa del propio paciente.
6. **Definición.** Refiere el Dr. López Jiménez *et al.*, "*definir la utilidad clínica de las intervenciones del médico en un conjunto de pacientes es papel del científico; definir si tales intervenciones están siendo útiles en un paciente en particular, es papel del clínico*".

Consideraciones

La selección de la opción permite, hasta cierto punto, calificar la calidad del médico tratante; esto es, mostrar la diferencia existente entre cada médico en particular, sin estandarización clínica terapéutica, que pudiera ser nefasta. Cada médico seleccionará las evidencias y acorde a su capacidad determinará cuál es prioritaria al caso y recomendará su aplicación de

acuerdo a su nivel de competencia. De hecho, la medicina basada en evidencias no es una nueva ciencia, puesto que se utilizan elementos al alcance del médico actual, sino un nuevo enfoque, una asignación prioritaria a fenómenos que anteriormente pudieran no considerarse fundamentales y que actualmente son considerados como **evidencias**, y como tales, deben constituir la base clinicoterapéutica de cada acción médica.

La medicina basada en evidencias involucra al médico con real interés en sus pacientes, a revisar la literatura, cada vez más amplia en medios electrónicos-internet-, donde obtiene datos para integración del diagnóstico, indicación de tratamiento y su seguimiento; lo cual no se aparta del clásico Método Científico utilizado desde hace muchos años; pero, hace hincapié en la realización de estos procedimientos en busca de evidencias que sirvan de base a la actuación médica particularizada.

Esta enseñanza y método de actuar, perfecciona a la medicina realizada hasta el siglo XX, por lo que debe considerarse a este nuevo enfoque como un avance elogiable, médicamente a seguir y éticamente apoyado, puesto que beneficia directamente al paciente en forma por demás personalizada.

En la decisión terapéutica, además de la o las evidencias a considerar como base terapéutica halladas en la literatura consultada, hay que considerar la propia experiencia, opinión de expertos, especialistas y compañeros médicos y la interacción más o menos prioritaria de factores individuales como valores culturales, familiares, sociales, religiosos, políticos, económicos, etc., que hacen que la decisión terapéutica no sea una ecuación matemática pura y, por tanto, no existe una relación directa (causa-efecto) entre lo demostrado por evidencias y la determinación diagnosticoterapéutica elegida.

MEDICINA DE PREDICCIÓN

La predicción clínica es la actuación más comprometida de todas a las que nos enfrentamos en la práctica médica.

Manuel González Barón

INTRODUCCIÓN

Predicción es enunciar la suposición de que algo va a suceder; en este caso de sucesos médicos: presentación de un padecimiento o su evolución. Predicción se basa en datos; pronóstico en apreciación o juicio del médico. Hipócrates decía *“el médico debe ser ambiguo en su pronóstico”*, predecir que sucederá con un paciente, siempre es incierto.

El concepto de medicina predictiva, parte de las observaciones de Dausset que en 1972 describió por primera vez la posible relación entre el HLA (sistema principal de histocompatibilidad), agrupado en el cromosoma 6 humano y cuya función principal es activar las defensas inmunológicas del organismo frente a la presencia de agentes externos. Observó que el HLA se asociaba con diferentes enfermedades (casi 50) y consideró que este hecho pudiera ser predictivo de estos padecimientos.

Medicina de prevención, es un nuevo marco de referencia para la toma de decisiones del personal médico que atiende a los pacientes y apoya a los administradores de la salud.

Es un medio para enfrentar el desafío que representa el desarrollo científico-tecnológico en toda su expresión: desde la rápida e incesante producción y diseminación de conocimiento, cuya manifestación más inquietante es el grado de expansión jamás visto de la literatura médica, hasta la enorme variedad de recursos tecnológicos (materiales, medicamentos o drogas, instrumentos y proposiciones terapéuticas actuales).

Actualmente la predicción médica se basa en modelos matemáticos alimentados con datos clínicos recopilados en Medicina Basada en Evidencias, que reportan datos objetivos (medurables, demostrativos) ya no subjetivos de cada médico en particular.

Modelos de predicción en medicina

Durante los últimos decenios del siglo XX, se inició la utilización de modelos de predicción matemática aplicada a la clínica médica, siendo cada dato considerado como “predictor o predictivo” (p. ej., Apgar para predecir riesgo neonatal o Phillip para predecir sobre vida después del infarto al miocardio); con peso específico acorde a su capacidad de influir o grado de participación en el curso patológico del padecimiento estudiado o tratado.

“Cualquier observación empírica (o cuantificable) sobre la relación aparente entre dos eventos constituye una evidencia potencial”.

Las variables que deben configurar este modelo serán datos considerados relevantes (evidencias), tomados de la historia clínica: edad, sexo, antecedentes familiares, antecedentes patológicos y no patológicos, tiempo de evolución del padecimiento o enfermedad, resultados de estudios de laboratorio y gabinete, respuestas a tratamientos, medicamentos o drogas utilizados, confirmación del diagnóstico; estadísticas de esta entidad nosológica (tiempo de duración, desenlace y sus porcentajes, frecuencia de complicaciones, etc.)

Dentro de los modelos predictivos, además de los datos del paciente, deben incluirse el conocimiento médico y comportamiento del padecimiento, historia natural de la enfermedad y modificaciones, extraído de libros, revistas, literatura médica, conferencias, internet, estadísticas (que fue la primera expresión numérica de la medicina), etc., dentro de un marco de matemáticas aplicadas.

A cada dato se le otorga un porcentaje acorde a su influencia y mediante un complejo sistema matemático se discierne una predicción condicionada a la premisa del modelo (tiempo de supervivencia, uso de tecnología correcta, acciones médicas o quirúrgicas a realizar, confirmación o rechazo del diagnóstico establecido, etc.)

En general, cuando las variantes incluidas en un algoritmo de predicción son pocas, predicen con mejores y más precisos resultados, que con un número elevado de variables; por tanto, la simplicidad aumenta la interpretabilidad del algoritmo.

Difusión

Debido a la gran diseminación de los modelos de predicción para diagnóstico, pronóstico, predicción de conductas o fenómenos con relación a distintos aspectos de la atención de la salud y dada la consecuente proliferación de distintos *softwares* y potentes computadoras, se han propuesto estándares para el desarrollo y la manera de comunicar reglas de predicción clínica, que sirvan de bases operativas y se distribuyeron para su generalización.

Cada vez con mayor frecuencia y entusiasmo se difunde el uso de algoritmos de predicción clínica en el proceso usual de la atención médica, muy especialmente en la atención de pacientes en unidades de cuidados intensivos; donde se considera que estos modelos predictivos han producido un gran impacto favorable en los programas de mejoramiento en la calidad de la atención a pacientes.

Se utilizan en casi todos los servicios hospitalarios dotados de alta tecnología y en la mayor parte de las especialidades. Pudieran apoyar en todas las tomas de decisión médica e incluso modificar el seguimiento de padecimientos. No solamente alertan al médico y contribuyen con sus predicciones en la toma de decisiones con bases más razonables en el diagnóstico, terapia, pronóstico y evolución del caso, sino que incluso predicen posibles padecimientos posteriores.

Utilidad

El médico siempre debe considerar que puede existir divergencia entre la realidad intencional y la realidad física. Lo que se considera anímica y sensorialmente y lo real. Así la regla de predicción clínica puede no ser una realidad clínica, sino una imagen más o menos distorsionada de lo que podría ser una realidad clínica. Sin embargo, el uso apropiado de estos modelos de predicción provee un método objetivo, explícito, conciso y reproducible para estimar una probable condición en un paciente en particular. Estos modelos son sistemas lógicos que proveen una estimación del punto final o salida (motivo o fin) del estudio, basado en relaciones empíricas que existen entre otros factores (los predictivos) y esta salida.

La evidencia proveniente de la investigación clínica adquiere mayor importancia en las decisiones de la práctica médica, a medida que se publican más y más modelos predictivos; esto es, conjuntadas las principales evidencias emanadas de una misma enfermedad, sometidas a un modelo matemático, proporcionará una inmejorable directriz para diagnóstico, terapéutica o pronóstico.

La utilización de estos modelos, es particularmente importante en servicios como urgencias, terapia intensiva, o unidades de insuficiencia renal, cardíaca, etc., donde la decisión terapéutica debe ser inmediata y su retraso implica deterioro grave de salud o la muerte del paciente.

La medicina de predicción, basada en evidencias, cada vez se utiliza con mayor frecuencia y este sistema de modelos matemáticos, invaden la literatura médica, proporcionando la mejor terapia, por tener a su vez el mejor y más objetivo seguimiento.

Consideraciones

Desde el inicio de la aplicación de distintos modelos han contribuido a que las predicciones que deben realizar habitualmente los médicos sean apoyadas, guiadas y auxiliadas por métodos cuantitativos formales que permiten, con ciertas menores limitaciones, poner números porcentuales o calificar numéricamente las predicciones a aventurar, y así poder tomar en muchos casos decisiones más racionales y efectivas para los enfermos.

Se debe recordar un principio terapéutico, que debe considerarse universal y hasta ahora vigente:

“El todo es más que una de las partes e incluso que la suma de todas las partes. La aplicación terapéutica debe estar en función del todo y cualquier parte estará siempre subordinada al bien de la unidad total”.

Debe tomarse en consideración que los modelos de predicción están basados en resultados obtenidos en estudios de investigación con base estadística, donde existen pacientes con mejores resultados y otros con resultados más pobres, ello acontece de acuerdo a la escala de resultados y ser el promedio el dato indicado como resultado terapéutico.

Diagnóstico preclínico

Existen también modelos de predicción de padecimientos para pacientes con antecedentes familiares, ambientales, profesionales, etc., sospechosos de poder padecer enfermedades todavía no diagnosticables clínicamente, pero susceptibles de detectar y en su caso prevenir al aplicar uno de estos procedimientos. El modelo es elaborado con los datos adecuados y ofrece diagnóstico antes del inicio clínico, con lo que puede realizarse tratamiento preventivo o terapéutico.

Uno de los principales logros de actualidad, derivado del desciframiento del código genético humano, ha sido el conocimiento de variaciones o desviaciones presentes en ciertos genes, productores de manifestaciones clínicas a futuro no determinado.

Consideraciones éticas

Los modelos predictivos debido a la orientación clinicoterapéutica y pronóstica que proporcionan a los médicos para tratamiento y seguimiento debe considerarse, sin sombra de duda, un magnífico apoyo clinicoterapéutico, generando con ellos modelos que pueden expresarse como reglas de predicción y representar la simbiosis entre el arte de curar y la tecnología matemática en su apoyo, logrando conjuntar una nueva disciplina, derivada de los programadores cibernéticos.

La medicina de predicción se generalizará y abarcará a todas las ramas médicas y especialidades, al resultar imprescindible para creación y seguimiento de protocolos de atención médica; se tienen conocidos muchos predictores en diversas especialidades, por lo que, ha sido relativamente simple elaborar y seguir proporcionando modelos especializados, a partir del desarrollo cibernético.

Además, para fines de enseñanza y evaluación de la calidad médica, representan un valioso parámetro para comprobar la calidad de la atención, al comparar la “salida” del modelo, resultado esperado, con el logro terapéutico obtenido.

Deberá procurarse por todos los medios posibles la difusión y utilización de estos modelos predictivos, que son específicos para padecimiento y también al nivel de atención médica. Se consideraría no ético desaprovechar este recurso médico, director y regidor de los actos considerados estadísticamente los preferentemente indicados.

Medicina genómica de predicción

Con el desciframiento de la molécula del DNA, se cuenta con diagnósticos de ciertos estados derivados de anomalías encontradas en los cromosomas, capaces de producir males

específicos a futuro. Se presupone que el desciframiento del código genético personal, se realizará con fines médicos, para conocer probables trastornos en los genes, que presuntamente acarrearán manifestaciones clínicas. Por tanto, se detectarán posibles padecimientos en fase preclínica.

El conocimiento del genoma conlleva *per se* el diagnóstico predictivo de algún padecimiento producido por desviación genética o factor de riesgo, detectados y que pudiesen indicar desarrollo posterior de entidades nosológicas concretas. Con esta base, aumenta progresivamente la presión social para que se puedan realizar y comercializar predicciones de salud-enfermedad individuales y su pronóstico de presentación a corto o largo plazo.

Estas predicciones médicas personalizadas, tardarán a comercializarse en forma abierta al público; sin embargo, se prevén implicaciones extramédicas (familiares, legales, laborales, sociales, etc.) que deberían solucionarse antes de la divulgación del procedimiento.

El esperado gran auge de esta nueva diversidad de la medicina, adquiere relevancia en la utilización del código genético, donde las desviaciones encontradas servirán de base para modelos de predicción de padecimientos futuros, pudiéndose realizar medicina basada en evidencia a futuras entidades patológicas susceptibles de presentarse.

Debido a la integración de la tecnología genómica a la medicina, se podrá mejorar la salud humana, mejorar la calidad de vida y curar antes de aparecer la enfermedad. Los sistemas genómicos desarrollan métodos diagnósticos moleculares que permiten anticipar la aparición de determinadas patologías mediante el análisis mutacional de los genes. Esta predicción de riesgo a padecer ciertos padecimientos mediante el diagnóstico derivado del genoma humano, el nuevo y máximo exponente de la medicina de predicción.

Históricamente la predicción del riesgo a padecer determinada enfermedad, se basó en la medición de indicadores generales del cuerpo humano (fórmula roja para predecir signos de anemia, presión arterial para suponer futuro accidente vascular cerebral, nivel de colesterol para considerar próximo infarto del miocardio, etc.). Estas mediciones reflejan la fisiología general de la enfermedad, pero no explican la base genética de la enfermedad en un individuo en particular. Estos diagnósticos, no son realmente de predicción, son factores de riesgo, predictivo dentro de un modelo matemático.

Los diagnósticos basados en técnicas genómicas pueden determinar el riesgo a padecer una enfermedad en forma más individualizada, analizando el o los genes específicos involucrados en dicha enfermedad. Con base en ello, se realizará terapia personalizada. Estos nuevos sistemas de diagnóstico genómico conducirán a una medicina basada realmente en evidencias, ofreciendo métodos de evaluación de riesgo potencial en el desarrollo de diversos padecimientos.

Actualmente solamente se pueden diagnosticar con certeza, las enfermedades monogénicas, por estar involucrado un solo gen. En un futuro, se prevé diagnóstico de enfermedades poligénicas, que constituyen la mayor parte de los padecimientos genéticos que afectan a los seres humanos.

Farmacogenética de predicción

El conocimiento del genoma de cada persona permitirá diseñar drogas (fármacos) particularizadas. La farmacogenética tiene como objetivo descubrir las bases genéticas y los mecanismos

moleculares de la enfermedad, para definir los objetivos terapéuticos en nivel molecular y desarrollar fármacos específicos.

Es la ciencia que permitirá la administración de medicamentos según el perfil genético de cada paciente. Se estima que en la primera mitad del siglo XXI sea habitual que los pacientes se sometan a pruebas genéticas antes que el médico decida el fármaco a prescribir.

La terapia genómica se muestra como una técnica aparentemente sencilla y muy prometedora de la medicina molecular al utilizar los mismos genes como medicamentos, siendo de aplicación directa cuando se trata de desórdenes monogénicos (p. ej., distrofia muscular o fibrosis quística). En este caso, se trata de remplazar el gen anormal por otro sano. Cambio que se realiza introduciendo los genes por medio de un vector, que puede ser un virus desactivado (al que se le ha eliminado su patogenicidad). En este caso, se erradica la causa del padecimiento, en lugar de eliminar los síntomas.

Otras enfermedades hereditarias como cáncer, diabetes y esquizofrenia involucran interacciones complejas entre varios genes y a pesar de ser la patología más frecuente y concentrarse la investigación en su resolución, no son todavía tributarias de tratamiento genético.

Se conoce la función de casi 33% de los 30 000 genes humanos y conocer el resto, no será tarea muy tardada; sin embargo, conocer y describir todas las redes de interacciones entre los genes, los tejidos, los órganos, los organismos y el ambiente, además de las perturbaciones que disparan las mutaciones genéticas y las respuestas fenotípicas y encontrar las complicadas relaciones entre genética y enfermedad es mucho más complicado, es tarea compleja donde falta mucho por resolver. Véase también el capítulo de genética.

Medicina de predicción con imagenología

Con los avances de la investigación genética, los fabricantes de equipos de imagenología, han contratado médicos y químicos especializados en biología molecular y han adecuado su tecnología, con motivo de estudiar nuevos objetivos químicos para detectar y rastrear enfermedades; logrando detectar cambios moleculares que indican inicio de patología antes de dar sintomatología.

La imagenología molecular combina la investigación basada en genes y proteínas con nuevos fármacos diagnósticos que detectan con precisión las células desde el inicio de la enfermedad. Puesto que para visualizar estas imágenes moleculares es menester de marcadores radiactivos, es posible hacer terapia molecular con recursos farmacológicos. Además de realizar medicina basada en evidencias, se podrá realizar tratamiento y seguimiento del proceso patológico.

Las grandes compañías productoras de equipos de imagenología estadounidenses, han conformado departamentos y adquirido equipos especiales para visión molecular, considerando el amplio campo de utilidad de este procedimiento, que puede abarcar: diagnóstico oportuno, tratamiento eficaz y control con seguimiento.

La imagenología entra a la medicina de predicción, con gran entusiasmo y recursos casi ilimitados, se prevé futuro halagüeño, tanto médico como económico. Inicialmente se espera detectar cánceres y enfermedad de Alzheimer, antes de que presenten sintomatología clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdala C.V.:** La Biblioteca Cochrane en la región latinoamericana y caribeña. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (4):277-2779.
- “Clinical epidemiology” Edit. Little, Brown & Co. Boston, p.119, 1985
- La cadena J.R.:** Bancos de datos genéticos: aspectos éticos y jurídico.
<http://google.Com.mx/search?q=cache:OhjbBk5P-o4C:www.cnice.mecd.es/temática...>
- López Jiménez F et al.:** Manual de medicina basada en la evidencia. P.1-33. Edt. Manual moderno. México, 2001.
- González Barón M.:** La predicción clínica en oncología médica.
<file://C:\Mis%20documentos\Real%20Academia%20Nacional%20de%20Medicina.htm>
- Hernández A. J.L.:** Ética de la medicina basada en evidencia. *Bioética General*. P 175-182. Edit. El Manual Moderno, 2002
- Medicina basada en evidencias: <http://www.google.com.mx/serch?q=cache:R8iJwPjEcsC:www.beocities.com/nutricion>
- Navarro R.A., Estrella J.:** Tres consecuencias del Proyecto Genoma. Dirección electrónica: biotec@unt.edu.ar
- Rubinstein A.:** Algoritmos o reglas de predicción.
<File://C:\Mis%20documentos\Algoritmos%20o%20reglas%20de%20prediccion%20clinic>.
- Sanandrés L. J.A.:** Comunicaciones: reglas de predicción
<http://google.com.mx/search?q=cachhe:swj1EJKUBzQC:www.seis.es/inforsaludnet9>.
- Sistemas genómicos. Investigación y desarrollo.
<http://www.sistemasgenomicos.com/investigación/biomedicina/biomedicina.htm>
- Trilla A.:** Medicina Clínica. El caos y la predicción médica.
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=237>

Anticoncepción

“Una nación que no pueda garantizar la crianza de sus hijos no puede exigir a sus ciudadanos que los tengan”.

*Carta de Bernard Shaw al Presidente de EUA,
Franklin D. Roossvelt*

GENERALIDADES

Definición

“Son los distintos métodos que permiten el coito normal entre parejas fértiles, evitando el embarazo”.

Datos históricos

Antiguamente los Estados tenían políticas pronatalistas y no fue hasta fines del siglo XIX, cuando se empezó a tomar conciencia de la explosión demográfica anticipada por Thomas Robert Malthus y comenzó gradualmente un cambio hacia políticas gubernamentales de control de natalidad.

Los métodos anticonceptivos se conocían desde tiempos inmemorables; pero no se utilizaban con fines de planificación, sino como control de natalidad, generalmente extra marital. A principios del siglo pasado se inicia la anticoncepción con propósitos demográficos y más adelante se agrega el concepto de **paternidad responsable**. A fines del siglo XX la anticoncepción por indicación médica toma un cariz realmente profesional abocándose, además, al cuidado de la salud materno-infantil.

Promoción de anticoncepción

Se consideran tres vertientes fundamentales:

- a) Política: fundamentada en la explosión demográfica; esto es, cuando se rebasan las posibilidades gubernamentales de producción de bienes de servicio, fuentes de trabajo,

inflación incontrolable, etc. Mientras mayor sea la brecha entre la producción y la demanda de bienes y servicios, mayor será la necesidad de reducir la población.

- b) Social: presión que ejerce la carestía de la vida sobre el núcleo familiar; bajos sueldos y desempleo; escasez de bienes de consumo por bajos recursos económicos para satisfacerlos. Este punto de vista es el de mayor penetración en la población, siendo las amas de casa las que viven intensamente los efectos de la inflación.
- c) Médico: con base al **Riesgo Reproductivo**, que se presenta cuando de acontecer un nuevo embarazo, la madre o futuro hijo tienen posibilidad de enfermedad o muerte.

Esta posibilidad conlleva a dos circunstancias: que el padecimiento sea de carácter temporal (riesgo modificable) y consecuentemente la anticoncepción recomendada será también temporal, mientras dure el riesgo; o que la enfermedad no sea corregible (riesgo no modificable), indicándose anticoncepción definitiva.

En muchos países era legal la esterilización forzosa a hombres y mujeres con deficiencias mentales internados en centros médicos, pero cada vez es menos necesario por existir actualmente métodos alternos. También en los pacientes masculinos obsesivo-compulsivos se realizaba castración y actualmente se manejan con antiandrógenos y tranquilizantes.

METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA

Los métodos utilizados corresponden a los de anticoncepción dentro de los llamados Programas de Planificación Familiar bajo Paternidad Responsable instituidos en países donde la reducción de la natalidad es “voluntaria”. Algunos de los métodos referidos no son recomendables ni ética ni moralmente (*coitus interruptus* o *reservatus*), los métodos de abstinencia periódica o del ritmo son por ahora, los únicos permitidos por la Iglesia Católica, especialmente el “Billings”; por considerarlo natural, pero con alto porcentaje de fallas.

Los métodos locales y de barrera son recomendados generalmente para relaciones sexuales furtivas, en pareja no estable o extramatrimoniales, son también los indicados en varones adolescentes (condón). Los hormonales y dispositivos intrauterinos son generalmente los más usados en los programas de anticoncepción temporal. Cuando se haya tenido un coito no protegido y se tema un futuro embarazo, es recomendable la píldora poscoito o del siguiente día. Los métodos definitivos requieren para ser éticamente recomendados condiciones específicas medicopsicosociales que los indiquen.

CRITERIO LEGAL

Desde épocas remotas de la humanidad los clanes, tribus, pueblos, estados, etc. han seguido una política pronatalista, era menester poblar la tierra, reponer pérdidas humanas por muertes debidas a fieras, hambrunas, inclemencias del tiempo, guerras, etc. hasta que llegó el momento en que la población rebasa la producción de bienes y servicios, con lo cual cambian las políticas de población y se hace conciencia a la gente para reducir sus tasas de natalidad.

En algunos Estados la población por *motu proprio* reduce su reproducción, al grado de tener implosión demográfica con tasa de crecimiento poblacional menor a uno (esto es, nacen menos de los que mueren), no necesitan políticas restrictivas, lo que acontece en países europeos.

En otros continentes, como en Asia, África, Latinoamérica, existe una verdadera explosión demográfica (tasas nacimiento permanentemente elevadas, con disminución de la mortalidad principalmente infantil) que pone en peligro el equilibrio gubernamental por no poder dotar de suficientes satisfactores (fuentes de trabajo, habitación, nutrientes, salud, vestido, comunicaciones, electricidad, comercio, recreo...) generándose inflación económica y sus consecuencias (migración, abandono de familias, miseria, hambre, vicios, delincuencia, violencia...), teniendo que adoptar políticas de regulación o represión reproductiva; tan estrictas como en China o tolerantes como en la mayor parte de los países. Los programas llamados de planificación familiar varía, por tanto, de voluntarios a obligatorios.

El artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos dice: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos”. En ocasiones se desearía que realmente las personas fuesen más responsables de su salud, puesto que a pesar de riesgos reproductivos altos no se logra convencer de anticoncepción por indicación médica.

En el año 2004 se decreta y aparece en el Diario Oficial de la Federación, la autorización (además de la metodología utilizada en los Programas de Planificación Familiar del Sector Salud) de la “píldora poscoito”, para uso de “anticoncepción de urgencia”.

El aborto no es considerado como método anticonceptivo en México como acontece en otros países.

CRITERIO MORAL

La Iglesia Católica había condenado el uso del cloroformo para mitigar las molestias del parto “anestesia a la Reina”, aduciendo ser un procedimiento “antinatural” y “contrario a la religión”, basándose en las palabras bíblicas “con dolor parirás tus hijos”. En 1817 James Simpson escribió: “Estoy convencido de que usted sentiría conmigo y se quejaría con razón, en el caso de que el poder y la trascendencia de la verdadera religión sufriera cualquier daño o estuviesen expuestos a cualquier peligro por causa de gentes débiles, aunque bien intencionadas, que creen y sostienen que los progresos de la ciencia médica y las ciencias en general están en pugna con las palabras de Dios y de la Santa Escritura. Podemos tener la más completa seguridad de que todo cuanto por los hechos es verdad y que ayudan en la práctica al ser humano, no está jamás en pugna con la Santa Palabra de Dios”. Th. Van de Velde en el año 1953 menciona este antecedente y cuestiona ¿No se podría dar igual respuesta en el caso del empleo de métodos artificiales anticoncepcionales, considerados bajo todos los conceptos por la iglesia como “antinaturales” y “en pugna con la religión”? La sedación obstétrica fue posteriormente aceptada y no se discute actualmente su inmoralidad; se espera que paulatinamente se acepten abiertamente métodos anticonceptivos además de los “naturales”.

La actitud de los teólogos relativa a las prácticas de anticoncepción, ha evolucionado con modificaciones sustanciales en años recientes, llegando a ser actualmente bastante tolerante.

Desde su creación, la Iglesia Católica fue firme e intransigente al uso de metodología anticonceptiva: "...el matrimonio se había establecido para procreación de la especie y el sexo aun realizado dentro de él, sin ese propósito, se consideraba pecado".

Las enseñanzas del Concilio Vaticano II indicaron "solamente los padres tienen derecho a definir el número de hijos que tendrán". La decisión pasa a los padres, ya no a la iglesia.

La *Humanae Vitae*, No. 10 expresa "con relación a las consideraciones físicas, económicas, psicológicas y sociales de la paternidad responsable ya sea con la deliberación equilibrada y generosa de formar una familia numerosa o bien con la decisión tomada por graves motivos y en el respeto a la ley moral, de evitar temporalmente o hasta por un tiempo determinado un nuevo nacimiento", con lo cual abre las puertas para la anticoncepción, todavía no a la metodología.

En cuanto a la utilización de metodología anticonceptiva, permiten preferentemente métodos de abstinencia periódica (poco recomendables por su escasa continuidad y alto índice de fallas), no considerando otros métodos y oponiéndose a la "píldora" y sistemáticamente a los definitivos. Así, el Papa Pablo VI en la *Humanae Vitae* se refiere a "uso de métodos naturales exclusivamente".

El Papa Juan Pablo II en su carta encíclica *Evangelium vitae* recomienda a los fieles el uso de "métodos naturales de regulación de la fertilidad"; lo cual reiteró en 1998, felicitando aquellos que los utilizan sobre otros métodos, insistiendo en que la anticoncepción contradice la verdad plena del acto sexual como expresión propia del amor conyugal y se opone a la virtud de la castidad marital.

El sacerdote católico Antonio Hortelano, concuerda con dejar a la pareja la decisión de controlar su natalidad "a estas alturas está claro que los padres no deben estar pasivos ante la posibilidad de tener hijos. Deben ser activos y responsables y no tener todos los que vengan espontáneamente, sólo los que crean responsablemente deben tener. Todos los demás: médicos, psicólogos, sacerdotes, etc., pueden aconsejar, pero jamás decidir"; y refiriéndose a los métodos naturales agrega, "si estos métodos no dan resultado positivo, entonces los esposos estarán en una situación de conciencia perpleja, entre usar métodos no deseables o tener hijos imprudentemente. Ante este conflicto de deberes conyugales pueden escoger lo que en conciencia crean más oportuno, con tal que en ningún caso usen métodos abortivos, al disponer de un método ideal, los que no lo utilicen obrarán inmoralmente, pero no lo harán".

Cuando a nivel de confesionario se solicita anuencia para métodos temporales o definitivos recomendados por médico general o especialista, en base a salud materna, con paternidad responsable, para bienestar o dignidad social o física, la mayoría de los sacerdotes darán su consentimiento pero no dejarán de recomendar los métodos de abstinencia periódica.

Con respecto a los métodos definitivos, la moral cristiana mantiene una actitud de rechazo, citando: "El enfermo no es dueño absoluto de su cuerpo, por ello no puede autorizar intervenciones que puedan atentarse contra su vida ni tampoco contra las funciones naturales de sus órganos", recientemente se agregó "sin una causa legítima como sería el peligro de vida", dando margen a indicación médica de anticoncepción definitiva por riesgo de vida en futuro embarazo.

En 1923 los médicos Capellman y Bergman escribieron en su "*Pastoral Medizin*", citado y transcrito por Vande Velde, que consideró los autores como "severamente católicos" y donde se indica para consentimiento de esterilización definitiva una serie de circunstancias

muy similares a las indicaciones actuales. Llama la atención que desde esa fecha se incluya el aspecto social como causa tributaria de esterilización facultativa, puesto que actualmente su validez no es aceptada por la ética médica (está en proceso de discusión) y es inaceptable moralmente por la religión católica.

También Hortelano, refiriéndose a la esterilización femenina supone “que puede causar problemas psicológicos en forma temprana, pero que si la paciente ha tenido por ejemplo tres cesáreas o padece del corazón, no deberá tener más embarazos por ningún motivo y en estas circunstancias la metodología anticonceptiva definitiva, lejos de perjudicarla, le dará seguridad psicológica”.

La autorización en México de la píldora poscoito, causó gran revuelo en la grey católica, al considerarla erróneamente como abortiva y, por tanto, causa de excomunión a quien la utilice.

La moral cristiana se opone tenazmente a la esterilización forzosa por órdenes gubernamentales, por necesarios que consideren sus fundamentos, considerando que coarta la libre decisión del individuo (uno de los Derechos Fundamentales del Hombre).

CRITERIO BIOÉTICO MÉDICO

Una vez realizada la promoción para ingreso y aceptada la anticoncepción, para considerarla como bioética desde el punto médico, deben concurrir otros tres principales factores:

- 1) **Consentimiento informado.** El médico para actuar bioéticamente dentro de su profesión, siempre debe tener el consentimiento de sus pacientes para poner en práctica las medidas terapéuticas prescritas unilateralmente. No es válido realizar acciones médicas o quirúrgicas sin el consentimiento del paciente. Mientras se tenga la aceptación del actual o futuro(a) usuario(a), no se incurrirá en desviación bioética profesional, máxime si el consentimiento va precedido de amplia información.
- 2) **Solicitud de anticoncepción.** Invariablemente obtener la aceptación y solicitud para inicio; cuando se indiquen métodos temporales en forma verbal y requerir por escrito el consentimiento de ambos cónyuges o miembros de pareja estable (en los formatos establecidos al respecto) para acciones definitivas, sean médicas o quirúrgicas, masculinas (vasectomía) o femeninas (oclusión tubárica bilateral [OTB] o también llamada salpingoclasia).
- 3) **Selección del método.** Para definir los métodos a utilizar y que correspondan al criterio de éticos en su aplicación, se dividirán en métodos temporales (locales, de barrera, biológicos o de abstinencia periódica o naturales, hormonales, dispositivos intrauterinos, etc.) y definitivos (quirúrgicos masculinos y femeninos); y se seleccionarán de acuerdo al siguiente criterio de riesgo reproductivo:
 - a) **Método temporal.**
 - En cualquier condición que el o la solicitante demande anticoncepción por estar convencido(a) de su necesidad.
 - Fuera de la edad reproductiva ideal, menos de 20 o más de 35 años en la mujer.
 - Con paridad no satisfecha cualquier edad y sexo.
 - Con paridad satisfecha después de los 40 años en ambos sexos.

- Sin riesgo reproductivo en ambos miembros de la pareja.
- Con riesgo reproductivo modificable, por indicación médica, ambos sexos.

b) Método definitivo.

- Por indicación médica, con riesgo reproductivo no modificable (embarazo de alto riesgo).
- Con paridad satisfecha (dos o más hijos), más de 30 años, pareja estable y aprobación del cónyuge.
- Cualquier edad con paridad satisfecha con cuatro o más hijos y aprobación del cónyuge.
- Para el varón se recomienda después de los 30 o 35 años.

En bioética médica no existe diferencia en cuanto a los métodos empleados para anticoncepción temporal, teniendo el consentimiento informado, la solicitud del o la usuario y preferentemente aceptación del o la cónyuge y selección del método siguiendo los criterios del programa de planificación familiar en base a riesgo reproductivo. Cada método tiene ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones médicas, que deben seleccionarse en cada caso particular.

Cuando los métodos definitivos están indicados médicamente si se cuenta con la solicitud escrita, bajo consentimiento informado del o la solicitante y aceptación del o la cónyuge, existiendo paridad satisfecha, la aplicación de esta metodología, no ofrece ninguna falta a la bioética médica, siempre y cuando sea médicamente la indicada.

CONSIDERACIONES

La indicación médica de anticoncepción tiene principalmente dos vertientes:

- 1) La preocupación de la salud y el bienestar de la mujer; donde los conceptos de **Riesgo reproductivo** y **embarazo de alto riesgo** proporcionan bases racionales para su aplicación médica y que actualmente son obligatorias para todos los niveles de atención médica.
- 2) El *embarazo no deseado* repercute sobre otro aspecto médico: la salud mental y social del individuo masculino o femenino inmerso en este mundo de crecientes opresiones y carencias sociales.

Acatando la metodología anticonceptiva del Programa Nacional de Planificación Familiar y Salud Materno Infantil recomendado por el Sector Salud, se seguirá el criterio médico, siempre y cuando las recomendaciones sean en base al riesgo reproductivo temporal o definitivo.

En anticoncepción temporal o definitiva no debe existir diferencia ética en metodología empleada, su selección debe realizarse de acuerdo con la pareja o cuando menos con la (el) futura(o) usuaria(o). Todos los métodos ofrecen ciertas ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones que deben ponderarse al seleccionar el método, así como informar de los porcentajes de falibilidad, abandono y posibles molestias durante su utilización.

El aborto no está contemplado como un método anticonceptivo, ni en caso de fracaso de método temporal o definitivo. Por este motivo, los métodos locales o de abstinencia

periódica no son recomendables en parejas estables, buscar alternativas de opción debido a sus frecuentes fallas, el médico debe siempre indicar el método más seguro y perdurable.

Los pacientes psiquiátricos expuestos a posibles embarazos, internados o externos, que por su padecimiento estén incapacitados para ser padres o madres, deben incluirse en programas de anticoncepción con base en riesgo reproductivo (curables: métodos temporales; incurables: definitivos) y debería ser perfectamente ético y legal en cualquiera de ambos casos con el consentimiento y generalmente a solicitud de familiares directos o tutores legales.

Mención especial merece la promoción y divulgación de métodos anticonceptivos a los y las adolescentes con vida sexual activa, que sin recurrir a ellos presentan (cada vez con mayor frecuencia) embarazos no deseados; por lo que en ambos sexos se presentan graves problemas familiares, sociales y también psicológicos.

El embarazo en mujeres adolescentes, sin pareja estable (matrimonio o concubinato), es frecuentemente tema de preocupación por causar vergüenza y marginación social, futuro incierto y angustioso, despido laboral, abandono de estudios, reclusión en el hogar, etc.. Para el joven varón, los problemas sociales son responsabilizarse de la paternidad del producto con o sin casamiento, pero con formación de un hogar; abandono de docencia y consecuente mala preparación para laborar, con lo cual encontrará solamente subempleos, etc.

Si no existir riesgo reproductivo, la anticoncepción temporal o definitiva, se prescribe en forma optativa; pero con riesgo reproductivo, es obligatoria por parte del médico el indicarla. En las adolescentes por ser menores de 20 años, el embarazo siempre será de alto riesgo reproductivo temporal. Por tanto, y con mayor razón, debe insistirse en recomendar métodos anticonceptivos eficaces en adolescentes con vida sexual activa. Su problema social puede agravar su pronóstico.

Se han iniciado en las escuelas donde acuden menores, clases de educación sexual, primer paso (pero tibio), sin orientación anticonceptiva. Existen una gran parte de menores que no acuden a las escuelas, los “niños de la calle”, que bajo el estigma del hambre, “prostitución infantil” y drogadicción, inician relaciones sexuales desde antes de su completa madurez y se embarazan desde la menarquia (inicio de la menstruación). Por la edad y las condiciones socioeconómicas constituyen embarazo “de alto riesgo extremo”, “no deseado”, que debe ser evitado y esta acción debe ser ética y apoyada por la sociedad.

Los métodos locales o de barrera (especialmente el preservativo) pueden recomendarse cuando las relaciones sexuales sean esporádicas o furtivas, en adolescentes y adultos, puesto que además de proteger contra el embarazo, evitan enfermedades de transmisión sexual.

La píldora poscoito o la carga hormonal oral o inyectada (con estrógenos o estrógeno-progestágeno) deberá recomendarse solamente en casos de relaciones sexuales fortuitas (primera ocasión por amor, estupro o violación). Es considerada como método anticonceptivo ingerida antes de 12 h después del coito, o como contraceptivo (evita la nidación, aunque el óvulo esté fecundado); pero para su eficacia preventiva, debe administrarse antes de transcurrir 48 h, con máximo de 72 h después del coito no protegido, sea o no en periodo femenino fértil. Médicamente no es aconsejable se administre frecuentemente porque sus altas dosis hormonales repetidas resultarían lesivas a la salud. No debe considerarse método de planificación familiar. Solamente utilizar la anticoncepción de urgencia como preventivo de un aborto futuro en caso de coito no protegido (consentido o forzado), con enérgico rechazo al posible embarazo y cuando se considere la posibilidad de realización (por terceros) de un legrado intrauterino u otra maniobra abortiva.

Se insistirá en que la “píldora poscoito o del día siguiente” no es abortiva y no debe confundirse con la “píldora RU-486”, que sí provoca un aborto; por lo que se indican las siguientes razones anatómico-fisiológicas:

Aproximadamente a los 14 días antes de la siguiente regla, la mujer ovula; esto es, su ovario libera un óvulo, que por tropismo es absorbido por la trompa uterina (de Falopio) y penetra en su lumen por acción de contracciones y progresa por este oviducto, hasta su tercio interno, donde puede ser fertilizado por un espermatozoide o en su defecto sufre un proceso de lisis y resorción. Cuando un espermatozoide apto penetra la envoltura del óvulo, se produce la fecundación. Esta unión de los gametos masculino y femenino produce un cigoto (óvulo fecundado antes de su segmentación) y se inicia la fase de multiplicación celular durante la emigración hacia el útero (desde este momento se considera prembrión), al cabo de cuatro días contados desde la fecundación, penetra el endometrio, permaneciendo siete días y después emerge del endometrio ya transformado en un embrión. Esto indica que la carga hormonal evitará la fertilización o en su defecto mientras el cigoto no se anide, no puede haber aborto y una vez fecundado las cargas hormonales utilizadas (actuarán como contraceptivo) evitarán su nidación.

Consideraciones Ginecoembriológicas

Se someten al criterio del lector los siguientes hechos:

Con base en los siguientes datos médicos y consideraciones sobre la formación y desarrollo del prembrión a embrión humano se demuestra que la prevención del embarazo no deseado, sus programas y acciones no provocan ni propician el aborto embrionario:

Vitalidad del óvulo \pm 24 h

Vitalidad del espermatozoide \pm 48 h

Posibilidad de embarazo solamente durante 72 h

Tiempo de recorrido del espermatozoide desde el hocico de tenca a la trompa 30 a 40 min

Recorrido hasta tercio medio de la trompa uterina es con pequeñas variaciones de unos 7 a 12 cm

Tiempo transcurrido desde la eyaculación hasta la penetración del espermatozoide al óvulo menos de 1 h

A *grosso modo* se describe el desarrollo que sigue el óvulo una vez fecundado

1. A las 60 h de fecundado, el óvulo se ha dividido en ocho células.
2. El óvulo una vez fecundado aproximadamente tarda en llegar al útero unas 72 h.
3. Al cabo de estos tres días de fecundado, el óvulo se ha reproducido, alcanzando tener unas 32 células.
4. Esta masa celular, flota libremente dentro de la luz del útero mientras madura el endometrio 96 h.
5. Tiempo transcurrido entre la fecundación y el inicio de la implantación, cuatro días.
6. Implantación del óvulo fecundado en el útero: una vez madurado el endometrio el óvulo se adherirá, penetrará e implantará iniciando ahora una acelerada reproducción celular, pasando de blástula a gástrula en siete días.

7. Al cabo de estos siete días las células se han diferenciado. Alrededor de la cavidad central, se han dispuesto tres capas: ectoblasto (que formará la piel, órganos de los sentidos y sistema nervioso incluido el cerebro), mesoblasto (que se transformará en músculos, corazón, grandes vasos y huesos) y endoblasto (que originará las vísceras, estómago, hígado) en 14 días.
8. A las tres semanas de la primera división, el óvulo embrionario inicia la fase de gastrulación y se esboza la placa neural, que posteriormente se cerrará en el curso de la siguiente semana, 21 días.
9. A las cuatro semanas se ha cerrado el tubo neural, se forma la cabeza y se conformará el cuerpo; y el corazón estará latiendo, unos días después aparecerán brazos y piernas. A partir de esto, se considera embrión de 28 días.
10. Desde el inicio de la fecundación hasta el cierre del tubo neural se considera procreación de células madre y a partir del mencionado cierre neural toma forma y características de embrión cuatro semanas.
11. Después de la novena semana de la fertilización, hasta la semana 40, se considera como feto al producto de la concepción de semanas 9 a 40.
12. Durante las dos primeras semanas se consideran **células madre**; las dos siguientes semanas (hasta la cuarta) **preembriones**; de la semana 4 a la 9 de **embriones** y en adelante de **fetos humanos**.
 - ¿Cuándo considerar el comienzo de la vida humana?
 - a) ¿En el preciso momento en que el óvulo es fecundado? (1 h).
 - b) ¿Cuándo termina la implantación en la pared del útero? (14 días).
 - c) ¿Al cerrarse el tubo neural y considerarse embrión humano? (28 días).
13. Al final del primer mes, el embrión estará perfectamente formado. medirá escasamente 1 a 2 cm de largo, pero tendrá cabeza (más grande en proporción al cuerpo) y encerrará cerebro ya especializado y señalada la formación de ojos, orejas y boca, y aparato digestivo, hígado y riñones a los 32 días.

Conclusiones

De la anterior secuencia de hechos fisiológicos, se puede asegurar que los métodos anticonceptivos actualmente en uso no son abortivos, calificándose como:

1. **Métodos anticonceptivos (evitan la anticoncepción):**
 - a) de abstinencia periódica: evitan que los espermatozoides encuentren al óvulo fértil en la trompa.
 - b) de barrera: impiden el paso del espermatozoide hacia el óvulo.
 - c) definitivos (salpingoclasia y vasectomía), actúan como de barrera.
 - d) hormonales: evitan la maduración del óvulo o su liberación prematura; además de inmadurez del endometrio.
 - e) dispositivo intrauterino: actúa como barrera y espermatocida.
2. **Métodos contraceptivos (evitan la nidación):**
 - a) el dispositivo intrauterino, en caso de fecundación, impide la nidación por modificación del endometrio e hipercontractilidad uterina.
 - b) hormonales que modifican el endometrio no permitiendo la nidación.
 - c) la píldora del día siguiente modifica el endometrio, evita la nidación.

3. Los métodos anticonceptivos, no son por tanto abortivos.
4. El embrión humano, se forma a los 28 días después de la fecundación, con el cierre del tubo neural, antes es considerado como células madre y preembrión.

REFERENCIAS

- Conceptos Básicos de Planificación Familiar. Sub. Dir. Médica del ISSSTE, 1978, México, D.F.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título I, Artículo 4°. Colección Leyes y Códigos. Edit. Anaya, S.A., Febrero, 1996. México, D.F.
- Documentos Pontificios 44. Carta Encíclica *Evangelium vitae*, del Papa Juan Pablo II, cap. IV, p. 91-97 y de la p. 164-176, Edic. Vaticanas.
- D'Onofrio F: "Anticoncepción y métodos cíclicos". *Rev. Medicina y Ética*, vol. I, No. 1, 1990. Universidad Anáhuac, México.
- Gispert CJ: "*Prevención del Embarazo no deseado*". Cap 20. p. 252-254, edit. ALFIL, 2004.
- Hortelano A: "Moral de bolsillo", Edit. Sígueme, Salamanca, España, 1989;209-211
- Kuthy Porter J, de la Escosura G: "Ética y Medicina en México". *Rev. Medicina y Ética*, vol. I, No. II, p. 247-260, 1990, Universidad Anáhuac, México.
- Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Título III, Capítulo VI, Artículos 67 al 71, p. 27-29, y Servicios de Planificación Familiar, Cap. VI, p. 311-312, Ediciones Delma, agosto, 1995, México, D.F.
- Marcó Bach FJ: "Anticoncepción o métodos artificiales de regulación de la fertilidad". *Rev. Medicina y Ética*, vol. IV, No. 4, p. 53-73, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Marcó Bach FJ: "Métodos naturales de regulación de la fertilidad". *Rev. Medicina y Ética*, vol. IV, No. 4, p. 75-97, Univ. Anáhuac, México.
- Mele V, Sgreccia E: "Los antiandrogénicos en el tratamiento del comportamiento sexual violento, reflexiones éticas". *Rev. Medicina y Ética*, vol. III, No. IV, 1992, Univ. Anáhuac, México.
- Programa de Planificación Familiar Voluntaria. Sub. Direc. Gral. Médica del IMSS, 1975, México.
- Riesgo Reproductivo. Temas de Planificación Familiar, IMSS, Acad. Méx. de Invest. en Demografía A. C., México, 1985.
- Roldán González J: "*Ética Médica*". Cap. 17, p. 187-199, Edit. Librería Parroquial Clavería. 3° Edic., México, D.F., 1990.
- Rueda R: "Reproducción Humana". *Planificación Familiar*, vol. 3, p. 205. ACEP, Bogotá, Colombia, 1980.
- Thompson JB, Thompson HO: "*Ética en enfermería*". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México D.F., 1992.
- Van de Velde THH: "*Fertilidad y esterilidad en el matrimonio*", Edit. Diana S.A., Cap. I, p. 21-57, México D.F., 1953.

Aborto inducido y terapéutico

“Los humanos deben ser responsables de las consecuencias de su conducta”.

“La sexualidad debe ejercerse con profunda responsabilidad”.

DEFINICIÓN

La palabra **aborto** procede del latín *aboriri* cuyo significado literal corresponde a *estropearse*, algo que no llega a su fin natural. Al desglosar esta palabra, el adjetivo “*ab*” denota movimiento que se aleja (por extracción, retiro, separación o remoción), de un punto de origen fijo, *oriri*. Por tanto, desde el punto de vista etimológico el concepto de aborto es de separación o remoción de un huevo supuestamente fertilizado y anidado. Médicamente el aborto es la expulsión de un embrión o feto humano antes de la semana 28 de gestación.

CLASIFICACIÓN

De acuerdo a la edad gestacional, el aborto se divide en:

- Aborto ovular, que incluye el acontecimiento en los primeros 20 días de gestación.
- Aborto embrionario, el presentado antes de la semana 8 de embarazo.
- Aborto fetal, de esta fecha hasta la semana 28 de gestación.
- Al continuar el embarazo no se denomina aborto, sino producto:
- Producto inmaduro de las 28 a las 32 semanas de gestación.
- Producto prematuro de las 32 a la 38 semanas y
- Producto a término de la 38 a la 42 semanas de embarazo.

CAUSA DEL ABORTO

De acuerdo a la causa del aborto se pueden clasificar en: natural o espontáneo y en: inducido o provocado y como subgrupo de esta última modalidad, el aborto terapéutico.

El **aborto espontáneo** o llamado también natural porque es producido por la propia naturaleza, no es tributario de responsabilidad bioética médica, al ser consecuencia de condiciones fisiopatológicas maternas o fetales por ahora fuera de prevención, control o tratamiento conservador.

El **aborto inducido** es el provocado por maniobras médicas o quirúrgicas; no siempre realizadas por profesionistas y generalmente a solicitud de la embarazada; con el fin de interrumpir la gestación no deseada o inconveniente. El personal que lo realiza o propicia puede incurrir en responsabilidad bioética o legal.

El **aborto terapéutico** es aquel realizado, por personal médico, de acuerdo con la bioética médica cuando está bien fundamentado y el embarazo ponga en grave peligro la vida o la integridad de la madre. En cuanto a la ley, en algunos países se concede este tipo de aborto cuando la gestación es resultante de violación o se tuviese la certeza de malformaciones congénitas físicas o mentales del producto, incompatibles con futura vida digna.

ABORTO NATURAL

No se tratará este tipo de aborto, puesto que no ofrece discusión bioética, al no existir responsabilidad médica.

La obligación del médico es atender en estos casos las amenazas, los abortos en evolución y los incompletos, en este caso con acciones médicas o quirúrgicas de limpieza de cavidad, perfectamente éticas y lo reprobable sería abstenerse de ello.

ABORTO INDUCIDO

Existen diferentes puntos de vista con respecto al momento considerado como inicio del embarazo; la polémica se centra en las fases iniciales de la gestación. ¿Debe ser el inicio de la gestación el momento de la fusión de los gametos masculino y femenino para dar origen a un nuevo ser? o bien ¿cuando este óvulo fecundado llega al útero y logra su implantación? Si no existe nidación no será posible el desarrollo del huevo y tampoco habrá “aborto”, puesto que no existirá remoción o extracción del huevo. Médicamente se considera inicio de la gestación cuando el óvulo fecundado se anida en el endometrio. El criterio moral considera el inicio de la vida al momento de la fecundación.

En la génesis del aborto inducido, debe tomarse en consideración los puntos de vista médicos, morales y legales.

CRITERIO MÉDICO

La ética del médico se funda en el “Juramento de Hipócrates” vigente desde hace más de 2 000 años y en las modificaciones subsecuentes que han procurado actualizarlo. El estu-

diante de medicina, durante el acto solemne de recepción del título, se compromete a cumplir los principios de este código, donde se asienta “no recetaré a mujer alguna un pesario abortivo”. Esto habla claramente de las enseñanzas éticas que recibe un médico para el ejercicio de su profesión.

En las actualizaciones de este juramento, se conserva invariable la negativa al aborto inducido. Véanse códigos de bioética médica, en cada uno de ellos se hace patente el repudio al aborto provocado.

La enseñanza y ejemplo de maestros de la facultad de medicina y de posgrado, ha influido en normar un criterio médico hacia la no inducción del aborto. Socialmente en México se pone en entredicho el prestigio y ética del médico practicante del aborto inducido.

CRITERIO MORAL

La mayoría de la población mexicana es de creencias cristianas y profesa la religión católica, se tomarán en consideración las directrices emitidas por esta iglesia; que parte del siguiente postulado: “Dentro del proceso de gestación, la vida comienza en el preciso momento en que se realiza la fecundación y como dogma de fe se afirma que en esta unión se recibe el alma”.

El Papa Pío XII, en 1944 excluyó claramente el aborto inducido: “El médico no tiene derecho a disponer de la vida del niño o de la madre. Nadie en el mundo, ninguna persona privada, ningún poder humano puede autorizarle para su destrucción directa. Su oficio no es destruir la vida sino de preservarla”.

El Papa Juan XXIII, en el Concilio Vaticano II calificó el aborto como “acto abominable”.

El Papa Pablo VI, ratificó lo anterior diciendo: “El aborto ha sido considerado homicidio desde los primeros siglos de la iglesia. Nada permite hoy considerarlo de modo diverso”.

El Papa Juan Pablo II, reiteró su firme apoyo a este concepto: “La iglesia jamás autorizará el aborto por considerarlo crimen y destrucción del ser más débil”, que debe olvidarse “la cultura de la muerte” y que “nadie se atreva a vulnerar el don precioso y sagrado de la vida en el vientre materno”.

CRITERIO LEGAL

La actitud de los gobiernos ante la práctica del aborto inducido, constituye un amplio mosaico de matices que van desde la prohibición legal total y absoluta, pasando por la tolerancia condicionada, despenalización, legalización restringida hasta ilimitada y también propiciada.

Las leyes generalmente reflejan el sentimiento popular y, por tanto, influyen fuerzas positivas o negativas en la sociedad que trascienden legalmente en pro o en contra del aborto. Las corrientes conservadoras que mantienen el aborto como ilegal e incluso como criminal, son en primer lugar las creencias religiosas, los valores tradicionales y los factores culturales ancestrales.

La corriente de liberación legal del aborto se basa en las proclamas feministas que reclaman la “decisión de abortar como un derecho de la mujer” y también en la disminución de la morbi-mortalidad materna al lograr eliminar maniobras clandestinas mal realizadas.

SITUACIÓN LEGAL MUNDIAL

De acuerdo a estos valores, los distintos gobiernos del mundo han legislado su actitud frente al aborto. A *grosso modo*, puede decirse que en cinco países de Latinoamérica, el aborto es ilegal de cualquier forma, es legal en EUA y Alaska; y condicionado legalmente en el resto del continente. En Australia, el mundo árabe y en casi todos los países de África el aborto es condicionalmente legal, así como en Europa Oeste, con excepción de Portugal e Irlanda donde no está permitido; es generalmente legal en Europa del Este, Holanda, Rusia, Asia, Suiza, India y Japón; en Oceanía es generalmente ilegal.

Cuando en 1973 el Tribunal Supremo de EUA legalizó la interrupción del embarazo, incluía todas las técnicas y métodos utilizados para su realización, sin especificar edad gestacional. A fines del año 2003, el presidente de ese país prohibió un método específico de aborto llamado “nacimiento parcial” consistente en inducir el parto en embarazos ya no susceptibles de legrado y obtenido el producto (fuera del útero), descerebrarlo realizando destrucción cruenta del bulbo (sección por la base del cráneo). Esta prohibición fue aprobada por ambas cámaras del Congreso. Parece perfectamente ético y moral acotar el tiempo de gestación para no caer en infanticidio, a menos que por padecimiento materno, no pudiera sobrevivir la madre hasta que el producto fuera viable.

España lo legaliza y prohíbe de acuerdo a encuestas de cada uno de los dos partidos políticos en el poder, siendo el conservador lo proscribire, pero al cambiar lo vuelven a permitir.

SITUACIÓN EN AMÉRICA LATINA

El aborto está penalizado y absolutamente prohibido en la República Dominicana y en Haití. Las legislaciones de El Salvador, Panamá, Colombia y Bolivia solamente lo aceptan bajo circunstancias médicas muy críticas. En forma muy restringida, cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la madre, se acepta el aborto en Nicaragua, Paraguay y Venezuela. Condiciones menos restrictivas o incluso tolerables, cuando además del riesgo materno se incluyen otras circunstancias como casos de violación son las legislaciones de México, Argentina, Brasil, Chile Ecuador, Guatemala, Costa Rica, Perú y Honduras y en el caso de Cuba se contempla también en caso de sospechase alguna malformación congénita. Uruguay permite también el aborto por razones de problemas económicos, siempre y cuando se realice antes de la semana 12 de gestación.

SITUACIÓN LEGAL EN MÉXICO

En la República Mexicana, el aborto se halla legislado en los artículos 325 y del 330 al 333 del Código Penal Federal como ilegal, marcando penalización para los infractores. Esta intolerancia está condicionada; permite el aborto terapéutico y en gestaciones consecuentes a violación. En el artículo 22 del Código Civil Mexicano se determina que la capacidad jurídica del individuo se adquiere desde el momento de la concepción (lo cual ampara al feto) y se pierde con la muerte. Esto es, concede al feto los mismos derechos que a los adultos.

El Estado de Chiapas legisló en 1990 la despenalización del aborto en su territorio. En la Cámara de Diputados federales, se hicieron intentos fallidos para lograr despenalización para toda la República.

El 29 de enero del año 2002, la Suprema Corte de Justicia de la Nación falló a favor de la despenalización de algunas causales de aborto; admitiéndose el aborto eugenésico (caso de grave malformación del producto); sin embargo, por este concepto su constitucionalidad fue impugnada. Quedó aprobado por causa de violación, inseminación artificial no consentida y cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer (aborto terapéutico). Falta su promulgación legal y publicación en el Diario Oficial de la Federación. Se pretende también agregar, como está permitido en el Estado de Yucatán, el aborto cuando la situación económica de la madre no permite sostener al futuro hijo.

LEGALIZACIÓN O DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO

Permitir o propiciar legalmente el aborto es práctica cada vez más frecuente en la mayor parte de los gobiernos; siguiendo las presiones tendientes a su liberación, en oposición a las conservadoras. Existen por tanto dos corrientes, una a favor de despenalizar el aborto y otra de mantenerlo penalizado.

A FAVOR DE LA DESPENALIZACIÓN O LEGALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO SE CITARÁN LOS DERECHOS DE LA MUJER

Los y las feministas aducen derechos de la mujer en contra de los del feto; es decir, “enfrentamiento o colisión de derechos” basados en que la futura madre arriesga su salud (física, mental y social) y que la vida del producto debe subordinarse a la salud y solicitud de la madre. Si la madre arriesga la vida, sería recomendable el aborto terapéutico, pero normalmente la integridad materna no está comprometida. No se trata de igualdad de derechos: la madre busca conveniencias; el producto, si pudiera, clamaría por su vida.

Considerar que “la madre tiene derecho absoluto sobre el feto”, es un error científico. No es parte de ella, de la que pueda disponer libremente. Es un nuevo ser distinto a ella, con la mitad de cromosomas e información genética procedente de cada progenitor, tiene su propio y único código genético.

“Los sublimes valores del feminismo, amor, responsabilidad, maternidad, no deben degradarse con la expulsión caprichosa del hijo que lleva en sus entrañas”.

FINES EUGENÉSICOS

Japón es el típico ejemplo de país donde se legalizó y realizaron miles de abortos con fines eugenésicos, iniciados después de la contaminación atómica de Hiroshima y Nagasaki, cuando se presentaron malformaciones congénitas imputables indiscutiblemente a ese suceso. Estos abortos legales se realizaron, sin seguridad confirmatoria de defectos físicos del producto en útero, pero con fundadas posibilidades de afectación fetal.

Actualmente, las malformaciones congénitas pueden detectarse por estudios de radio diagnóstico, ultrasonido y análisis del líquido amniótico sin perjuicio del producto. Algunos defectos menores pueden corregirse con cirugía intrauterina (en fase inicial) o después del nacimiento. Los niños con retraso mental (síndrome de Down) pueden readaptarse y ser muy queridos, por dependientes y necesitar mayor cuidado, cariño y dedicación; por lo cual en muchos casos se vuelve una carga familiar.

Una malformación congénita generalmente no justifica el aborto, a menos que se trate de un producto no viable o existiendo grave afectación psicológica materna (a discusión psiquiátrica el aborto terapéutico).

PRESIONES POLÍTICAS

La legalización del aborto en los gobiernos donde se legisló, tiene un claro fin político: lograr el voto electoral de los o las activistas femeninas, al **reconocer los derechos de la mujer**, caso típico y reciente, la elección del presidente Clinton de EUA. Además es postura casi exclusiva de partidos ultraizquierdistas, para alcanzar renombre y prestigio como avanzados, progresistas, calificando a los opositores del aborto como conservadores, derechistas y socialmente atrasados por no reconocer los “derechos de la mujer”.

EXPLOSIÓN DEMOGRÁFICA

En algunos gobiernos, China como principal, el aborto inducido forma parte de los planes de disminución del crecimiento demográfico. Estadísticas demuestran que efectivamente disminuye la tasa de natalidad en gobiernos donde el aborto está legalizado, pero también disminuye en aquellos países donde no lo está, siempre y cuando se realicen firmes acciones de prevención del embarazo no deseado.

Los gobiernos deben fomentar los programas de anticoncepción, llamados de planificación familiar, que además de reducir la tasa de natalidad, cuentan con otras ventajas, y logran obtener similares resultados demográficos.

DETERIORO SOCIOECONÓMICO

Los problemas sociales (alto costo de vida, multiparidad con elevado gasto económico, escasas fuentes de trabajo, de bajo salario, limitación de servicios públicos, de salud, vivienda, escolaridad...) son factores manejados para convencer a la población de reducir la progenie en los programas de anticoncepción y también como argumento para legalizar el aborto.

También justifican legalización del aborto en base a los altos costos económicos del aborto clandestino, no alcanzables por la mayoría de las mujeres que lo desean. Al conseguirlos a bajo precio, disminuye la calidad, llegando a ser un grave riesgo de vida su utilización.

Se supone que una vez legalizado el aborto, se realizará en instituciones públicas a solicitud y todas las mujeres tendrán la misma oportunidad de abortar a bajo o nulo costo, y con menor riesgo.

DATOS ESTADÍSTICOS DE MORBI-MORTALIDAD

Para justificar la legalización del aborto se maneja la menor mortalidad materna cuando es realizado en medios hospitalarios adecuados, que en lugares semiclandestinos o completamente clandestinos.

La mortalidad comunicada por los hospitales con alta tecnología para realización de aborto legal, es muy baja: de 2 a 25 por cada 100 000 operaciones realizadas en etapas muy iniciales del embarazo. No se dispone de estadísticas sobre la cantidad de abortos clandestinos realizados por lo que no se puede relacionar con los casos de mortalidad hospitalaria informada.

Existen estudios que indican que 80% de los abortos clandestinos realizados, son efectuados por médicos, muchos con especialidad de ginecoobstetricia, y realmente son verdaderos artifices, utilizando técnicas de analgesia o anestesia, asepsia e higiene, considerándose ínfima la mortalidad materna.

En cuanto a los provocados en lugar y medios impropios, por personal empírico, con técnicas inadecuadas, sin anestesia y en malas o pésimas condiciones higiénicas, no sólo es posible, sino obvio que la mortalidad debe ser más elevada.

En los gobiernos donde el aborto es legal, consideran (por datos estadísticos o de encuesta), que el aborto clandestino no ha disminuido; puesto que las largas filas de espera en hospitales o clínicas de "regulación de la fertilidad" donde los realiza el gobierno, generan tal retraso que cuando llega el turno para su realización, el tiempo de gestación rebasa el límite permitido para llevarlo a efecto; teniendo que recurrir antes al aborto clandestino. Por lo anterior se asegura que el aborto legal no disminuye el inducido.

CRITERIOS SOBRE LEGALIZACIÓN Y DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO INDUCIDO

CRITERIO DE BIOÉTICA MÉDICA

En todos los lugares donde se legalizó el aborto, la oposición al cambio fue tibia, negligente, sin esforzarse por mantener los principios bioéticos que guarda la profesión. Las Asociaciones, Federaciones y Asambleas Médicas del propio país y de todo el mundo manifestaron su repudio, sin embargo, la presión feminista se manifestaba generalmente con estrépito y los gobiernos cedieron ante tal acoso, en otros casos, asegurar más votos en las urnas llevó desde la campaña política para elección presidencial a otorgar esta concesión.

La Federación Nacional de Médicos para el Respeto a la Vida Humana en París (junio de 1974) manifestó con respecto a la legalización del aborto en su país: "La Federación se une a los médicos de Francia, sobre todo cuando afirman que el aborto no es un acto médico. Por la dignidad de la vida humana, por la salud de nuestros pacientes, por la integridad de la profesión médica, lanzamos un llamado para que sean suprimidas las leyes que permiten el aborto...".

La resistencia médica que todavía existe en la práctica del aborto inducido, parece deberse mas bien a los principios morales que a su verdadera ética médica. Si el médico, especialmente el ginecoobstetra, no tiene firmes estas bases, se dejará llevar ante las perspectivas de lucro. La práctica del aborto, sea ilegal o legal, sigue reeditando pingües ganancias.

A pesar de no haberse alterado los principios de bioética médica que sostienen como no aceptable la práctica del aborto, en los gobiernos donde se legalizó, los médicos lo realizan. Se refiere que en EUA, mientras el aborto era ilegal, los médicos estaban en contra; pero una vez legalizado, los médicos (menos los que tienen firmes convicciones morales), aparentemente cambiaron repentinamente de posición.

La conclusión en bioética médica siguiendo los códigos vigentes es no legalizar el aborto, promover acciones anticonceptivas por todos los medios posibles; ofreciendo y realizando métodos eficaces y eficientes de anticoncepción, con programas de planificación familiar; demostrar que es preferible prevenir que lamentar; no propiciar abortos que puedan generar problemas de salud, sabiendo cuan inocuos son los métodos anticonceptivos; y lograr evitar embarazos no deseados que desemboquen en abortos inducidos. Prohibir el aborto sin desarrollar al máximo los programas de anticoncepción es como luchar contra una epidemia sin realizar medidas preventivas que eviten su difusión.

El principio de **no matarás** es universal, lo mismo es legal, que ético o moral y mientras se considere al feto como una vida humana en proceso de formación, el aborto será criminal.

La ley puede renunciar al castigo, los gobiernos propiciar el aborto, pero esto no tiene relación con la bioética del médico. Las leyes las hacen los abogados, pero no es obligatorio que el médico cumpla con esta disposición, si observa las reglas y códigos de conducta que le dicta su profesión y considera esta disposición no ética o amoral, a pesar de no ser punible.

CRITERIO MORAL

La posición de la Iglesia Católica principalmente y de otras derivadas del cristianismo, es de franca oposición a la legalización y despenalización del aborto.

La Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, reitera en Roma (1947) la posición de la iglesia católica sobre el aborto inducido; y al referirse al poder civil que legisla, dice “la ley no puede abarcar el campo de la moral... y que el legislador no considera ya al aborto como un crimen contra la vida humana, toda vez que el homicidio sigue gravemente castigado”.

El mismo concepto de rechazo tiene contra la despenalización, “La ley humana puede renunciar al castigo, pero no puede declarar honesto lo que es contrario al derecho natural, pues una tal oposición basta para que una ley, no sea ley... En todo caso, debe quedar bien claro que un cristiano no puede jamás conformarse con una ley inmoral en sí misma, ni puede estar a su favor, ni apoyarla, ni colaborar en su aplicación”.

A fines del año 2004, el mismo Papa reiteró: “*para la Iglesia Católica la vida comienza en el momento de la concepción y termina en el momento de la muerte natural*”.

ABORTO INDUCIDO Y TERAPÉUTICO

OPINIÓN PÚBLICA

En la opinión pública se conjuntan las fuerzas sociales mencionadas que influyen en pro y en contra de la legalización del aborto; pero con especial controversia entre la religión y la política, ambas con diferentes, pero magníficos, medios de difusión y comunicación.

En países donde predomina la religión, la opinión pública concuerda con su iglesia en contraposición con aquellos muy politizados, donde se esgrime como estandarte la liberación femenina (hasta la fecha mera manipulación, de la cual la mujer no ha obtenido ninguna ventaja).

El pueblo mexicano es eminentemente religioso (católico) y por lo mismo no es bien vista la legalización del aborto; además el partido político actualmente mayoritario no realiza ninguna moción para lograrlo a pesar de la presión ejercida por partidos políticos de oposición (minoritarios) que propusieron a la Cámara de Diputados la legislación del aborto, sin que progresara al nivel nacional o estatal. Un estado de la república despenalizó el aborto, con manifestaciones de rechazo de todos los medios de difusión. Sigue siendo válido el aforismo *vox populi vox dei*.

POSICIÓN GUBERNAMENTAL

Despenalizar o legalizar, implica gran diferencia para el gobierno por lo cual es conveniente aclarar ambos conceptos:

- a) **Legalizar.** Implica abrogar la ley que lo prohíbe y penaliza, quedando especificado como algo a lo cual se tiene derecho y una vez promulgada esta ley, el gobierno tiene la obligación de hacerla cumplir o cuando menos debe proveer los medios para poder ejercerla a demanda de personas civiles solicitantes.

Legalizar el aborto en México, acarrearía un grave problema para el gobierno, que debería satisfacer la supuesta gran demanda inicial y futura. Se carece actualmente de infraestructura que soporte este incremento en atenciones clínicas necesarias. Al principio, siguiendo el comportamiento comunicado por los países que han legalizado el aborto, se esperaría una avalancha de solicitantes, imposible de desahogar.

El gobierno a través del Sector Salud tendría que improvisar clínicas para abortos, con quirófanos y camas o camillas para manejar las pacientes como “cirugía ambulatoria”, con alta al pasar el efecto anestésico y confirmar “posoperatorio de bajo riesgo”. Esto representa una partida especial que el gobierno destinaría al sector salud; costo extra, que por elevado (instalaciones nuevas o su adaptación, personal, materiales y equipo) resultaría difícil erogar, como gasto inicial y posteriormente operativo. Podría acaso realizarse dentro de un “programa de cirugía ambulatoria”, “cirugía de bajo riesgo” o “cirugía extramuros”, que disminuiría considerablemente el costo día-cama, pero no de personal y equipo.

En los países y estados donde tienen legalizado el aborto, a pesar de disminuir la exagerada demanda inicial, tienen largas filas de espera, porque la solicitud de servicios

supera la oferta operativa en instituciones de salud y deben recurrir a servicios médicos privados. De otra manera, avanzando el embarazo se perdería oportunidad de realización segura y el riesgo se volvería cada vez mayor. En estos programas realizan el aborto inducido preferentemente a la semana posterior a la falta de la menstruación y como máximo a las tres semanas de atraso de la menstruación.

- b) *Despenalizar*. Implica anular las penas que se aplican al infractor de un acto calificado como ilegal. El acto debe desaparecer del Código Penal, derogándolo por irrelevante, obsoleto o innecesario, al no existir sanción.

Despenalizar el aborto en México, sería un acto meramente protocolario; de hecho no se sanciona a ningún infractor. Las penas están tipificadas en los artículos 329 al 334 del Código Penal (véase capítulo correspondiente) y van hasta ocho años de prisión para los infractores, considerados como tales al médico o comadrón que lo practica, a la mujer que lo consiente y a las personas que lo propician.

En la práctica, no se penaliza a estas personas concurrentes en el aborto inducido, debido a la imposibilidad para obtener evidencia y confesión; toda vez que no existe parte inocente ante la ley. Todos los actores son culpables, haciendo imposible confesión espontánea o acusación legal de alguna de las partes. Cuando la denuncia es interpuesta por un tercero, las partes involucradas niegan su participación a pesar de existir evidencia categórica.

CONSIDERACIONES

- 1) Para profilaxis del aborto inducido debe considerarse que la mayor parte de ellos, sino todos, son realizados por embarazos no deseados, cualquiera que sea el motivo; por lo cual debe ser preferente la anticoncepción. Desde el año de 1919, Max Hirsch sentenciaba: *“El que intenta luchar contra los medios abortivos y prohíbe los anticonceptivos, es como el que lucha contra la epidemia y prohíbe a la vez la desinfección”*. Opinión actualmente válida y que con entusiasmo se comparte.
- 2) Realizar anticoncepción a todos los niveles y por todos los medios disponibles de comunicación personal o masiva, prevención de embarazos no deseados y evitar que las “futuras madres sacrifiquen el producto que llevan en sus entrañas al haberlos concebido en forma irresponsable”.
- 3) Despenalizar el aborto no cambiaría en nada el orden bioético médico, ni gubernamental en México, si acaso el moral; seguiría realizándose cuando menos por las mismas personas que actualmente lo practican, en los mismos lugares (generalmente clínicas), a similar costo y a todas las demandantes, sin filas de espera ni compromisos institucionales del Sector Salud. Los médicos en forma privada, seguirían prestándose de acuerdo a sus creencias morales como acontece en los países donde el aborto se halla legalizado o despenalizado.

Desgraciadamente, las mujeres de bajo ingreso económico seguirían recurriendo a abortos clandestinos generalmente incompletos o sépticos, dado los medios donde los consiguen. Esto realmente representa un grave riesgo de salud que no mejoraría con la simple despenalización. Faltaría el apoyo tecnológico de Instituciones del Sector Salud para que el servicio fuese gratuito y realmente accesible a toda mujer por igual.

- 4) La moral cristiana siempre mantendrá una posición rígida de no aceptación del aborto, en ninguna etapa del desarrollo embrionario. Puede con toda validez y derecho vetar el aborto e imponer penas morales a sus infractores; además hacer proselitismo antiaborto dentro de su comunidad religiosa. Las leyes deben variar de acuerdo a la evolución conceptual y necesidades de la humanidad, promulgándose bajo el criterio general de la población. El Estado y la Iglesia pueden tener diferentes criterios y no ser compatibles.
- 5) “Es menester mantener y reafirmar el criterio bioético médico: tratándose de abortos por solicitud voluntaria, caprichosa, interesada o egoísta de la mujer, ésta no puede aducir tener el derecho absoluto sobre su cuerpo y exigir de ninguna forma (ética, moral o legal) se le practique un aborto”. En este caso no puede concordarse con la opinión feminista del: “derecho de la mujer sobre la disposición de la vida del producto”. ¡Definitivamente no se está de acuerdo con el aborto inducido producto de un embarazo negligente! Se considera, sin embargo, la ampliación del concepto de aborto terapéutico.

ABORTO TERAPÉUTICO

CONCEPTO

Es aquel que se realiza legalmente en casi todos los países y con bases de bioética médica para salvar la vida de la madre, cuando de continuar el embarazo, corre grave riesgo su integridad física o mental, o cuando se pronostica que la madre fallecerá antes que el producto sea viable. No es la elección entre dos vidas, lo cual sería muy discutible para determinar cual de las dos tiene mayor valor, solamente es adelantar la muerte de un producto irremisiblemente condenado a morir, en aras de salvar la vida materna.

FUNDAMENTO BIOÉTICO MÉDICO

Para que el aborto sea considerado terapéutico y por lo mismo aceptado bajo el concepto de la bioética médica y no existir duda para su indicación, deben estar bien fundamentados los siguientes principios clásicos:

- Diagnóstico correcto e imposibilidad de tratamiento alternativo al aborto.
- Incapacidad médica para salvar al binomio madre-hijo.
- Muerte materna segura de continuar el embarazo.
- Producto no viable antes de la muerte materna.
- Grave daño físico, mental o social de la madre en caso de continuar el embarazo.
- Recuperación de la madre después de abortar.
- Demostrar que el producto no podrá tener vida digna.
- Solicitud y autorización de la madre y cónyuge o personas responsables.

DIVISIÓN

Tratándose de aborto terapéutico se hace la división entre directo e indirecto.

Aborto terapéutico directo

Definición. Es la acción realizada médica o quirúrgicamente sobre el producto, sus membranas o placenta para provocar la muerte o su desprendimiento, con objeto de salvar la vida materna que supuestamente perderá de continuar el embarazo.

Consideraciones previas

1. La obligación del médico es preservar o restaurar la salud de los humanos.
2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a ésta como *“el completo bienestar físico, mental y social del individuo y no solamente la falta de enfermedad”*.
3. La obligación del médico debe ser considerar estos tres aspectos ante cualquier padecimiento o circunstancia que afecte la salud humana.
4. Desde este punto de vista deberían considerarse tres vertientes inseparables en la génesis del aborto terapéutico: **causa de salud física, mental y social**.
5. Debe incluirse en medicina el concepto de **Embarazo de Riesgo Mortal** para aquellos embarazos que conllevan la plena seguridad de muerte materna, del producto o de ambos, como cúspide del concepto aceptado de embarazo de alto riesgo y desde luego para cuando exista inminencia de suicidio, lo que acontece cuando la madre antepone su propia vida a cualquier otra circunstancia (embarazo en este caso).
6. No ofrece controversia bioética médica la determinación de interrumpir un embarazo cuando existe riesgo mortal por agudización de un embarazo de alto riesgo físico (aborto terapéutico), por lo mismo:
7. Tampoco debería dudarse ante inminencia de muerte materna (por suicidio) derivado de problemas mentales o sociales producto de un embarazo no deseado.

Causas bioéticas de aborto terapéutico

Causas de salud física. Se mencionan las principales causas de aborto terapéutico consideradas dentro de los cánones éticos y corresponden a exclusivamente a causas físicas:

1. **Enfermedades clásicas.** Antes solamente se justificaba el aborto terapéutico en ciertos padecimientos no controlables, en los cuales el embarazo aparece como causal o agravante (toxemia gravídica, nefropatías, cardiopatías, tuberculosis, etc.), que ponía en grave peligro la vida materna y como consecuencia la vida del producto. Con los adelantos actuales, estos y otros padecimientos pueden tratarse convenientemente y no siempre justifican el aborto terapéutico, al descender el riesgo mortal. Sin embargo, de ser incontrolables y progresar el deterioro materno, no debe dudarse interrumpir el embarazo (ante la posible muerte o secuelas en la madre o producto).
2. **Malformaciones del producto.** Enfermedades graves o malformaciones congénitas detectadas antes del parto e incompatibles con la vida intrauterina o extrauterina (p. ej.,

anencefalia), justifican el aborto puesto que el producto está condenado irremisiblemente a morir y para la madre puede ser muy angustiioso continuar un embarazo inútil. En caso de que dichos padecimientos no sean mortales para el producto, pero que produjeran un recién nacido posteriormente incapaz de jamás valerse por sí mismo o con la certeza de un recién nacido monstruoso, sin curación, debe considerarse como aborto terapéutico y justifica condescender a la solicitud de los interesados.

3. **Enfermedades del producto.** Embarazos con padecimiento transmisible fetal mortal a corto plazo para el producto (sin tratamiento médico efectivo preventivo o curativo, (p. ej., como el SIDA sin tratamiento materno), donde el hijo tendrá escasa supervivencia, con existencia infrahumana y futura orfandad, debe considerarse seriamente la posibilidad de considerar este tipo de abortos como terapéuticos, o mejor dicho, como preventivos. Existen sin embargo, otros casos de padecimientos fetales no tan vitales, como rubéola materna durante el inicio del embarazo, que ocasionalmente produce ceguera, u otras malformaciones menores detectadas en “diagnóstico genético prenatal” que de demostrarse, debería someterse al juicio del médico psiquiatra para determinar si realmente esta condición produce una psicosis de angustia y de ser así, antes de aceptar la realización de un aborto como terapéutico, consultar con un genetista, además de obtener autorización por consenso del Comité Hospitalario de Bioética Médica, donde supuestamente se realizará.
4. **Tratamientos especiales.** Embarazadas que necesitan tratamiento muy agresivo o fatal para el producto y que de no aplicarse oportunamente la paciente fallecerá, teniendo posibilidades de curación, mejoría o mayor supervivencia (indicación médica de radiaciones, quimioterapia, citotóxicos, teratogénicos o mortales para el producto), justifican bioética y médicamente el aborto terapéutico previo a la administración; puesto que el producto perecería o sufriría graves consecuencias.
5. **Embarazo anembriónico.** Los nuevos métodos de diagnóstico (ultrasonido, sonograma, etc.) muestran embarazos sin embrión (crecimiento uterino, análisis positivos a embarazo por actividad coriónica de placenta, pero sin producto dentro del amnios, ¿expulsión previa?) en cuyo caso es conveniente realizar un legrado (no constituye aborto terapéutico por no existir producto), sin esperar el aborto placentario espontáneo que pudiera ser más problemático por presencia de hemorragia o infección.
6. **Padecimientos genéticos.** Véase diagnóstico genético positivo en el tema de biogenética. También deben considerarse posibles problemas cuando la concepción del producto se realiza antes o durante ciertas terapias agresivas para óvulos y espermatozoides.

Criterio de bioética médica y moral en aborto terapéutico

El aborto terapéutico, cuando está plenamente justificado siguiendo las indicaciones médicas recomendadas, es aceptado en bioética y siendo la intención salvar a la madre de la muerte, a expensas de un producto sin oportunidad de vivir, no cabe la menor duda médica en cuanto a su legitimidad.

Legalmente el aborto terapéutico con fines médicos por causa de salud física o violación, es aceptado en casi todos los gobiernos, incluido el de México.

Sin embargo, la posición moral se opone de modo categórico, sin variación desde 1951, cuando el Papa Pío XII reiteraba conceptos ancestrales *“El atentado directo a la vida humana como medio para un fin –en el presente caso para el fin de salvar una vida– es ilícito”*.

Consideraciones

En la práctica del aborto terapéutico cuando se presenta la disyuntiva entre la vida de la madre o la del producto, sin otra alternativa, el médico generalmente optará por salvaguardar la vida de la madre, porque si ésta fallece, el producto también lo hará, sacrificando al futuro hijo, sin aducir jamás el mayor o menor valor de uno de ellos.

Esta decisión se toma por considerarse **Embarazo de Alto Riesgo**; pero ante un **Embarazo de Riesgo Mortal** con posibilidad de pérdida de la vida (suicidio) o por grave deterioro de la salud mental (enajenación) por problemas sociales, no se estará solamente ante un dilema, sino ante una ardiente polémica todavía no definida.

Causas de salud mental

Neurosis de angustia grave

Como rechazo psicológico al embarazo, ha sido reclamada como causa justificada de aborto. Aquí no está en juego la vida de la futura madre, solamente su estado emocional, y mientras no sea grave, no justifica sacrificar al producto que se desarrolla normalmente, a menos que existiendo un trastorno psiquiátrico que haga temer por la vida de la embarazada (suicidio o locura), se justifica el aborto terapéutico. El criterio del médico psiquiatra debe ser definitivo, preferentemente dentro del Comité Hospitalario de Bioética.

Incapacidad para ser madre

Debe considerarse más ampliamente la real capacidad de la embarazada para lograr desempeño como verdadera madre. La edad cronológica puede no corresponder a la fisiológica; esto es, de acuerdo a su desarrollo físico y mental, hay niñas o mujeres de 12 o 14 años; deben alcanzar su pleno desarrollo y tener “edad reproductiva”; comprender lo que significa ser madre y poder afrontar sus consecuencias (también esta circunstancia cae dentro del ámbito social). Igualmente, mujeres con retraso mental o ciertos padecimientos físicos, verdaderas minusválidas, que jamás podrán cuidar a su hijo, no sería ético forzarlas a continuar con el embarazo. Certificados de salud física y mental (psiquiátrico) y aprobaciones de comités de ética, podrán aprobar la solicitud de interrupción de embarazo, bajo el rubro de aborto terapéutico.

Violación o estupro

La ley en México permite el aborto en caso de violación y a pesar de no indicarlo en estupro, debe suponerse igualmente legal y puede ser ejercido y exigido como un derecho; sin embargo, por este particular hecho, no lo se considera ni médica ni bioéticamente justificable. Socialmente la violación es un acto criminal abominable, pero para justificar un aborto terapéutico debe considerarse médicamente su impacto psicológico, no su legalidad jurídica. Existiendo neurosis de angustia producida por el **stress** que representa este acto brutal, a veces tumultuoso, la valoración psiquiátrica debe ser imprescindible para determinar hasta que punto pone en peligro la integridad física y psíquica de la agredida, y conocer si se incluye en la categoría de neurosis de angustia grave que justifique el aborto terapéutico.

Antes de saber si existe o no embarazo, en casos de violación, sea en periodos o no de fertilidad, debe recomendarse y es permisible en bioética médica e incluso moralmente, administrar medicamentos (carga de estrógenos “píldora poscoito”) que impidan una probable implantación del posible óvulo fecundado. Esto debe realizarse antes de 72 h después de la violación, o puede efectuarse un legrado terapéutico por aspiración inmediato, sin esperar a demostrar un embarazo.

Embarazo no deseado

Cuando se presenta un embarazo no deseado, sea por no llevar método anticonceptivo o falla de método con pareja estable, o ser consecuencia de relaciones furtivas en adultas o adolescentes, no estar “programado o no esperar” un embarazo o simplemente considerarlo un estorbo, etc., pueden llegar a ser tragedias; pero son solamente razones de conveniencia, donde no se justifica el aborto terapéutico.

Condescender en estas condiciones sería realizar un aborto inducido; a menos que exista como en casos anteriores, padecimiento psiquiátrico que ponga en peligro la integridad físico o psíquica de la embarazada, y no solamente un capricho, se podrá plantear el aborto como acción terapéutica.

En México D.F., Monterrey y Guadalajara funcionan instituciones no gubernamentales, de filiación católica, donde las embarazadas con hijos no deseados que solicitan realización de aborto, son internadas y ocasionalmente convencidas durante su estancia de no abortar, conservar y luchar por el hijo o en su defecto darlo en adopción, a lo cual colaboran.

Causas de salud social

Rechazo social

No se trata de causa bioética médica propiamente dicha, pero posiblemente el médico (general o psiquiatra) sea requerido para opinar en caso de rechazo social; que puede deberse a problemas de tipo familiar, laboral, comunitario y llevar a la embarazada a perder su modo normal de vida social o a caer en vida no digna.

Para considerar la posibilidad de aborto terapéutico, debe estar en grave peligro la integridad psíquica (no la social) de la gestante. De no ser así no caería en la esfera médica, sino en la social o política de legalización o despenalización, en cuyo caso habrá médicos con prejuicios para realizar abortos inducidos y otros que los llamarán terapéuticos, pero siempre habrá quienes justifiquen esta acción.

Este concepto de aborto terapéutico por causas de salud mental o social, no está legalizado y pudiera ser poco compartido; incluso, acarrear problemas éticos, morales y sobre todo legales a los participantes, que con intención de hacer el bien médico practique un aborto terapéutico con estos fines.

Cuando esto suceda, el criterio de aborto terapéutico por indicación psiquiátrica deberá plantearse en base a grave o inminente riesgo de vida, la solicitud debe partir de la gestante o del médico tratante y apoyarse en el consenso de una “junta médica” realizada cuando menos con el profesional tratante (médico familiar o de cabecera), un psiquiatra o un psicólogo en su defecto, un médico general o internista, no comprometido en el caso y el obstetra que supuestamente realizará el acto, dentro del comité hospitalario correspondiente y existiendo unanimidad de criterio, se someterá el resultado afirmativo o negativo a la consideración de la embarazada, que actuará conforme a conciencia.

El aborto por causas de salud mental o social (siendo este último por manifestación psiquiátrica), será difícil de aceptar por público y legislación. Parece un juicio legal ante un tribunal, donde “el delito es el perjuicio del feto sobre la salud de la madre y éste debe ser tan grave para que el veredicto sea la pena capital del producto”.

Posiblemente algún día sea legislada esta interpretación del concepto salud universalmente aceptado; mientras tanto, los médicos deben abstenerse de practicar el aborto terapéutico que no corresponda a las causas por enfermedades clásicas que son éticamente aceptadas y las legalmente permitidas.

Finalmente se recuerda “cuando la mujer con apoyo de su pareja si la hubiese, desea abortar, el médico no está obligado a realizar dicho acto (sea legalmente autorizado o penalizado, y a pesar de estar dentro de su campo de competencia) puede lícitamente negarse apelando a su ética o moral (objeción de conciencia, libertad de pensamiento o libertad moral).

Aborto terapéutico indirecto

Es el realizado sin o contra los propósitos de quien lo realiza, pero como una acción consecuente con un acto quirúrgico que salvará la vida de la madre, situación que se presenta en muy contadas ocasiones, por ejemplo, histerectomía por cáncer uterino o fibromiomas múltiples coincidente con embarazo. Al extirpar la matriz, se extrae el producto dentro de la pieza operatoria, sin haber realizado acciones abortivas directas.

REFERENCIAS

- Abortions laws. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza, 1971.
- Bracken MB et al.:** “Factors associated with instillation-abortion time during saline instillation abortion”, Rev. American Journal of Obst. and Gynecol., vol. 114, No. 1; sept., 1; 1972.
- Código Penal para el Distrito Federal. Título décimo noveno, Cap. VI, art. 329-334, p. 154, Edit. ALF, junio 1996.
- Corrado Viafora:** “El debate en la bioética ¿Tiene el feto derecho a la vida?”. Rev. Medicina y Ética, vol. II, No. 4, p. 467-476, 1991, Univ. Anáhuac, México.
- Documentos Pontificios 44. Carta encíclica *Evangelium Vitae*, del Papa Juan Pablo II. Cap. III, inc. 57-60, p. 101-114, e inc. 74, p. 137-139, Ed. Vaticanas.
- Hall RE:** “Supreme court decision on the Abortion”. Rev. American Journal of Obst. and Gynec., Vol. 116, No. 1, May., 1973.
- Hortelano A:** “*Moral de Bolsillo*”. Ed. Sígueme. Salamanca, España, 1989;89-94.
- Juan Pablo II:** Carta encíclica *Evangelium Vitae*, inciso 13, p. 23-25, Documentos Pontificios 44, Ediciones Vaticanas.
- Kenneth R, Niswander MD et al.:** “Psychological reaction to the therapeutic abortion”. Rev. American Journal of Obst. and Gynecol., vol. 114, No. 1, Sept. 1972.
- Roldán Gonzalez J:** “*Ética Médica*”. 3a. ed cap 19, p. 211-230. Librería Parroquial de Clavería, México, D.F., 1990.
- Rueda R:** “*Reproducción Humana*”. vol. 3, p. 153-173. Planificación Familiar, vol. 3. ACEP. Bogotá, Colombia, 1980.
- Thompson JB, Thompson HO:** “*Ética en enfermería*”. Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México, D.F., 1992.
- Tietze Chistopher, Murstein Majorie C:** “*El aborto inducido; compendio de datos*”. Informes de la Población & Planificación Familiar. No. 14 (2a ed), diciembre 1975, ACEP.

Procreación asistida (procreática)

“Todos los métodos utilizados para lograr la concepción de una pareja estéril serán válidos, puesto que el fin es loable; mientras el procedimiento en su fundamento se considere ético”.

GENERALIDADES

Cuando una pareja desea y no puede procrear descendencia, recurrirá como una necesidad y derecho a métodos idóneos que le permitan lograr su objetivo.

La infertilidad en una pareja puede deberse a diversas causas etiológicas y su tratamiento puede lograrse con medidas psicológicas, médicas o quirúrgicas en uno o ambos cónyuges. Cualquiera de los dos puede ser estéril; en casos de infertilidad, cada miembro de la pareja tiene la misma posibilidad de ser el responsable; o puede suceder que siendo ambos fértiles, no logren el embarazo deseado.

De acuerdo a la causa, habrá que realizar diferentes procedimientos que resuelvan cada caso particular, de acuerdo al diagnóstico y la dificultad para fecundación, nidación o desarrollo fetal.

CLASIFICACIÓN

Ante estas eventualidades, los procedimientos actuales en uso para llevar a cabo la procreación asistida (considerando fracasadas las acciones médicas o quirúrgicas tendientes a curar la esterilidad particular de cada miembro de una pareja), son los siguientes:

- I. Fecundación intracorpórea:
 - Inseminación artificial.
 - Fecundación asistida.

2. Fecundación extracorpórea:
 - Implantación del ovocito o del embrión.
3. Fertilización artificial.

Cada uno de estos métodos tendrá su indicación precisa, unos servirán para solución de problemas de infertilidad de pareja, otros para casos de esterilidad de uno o incluso de ambos miembros de la pareja y al mismo tiempo puede obtenerse material de experimentación.

CONCEPTOS

Fecundación intracorpórea

Es aquella en la cual los gametos masculino y femenino se unen (como normalmente se realiza la fecundación) sin manipulaciones ni artificios, continuando con su migración, implantación en el útero y ulterior desarrollo fetal. Cuando la fecundación no se desarrolla fisiológicamente, se recurre a la:

Inseminación artificial

Para su realización, la mujer debe ser fértil y estar ovulando. El óvulo no se manipula. Se colecta semen del varón para depositarlo en el interior del útero. Este semen puede ser fértil o será menester recurrir a un donante. De acuerdo al caso, la inseminación será homóloga o heteróloga. Con este procedimiento se evidencian los impedimentos que puedan existir en nivel de vagina y cérvix uterino, pero es indispensable que el endometrio se encuentre en fase receptiva y las trompas de Falopio permeables al espermatozoide y al óvulo fecundado.

- a) **Inseminación artificial homóloga:** en este caso, ambos miembros de la pareja son fértiles, pero con impedimento en la fecundación del óvulo. El semen de la pareja, obtenido por masturbación o coito con preservativo (en este último caso debe utilizarse condón seco, sin lubricante que llevan generalmente un espermaticida para mayor eficacia en su utilización más generalizada). Se recolecta y deposita artificialmente (con jeringa) dentro de la cavidad uterina.
- b) **Inseminación artificial heteróloga:** en caso de varón infértil, puede utilizarse espermatozoide de donador, familiar, anónimo o de banco de semen. En este tipo de inseminación siempre es preferible tomar en cuenta para su realización los siguientes conceptos:
 - El varón infértil debe dar su anuencia y expresar deseo consciente y permiso para aplicación del método a su cónyuge.
 - Siempre será un hijo deseado, aceptado y amado.
 - La pareja podrá alcanzar mayor satisfacción con un hijo donde está implícita cuando menos la herencia materna, que con uno adoptado.
 - Satisfacer el deseo de embarazo y lograr la maternidad y paternidad deseada.
 - Social y familiarmente puede ser necesaria para asumir públicamente la paternidad y maternidad del hijo.
 - Necesidad de ocultar o disimular la esterilidad masculina.

Fecundación asistida

Implica la manipulación de los gametos extracorpóreamente, su preparación y posterior fecundación intracorpórea. Este método debe utilizarse cuando las trompas estén ocluidas. Consiste en inducir la ovulación, con endometrio maduro, obtener el óvulo por laparoscopia o laparotomía, obtener espermia fértil y hacer su separación, transferencia de gametos masculinos y femeninos a las trompas uterinas. Dentro de esta variedad de fecundación pueden darse varias posibilidades:

- Que ambos gametos sean fértiles; pero que la pareja sea estéril.
- Que el semen sea estéril, necesiándose de un donador.
- Que el óvulo sea estéril, pero con útero y endometrio en fase receptiva natural o artificial; se necesitará una donadora de óvulo.

Fecundación extracorpórea

Es la unión de gametos masculinos y femeninos, obtenidos por ovulación provocada o de donante en caso de esterilidad y de semen recolectado de la pareja o donante, según el caso. La fecundación se realiza *in vitro*, en laboratorio y una vez lograda, el ovocito se depositará en el seno materno.

La secuencia de acontecimientos sucesivos en la fecundación *in vitro* con transferencia de embriones (del inglés, FIVET) es la siguiente:

1. Tratamiento hormonal para producir una ovulación múltiple.
2. Obtención de óvulos por laparoscopia.
3. Capacitación de los espermatozoides recolectados.
4. Fecundación *in vitro*.
5. Desarrollo del cigoto *in vitro*.
6. Transferencia de embriones a la mujer.
7. Desarrollo del embarazo.

Ésta es la técnica utilizada en las **Clínicas de fertilización asistida**, donde al provocarse ovulación múltiple se obtienen de 6 a 8 óvulos útiles que se fecundan *in vitro*. De ellos generalmente se escogen los cuatro aparentemente mejores para su implantación, con el fin de asegurar uno o más embarazos. En muchas ocasiones todos se logran, originando con gran frecuencia embarazos múltiples.

De acuerdo al tiempo transcurrido entre la fecundación y su implantación, el ovocito se encontrará en diferente fase de desarrollo. En fase de mórula, se depositaran en las trompas de Falopio y en gástrula, en el endometrio.

Este tipo de fecundación, también puede ser homóloga o heteróloga, de acuerdo a la procedencia del óvulo o espermia; pero puede utilizarse cuando la mujer no tiene útero por histerectomía y recurrir a otra mujer, **útero subrogado, madre de alquiler o madre subrogada**.

Como aspectos positivos del FIVET se encuentran:

1. Resolver la esterilidad de la pareja; se logra éxito de 10 a 30 % de acuerdo a iniciales y actuales datos estadísticos.

2. Permite diagnóstico del embrión previo a la implantación, con selección de sexo y descarte de enfermedades hereditarias, que garantizará hijos sin taras genéticas.

Como aspectos negativos del método:

1. Elevada mortalidad de embriones, en el mejor de los casos de 70%, que implica (por ahora) esta complicada técnica.
2. Alto costo por tratamiento, que puede triplicarse de acuerdo al porcentaje de fallas y subsecuentes (hasta dos) intentos.
3. La existencia de embriones sobrantes puede representar un grave problema moral, social y ético por su futuro destino:
 - Almacenados por congelación.
 - Incineración al cabo de cierto tiempo sin uso.
 - Investigación biológica o genética.
 - Utilización en tratamientos medicoquirúrgicos.
 - Ofrecimiento a la industria cosmética o al mejor postor.

Una variedad del FIVET se realiza cuando existe hipospermia o espermia con escaso movimiento, ocasionando esterilidad; los pasos iniciales de maduración de endometrio y obtención de óvulo o de óvulos, es similar. Se recolectan y capacitan los espermatozoides. Los que ofrecen probables mejores condiciones (1 a 4) son introducidos en uno o más ovocitos para su fecundación *in vitro*. Los siguientes pasos son similares, desarrollo del cigoto *in vitro*, transferencia a la mujer y desarrollo del embarazo.

En caso de retrasarse el proceso de implantación, y el destino de los óvulos restantes, inducen al concepto de:

Fertilización artificial

Se llamará con este término a la fecundación realizada con gametos humanos *in vitro* y futuro desarrollo embrionario extrauterino, donde puede continuar hasta cierto límite su evolución y ser implantado en útero femenino, con resultados satisfactorios o continuar su desarrollo en laboratorio, donde puede seguir los anteriores caminos referidos o continuar su crecimiento, hasta ahora con fines de investigación, pero incierto futuro, puesto que pueden llegar a término (niños de probeta, como ha sucedido, cuando menos en Italia).

Ante estos hechos, las consideraciones recaen bajo los cánones de la investigación en humanos y biogenética; sin embargo, se suscitan hechos sociales, legales y éticos preocupantes derivados de esta actividad, por los que los investigadores deben responder:

- Momento en que debe interrumpirse el desarrollo embrionario y procedimiento a seguir con estos embriones.
- Utilización, evolución permitida y destino final de estos embriones.
- Selección, adquisición y posible comercio de gametos, óvulos fecundados y probables fetos humanos.
- Seguridad de lograr productos a término ¿cuál sería su destino?

CRITERIO MORAL

Fecundación intracorpórea

1. **Inseminación artificial homóloga.** Dice la Iglesia Católica “*Siendo este tipo de inseminación con óvulo y semen de la misma pareja y existiendo la intención legítima de procrear dentro del matrimonio, no existe ninguna objeción moral (ya que es un precepto del matrimonio cristiano el procrear hijos)*”. Algunos moralistas discuten reprochable el recurrir a la masturbación para obtener el semen masculino.
2. **Inseminación artificial heteróloga.** Este tipo de reproducción es reprobada por la Iglesia Católica; el Papa Pío XII en el IV Congreso Internacional de Médicos Católicos (septiembre de 1949) la calificó de inmoral. Tampoco está moralmente permitida la inseminación a mujeres solteras ni a lesbianas, lo cual no exenta que haya sucedido.
3. **Fecundación asistida.** Los moralistas conservadores a ultranza no la aceptan por manipulación de gametos; sin embargo, algunos menos conservadores concuerdan, que siendo un procedimiento de fecundación intracorpóreo y mismas finalidades, debe tener también iguales consideraciones morales que la inseminación artificial homóloga, negando procedencia a la heteróloga por no ser semen del marido.

Fecundación extracorpórea

Sinónimo de manipulación de células germinales y desarrollo del ovocito y futura implantación es definitivamente rechazado enérgicamente por la religión católica. Considera además, gran inmoralidad la implantación a una madre subrogada.

Los moralistas repudian con toda energía la fertilización de óvulos en exceso, sobrantes de la inseminación artificial homóloga, única aceptada, por el fin mencionado que éstos puedan tener.

El Vaticano también manifestó gran repudio, cuando en Italia se publicó el primer caso de niño de probeta desarrollado posteriormente en incubadora especial hasta feliz término. Jamás se publicó otro caso.

CRITERIO BIOÉTICO MÉDICO

Fecundación intracorpórea

1. **Inseminación artificial homóloga.** Sea asistida o no, las consideraciones bioéticas son de aceptación; solamente cambia el proceso, pero la esencia es la misma, asistiendo el derecho ante la ley y ante toda norma ética, por tratarse de pareja infértil sin poder procrear.
2. **Inseminación artificial heteróloga.** El optar por un donador, con el debido consentimiento del cónyuge estéril, es perfectamente lícito en bioética, el problema puede ser emocional o incluso legal. También bioéticamente es de considerar las razones y ponderar las causas por las que demandan este método las solteras y por ahora negarlo sistemáticamente a las lesbianas y posiblemente más adelante a los homosexuales.

- 3. Fecundación asistida.** En bioética valen las mismas consideraciones que para la inseminación, homóloga o heteróloga (que en este caso puede ser por uso de óvulo o esperma donado). El procedimiento requiere de mejor tecnología, procesamiento más difícil, complejo y costoso; pero no cambian la intención ni el fundamento, por lo que se considera perfectamente aceptado.

Fecundación extracorpórea

El procedimiento es más complicado y laborioso, pero el principio y base ética es el mismo cuando el ovocito o el embrión se implanta en útero humano vivo en condiciones de anidar, por lo que es perfectamente lícito en bioética médica. El problema de la “madre subrogada” es de tipo social, moral o legal, pero no ético. Implica problemas legales para definir previamente el “contrato” de los “padres” con la “nodriza”, con cláusulas preferentemente estipuladas ante notario, especificando legitimidad del producto y responsabilidad de gastos, puesto que en ocasiones la embarazada asume su maternidad y no quiere entregar el “hijo que incubó”.

CONSIDERACIONES

Todos los métodos de procreación artificial o asistida son considerados como el “Derecho de un pareja normalmente constituida” para lograr un embarazo deseado, que en estos casos puede ser de uno o varios hijos, que serán recibidos con ilusión y tratados con cariño y amor. Esto excluye a parejas de homosexuales o lesbianas que pudiesen solicitar esta metodología; de hecho ellas lo han solicitado; a estos tipos de parejas les resulta difícil obtener hijos en adopción y biológicamente no pueden o no desean tenerlos. Los homosexuales, obtendrán óvulos de donante inseminados artificialmente por uno o ambos miembros de la pareja e implantados en peritoneo (epiplón mayor?) para su desarrollo hasta extraerlo(s) por laparotomía.

Los embriones sobrantes bien podrían ocuparse en primer lugar, para implantación en ciertos casos de pareja doblemente estéril, pero con útero funcional, previamente preparado con endometrio receptor, lo que equivaldría a una madre nodriza; en segundo lugar, para donación de ellos a instituciones serias de investigación, a hospitales adecuados para tratamientos médicos o quirúrgicos, como implantes o trasplantes, antes que destruirlos. Hay que considerar que es válido aprovechar este material cuya obtención se logra de un propósito loable (deseo de procreación) y que tendría un fin benéfico.

En agosto de 1996 se publicó en Londres, Inglaterra, la primera destrucción por incineración de 3 000 embriones humanos mantenidos congelados por haber vencido el plazo legal para su almacenamiento. Se levantó una airada reacción internacional de grupos ultraconservadores (LIFE lo imprimió y difundió) y el Vaticano lo calificó de “masacre prenatal”. Para fines médicos de investigación o terapia, debería considerarse como: “destrucción inútil y desperdicio injusto”.

A mediados del año 2002 el Instituto CEFER adscrito a la Clínica Teknon en Barcelona, España, publica nacimiento de una niña hija de mujer infértil que logró embarazo con fecundación *in vitro* con uno de sus óvulos congelado y fecundado artificialmente con un solo espermatozoide del marido. Esto abre la posibilidad de no producir embarazos múlti-

ples, no tener que “guardar” por congelamiento embriones sobrantes y que la mujer después de la menopausia (habiendo conservado un óvulo congelado) pueda nuevamente embarazarse. Esta trascendental innovación puede significar el inicio para aceptación legal de la inseminación extracorpórea.

El día 5 de marzo del año 2003, el Comité Español de Ética propuso la autorización de embriones humanos excedentes congelados, obtenidos de laboratorios dedicados a investigación, para dar uso terapéutico de células madre, antes de su destrucción al cabo de cinco años de almacenamiento.

REFERENCIAS

- Dickens BM:** “Tendencias actuales de la bioética en el Canadá”. Rev. Bioética: temas y perspectivas. Publicación científica No. 527, p. 143-148, de la O.P.S., Washington, D.C., EUA 1990.
- Di Pietro ML, Spagnolo GA, Sgrechia E:** “Acta análisis de los datos científicos sobre GIFT. Una aportación a la reflexión ética”. Rev. de Medicina y Ética, vol. 1, No. 1, p. 9-39, 1990. Edit. Universidad Anáhuac, México.
- Hortelano A:** “*Moral de bolsillo*”, Edit. Sígueme, Salamanca, España, 1989; p. 87-89.
- Juan Pablo II:** Carta encíclica “*Evangelium Vitae*”, p. 25 y 114, Documentos Pontificios 44.
- Mac Gregor C:** “Decisiones sobre la procreación”. Simposium Ético, México, Gaceta Médica Mex., 1984;120(7-8):279-280
- Pérez Fernández del CB:** “Aspectos Jurídicos y Éticos de la procreación o la fertilización asistida”. Rev. Méd. Ética de la Univ. Anáhuac. Méx. 1994: Vol. V(IV): 443-456.
- Roldán J:** “*Ética Médica*”. México, Librería Parroquial Clavería, 3a ed., 1990; cap. 20: 235-242.

Sección III

Bioética médica social

Capítulo 14. Muerte y prolongación de la vida	161
Capítulo 15. Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna	171
Capítulo 16. Utilización de tecnología médica	189
Capítulo 17. Trasplante de órganos	197
Capítulo 18. Investigación en humanos	213
Capítulo 19. Biogenética médica	233
Capítulo 20. Medicina del futuro	257

CONCEPTO

Por tratarse de temas de gran controversia y actualidad, con decisión ética no claramente definida o contradictoria y con pugna de bienes e intereses; en la determinación ética pueden o deben intervenir no solamente el médico siendo preferible que la responsabilidad se maneja a través de “Comités” establecidos para enfermos generalmente internos o internos de hospital; donde deben participar médicos, abogados, administradores, etc. puesto que las determinaciones de estos comités entrañan debates de tipo social.

Las nuevas actividades médicas derivadas de los adelantos técnicos y científicos ponen en la balanza del debate ético acciones como derechos de la mujer y del hombre; derecho a morir con dignidad; utilización de las nuevas tecnologías, sus aplicaciones y límites; los trasplantes de órganos, principalmente o por su equidad cuando son de banco, escasez de los mismos; investigación y experimentación en humanos, etc.

Abarca los temas de muerte y prolongación de la vida, eutanasia bajo el concepto de muerte digna, suicidio asistido y utilización de tecnología médica cobran actualidad; cada día aumenta el interés de los pacientes, especialmente los graves y próximos a morir o que presuponen su ingreso a unidades de cuidados intensivos para discutir el futuro comportamiento del médico cuando presente la fase terminal de su padecimiento. El trasplante de órganos, investigación en humanos y en genética; tema especialmente controvertido por los alcances que puede tener la ingeniería genética.

Hay que considerar; sin embargo, que los investigadores son médicos, altamente especializados, con altos conocimientos y coeficientes mentales, sometidos a disciplina que ellos mismos se han impuesto, gente respetable y honesta que se vigila entre sí dentro de los grandes centros mundiales de investigación, que disponen de tecnología de muy alto costo, solamente asequible con enormes sumas por gobiernos ricos o los consorcios de laboratorios de productos médicos. Estas mentes prodigiosas no siempre son comprendidas, son casi genios que van delante del común de las gentes.

Como en toda actividad profesional, a ese nivel también existe competencia y rivalidad científica, cada investigador desea obtener la primacía, reconocimiento, éxito, osadía y publicidad; por tanto, debe existir un estricto acotamiento a su enorme avidez científica, que parece no tener límite; para ello existen códigos que marcan las pautas éticas en los protocolos de investigación, pero la rapidez con que se obtienen nuevos adelantos y se presentan nuevos protocolos, tornan obsoletos los códigos bioéticos en los que tendrían que valorarse los nuevos proyectos. Como la investigación es el progreso de la ciencia, no puede diferirse; es absolutamente necesario que los códigos de bioética que deben regir la investigación sean debida y oportunamente actualizados y difundidos.

La investigación o la ingeniería genética sería, como es la mayoría, difícilmente llegue a rebasar los límites de la bioética, lo que pudiera acontecer es que algunos investigadores de menor escala buscando publicidad y protagonismo personal rebasaran los límites permitidos.

En el último tema, la medicina del futuro, se trata sin suficientes bases para sustentar las polémicas predicciones que se aventuran (suplantación médica casi integral por la tecnología). Incluso se espera que la relación médico-paciente jamás se deteriore como pudiera suceder. El arte de la medicina está sustentado por el *savoir faire* o el buen quehacer en el trato que debe existir entre el médico y su paciente; con la mecanización la medicina perdería definitivamente su romanticismo. En caso de acertar en el futuro del resto de los temas tratados, se considera que sería provechoso para la bioética y la medicina. Resulta intrigante y apasionante: ¿cuál será el futuro de la medicina? y ¿cuáles las normas que deberán implementarse para adaptar los futuros progresos diagnóstico-terapéuticos a los actuales bioéticos?

Muerte y prolongación de la vida

“Un bello morir honra toda la vida”.

Petrarca (Canz. In Vita di Madona Laura, 16)

CONCEPTO DE MUERTE

Palabra derivada del latín, *mors, mortis*, significa cese o término de la vida. Desde el punto de vista biológico es el cese de las funciones orgánicas de un ser vivo, más allá de las cuales no es posible reanimar.

En medicina legal (en México todavía persiste antiguo criterio), el diagnóstico clínico de la muerte está basado en el paro de la respiración y circulación sanguínea (muerte funcional, en oposición a la tisular: actividad eléctrica cerebral, excitabilidad eléctrica funcional muscular, etc.).

En derecho, la muerte extingue la personalidad civil del fallecido en todas las relaciones, tanto civiles como penales, mientras que se mantienen transferidas las patrimoniales, incluso las penas pecuniarias, en la persona del sucesor.

Antiguamente se hacía coincidir a la muerte con la suspensión de las funciones cardiacas y respiratorias, el popular **Paro cardiorrespiratorio**. Hoy día, no se admite esta definición un tanto simplista, por ser ambos parámetros reversibles, y la característica indiscutible de la muerte es precisamente ser irreversible.

Actualmente se considera la muerte cuando acontece el cese funcional cerebral, manifestado por electroencefalograma plano durante varios minutos. La actividad de la corteza cerebral es imprescindible para la conciencia y para la expresión humana, a pesar de poder persistir con su cese, otras funciones biológicas básicas como: respiración, actividad cardiaca, circulación, digestión, respuesta muscular, etc.

Este concepto de muerte cerebral, es importante por las implicaciones médicas y legales que acarrea la muerte en sí. Además, marca el límite para definir el momento en que se puede interrumpir las medidas tendientes a la conservación o prolongación innecesaria de la vida y no caer en supuesta negligencia terapéutica (concepto afín al de eutanasia pasiva). También define el momento para autorizar la disposición de tejidos u órganos humanos para trasplante útil.

La Legislación Mexicana en la Ley General de Salud, Artículo 317 señala que para certificar la “pérdida de la vida” (no utiliza el término muerte) deben comprobarse y confirmarse todos los siguientes sucesos:

1. Ausencia completa y permanente de la conciencia.
2. Ausencia permanente de la respiración espontánea.
3. Falta de percepción y respuesta a estímulos externos.
4. Ausencia de reflejos de los pares craneales y reflejos medulares.
5. Atonía de todos los músculos.
6. Término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
7. Paro cardíaco irreversible.

Este criterio de “muerte funcional” es válido, suficiente y debe prevalecer para certificar la muerte acontecida en hospitales, clínicas o domicilios donde no se disponga de un aparato de electroencefalografía para certificación.

La determinación del momento de la muerte es responsabilidad legal del médico, tanto en México como en la mayor parte de los países.

FORMA DE MORIR

“El morir humano ha cambiado” dice el Dr. Alfonso Llano Escobar, debido a la sociedad de consumo, a la ciencia y tecnología médica, a los medios de comunicación, a las presiones sociales, legales, económicas, etc. En la segunda mitad del siglo XX, el morir tradicional se ha “hospitalizado”, la muerte natural ya no acontece en los hogares. Los hospitales y clínicas por su desarrollo técnico científico y las seguridades (y comodidades) que ofrecen absorbe la atención de los pacientes graves.

En tiempos pasados, la mayoría de las personas fallecía en casa, obviamente en caso de muerte natural, rodeados de sus seres queridos, sabiendo que iban a morir, conscientes de ese proceso que pone fin a la existencia, tomando determinaciones pertinentes a su situación, despidiéndose de sus seres queridos y ordenando incluso su propio destino.

Todavía existen pacientes que desean fallecer en el hogar; sin embargo, en la práctica es a menudo imposible. Tratándose de ancianos sin padecimiento agudo, cuando los familiares no pueden atenderlos en casa (por trabajar o por falta de personal idóneo y como medida de precaución antes de enfermarse), los internan en “residencias para la tercera edad o asilos de ancianos”, donde los atienden con esmero hasta la muerte. En caso de enfermedad aguda deben internarse en hospital; pero al pasar a fase crónica o en padecimientos prolongados, es imposible permanecer hospitalizados hasta la muerte (debido a su alto costo y necesidades de cama-hospital o en unidades de cuidados intensivos); siendo necesario su alta o pasar a las “unidades de enfermos terminales”, disponibles en algunos hospitales, donde se ofrece máximo cuidado por parte del personal médico y paramédico; donde les dedican buen tiempo, paciencia y cariño utilizando mínimos recursos terapéuticos.

En EUA, las estadísticas revelan que 80% de muertes naturales acontecen en clínicas y hospitales, donde existen miles de ellos con áreas dedicadas a la atención integral de pacientes desahuciados o de tratamientos paliativos, donde los pacientes terminales reciben pocos

fármacos pero trato humanitario y caritativo hasta el fin de sus días; verdaderos “morideros” confortables.

En Europa y difundida a todo el mundo (p. ej., la madre Teresa de Calcuta, pero con recursos económicos no precarios), se crearon hospitales dedicados a enfermos terminales, lo que en Alemania se llama *Hospiz* y se traduce por “albergues”, con mucho humanitarismo y poca tecnología, lo cual abarata el costo-cama.

Sin embargo, durante la estancia en unidades de cuidados intensivos, estas personas pasan sus últimos días en un terrible estado de aislamiento y soledad; a veces bajo el efecto de drogas y calmantes que disminuyen o privan la conciencia, libertad e intelecto humano, con inserción de sondas endotraqueales, urinarias, gástricas, canalizaciones de venoclisis, y hasta bajo anestesia cuando es necesaria, mientras los médicos esperan poder declararlo muerto.

Otro aspecto manifiesto y diferente en el morir actual es la mayor incidencia de accidentes en personas jóvenes, en edad productiva, que en caso de no ser inmediata conlleva la inminente hospitalización por la gravedad del traumatismo; y por contraparte la mayor longevidad actual, con promedio de vida muy elevados y esperanza de vida al nacer superiores a los 75 años, indica que la mayoría de muertes naturales (tanatogénesis) siguen siendo por enfermedades crónicas o degenerativas que acontecen en la tercera edad.

ESTADIOS PREVIOS A LA MUERTE

En caso de muerte inminente o paciente desahuciado, por enfermedad aguda o crónica, pero mortal, la obligación ética del médico es informar al paciente su real estado de salud y la muerte como consecuencia inmediata; siempre y cuando se encuentre en condiciones físicas y psíquicas y realizarlo de acuerdo a su capacidad de comprensión, razonamiento, independencia, cultura, religión, edad, etc.

Esta comunicación debe realizarse con tacto y comedimiento, puesto que “borra de un plumazo” toda esperanza de vida; sin embargo, el paciente debe saber su futuro para prepararse legal, económica, familiar y moralmente si tiene religión. No es fácil para enfermo y familiares aceptar este pronóstico, que causa depresión y disgusto. Es de recomendarse comunicarlo primero a los familiares, puesto que en ocasiones (incluso puede llegar a ser comprensible), éstos no desean que el paciente tome conciencia de su muerte y la comunicación directa al enfermo puede deteriorar gravemente la relación médico-familiares del paciente. El médico tiene obligación de informar el estado real con humanitarismo y así, nunca será desviación ética su comunicación. Otras veces los familiares solicitan al médico sea el portador de tan fatales noticias.

En forma sucinta, concreta y atinada, se describen los siguientes estadios previos a la muerte después de su notificación o intuición:

- Negación con aislamiento.
- Irritación o ira.
- Negociación emocional.
- Depresión.
- Aceptación.

HUMANIZACIÓN DE LA MUERTE

El paciente desahuciado, que irremisiblemente va a morir, debe ser tratado con el mayor humanitarismo que se le pueda ofrecer, con máximo cariño en el proceder médico y de todo el personal o familiares que lo cuiden, porque merece toda nuestra irrestricta conmiseración.

Ante un paciente grave, casi agónico, la actitud del médico dependerá en mucho de la edad del enfermo, diagnóstico, pronóstico, disponibilidad de recursos, expectativas del doliente o sus familiares, presión social, etc., para decidir una de las dos siguientes conductas terapéuticas: aplicación de medidas “ordinarias” o “extraordinarias”.

Se consideran “medidas terapéuticas ordinarias”:

1. Rehidratación para evitar la sed.
2. Sonda nasogástrica para alimentación.
3. Oxigenoterapia en caso de disnea.
4. Medicamentos: analgésicos, antibióticos, cardiotónicos, broncodilatadores, y vasodilatadores principalmente.
5. Narcóticos y sedantes.

Las consideradas “medidas terapéuticas extraordinarias” consistentes en tecnología de punta son:

1. Internamiento en unidades de cuidados intensivos.
2. Uso de ventiladores o respiradores de presión positiva.
3. Inserción de marcapasos directos.
4. Régimen de nutrición parenteral.
5. Sedación hasta inconsciencia, como anestesia.
6. Técnicas de hibernación, etc.

Las medidas consideradas antaño como extraordinarias, actualmente son de aplicación frecuente como diálisis, marcapasos externos, respiración asistida, y otro tipo de tecnología que por su temporalidad reducida pueden, según el caso, considerarse ordinarias.

Se recuerda dos principios básicos en caso de un paciente que va a morir por su edad, enfermedad o cualquier causa, pero insalvable: “debe tratarse con el máximo de medidas que alivien su sufrimiento, pero con las mínimas que difieran su muerte” y el aforismo: “si el médico no puede curar al paciente, cuando menos alivie su sufrimiento”.

A este propósito cabe mencionar que algunos medicamentos pueden tener efectos colaterales indeseables (ciertos calmantes del dolor, deprimen los centros cerebrales superiores) y pueden precipitar la muerte. Se denomina **norma del doble efecto** porque calma el dolor y la excitación, pero se vislumbra la posibilidad de que la sedación deprima los centros respiratorios y como efecto indirecto indeseable propicie la muerte.

PROLONGACIÓN DE LA VIDA

Cordera y Bobenrieth, presentan tres citas de Dickinson que vienen al caso, sobre prolongación de la vida y utilización de tecnología en unidades de cuidados intensivos:

“El entusiasmo de la medicina científica acerca del poder que tiene de prolongar la vida es inconsistente con las severas imitaciones de su arte y con los problemas éticos que afronta”.

“Hay que buscar un balance entre la adecuación de opciones tecnológicas y los valores humanos”.

“La medicina puede detener la muerte, pero esto puede representar una agonía prolongada”.

UTILIZACIÓN DE TECNOLOGÍA

La tecnología, especialmente la llamada de punta, se utiliza en pacientes graves. Se partirá de esa premisa: ante este caso, el médico tiene que tomar una resolución con pronóstico difícil de aventurar y cuya resolución es imperiosa, dando lugar a tres posibilidades de acuerdo al pronóstico sea: bueno, incierto o malo para la vida.

PROBABILIDAD DE SUPERVIVENCIA

En caso de existir alguna posibilidad razonable de que un paciente grave sobreviva decorosamente a la enfermedad, de volver a tener vida provechosa y digna, una vez sobrepuesto de este episodio grave, “todo esfuerzo médico estará justificado, a pesar del sufrimiento del paciente y familiares, costo social que represente, gasto familiar o institucional, etc.”. ¡La vida no tiene precio!

PRONÓSTICO INCIERTO

Cuando no exista certeza sobre futuro promisorio o funesto del paciente, siempre debe concederse “el beneficio de la duda” y tratarlo intensa y acuciosamente hasta definir el pronóstico, así ¡cuantas vidas se han salvado con el apoyo de medidas extraordinarias!

SEGURIDAD DE FALLECIMIENTO

El médico jamás debe darse por vencido fácilmente, pero en ocasiones es tan obvio y avasallador el pronóstico fatal, de seguir el curso natural de la enfermedad, no modificable a pesar de todo esfuerzo terapéutico, que lo ético es exponer al paciente o familiares con claridad el caso y ¡acordar con ellos las medidas a tomar!

Medicamente se deben recomendar medidas de sostén señaladas como ordinarias; pero no siempre son aceptadas por suponerse escasas y el profesional de la salud, no puede tampoco dar la impresión de negarse a proporcionar atención médica, “so pena de parecer negligente”. En estos casos, es conveniente instalar terapia que procure salvar al paciente, pero no alargar su agonía. Convencer a los familiares, incluso con el consenso del comité hospitalario o del servicio especializado.

CRITERIO PARA APLICACIÓN DE TECNOLOGÍA

En bioética médica, debe aplicarse todo esfuerzo técnico y científico para tratar de salvar una vida. La misión del médico es luchar contra la muerte más allá de todo esfuerzo. Sería grave falta de bioética médica no empeñar todo el esfuerzo y no utilizar todos los recursos existentes para salvar una vida.

Supresión de tecnología

Ante un paciente agónico, el médico debe por ética, actuar con decisión, no prolongar esta situación inútil, y conseguir el consentimiento informado para retiro de toda actividad y tecnología conservadora de la “vida”, dejando que el padecimiento siga su curso mortal, aplicando desde luego medidas terapéuticas ordinarias tendientes a evitar sufrimientos innecesarios, sin generar falsas esperanzas.

La tecnología y la ciencia han progresado tanto que hay quien asegura que los médicos no dejan morir a los enfermos. Una cosa es alargar la vida y otra es prolongar la agonía.

Se llama “distanasia” a la prolongación de una penosa agonía en un paciente desahuciado, y por extensión a los pacientes en unidades de cuidados intensivos a los cuales se les prolonga la determinación de la muerte, a pesar de no sufrir. ¡Muertos que los médicos no oficializan!, ¡muertos que no acaban de morir!

Criterio para supresión de tecnología

El momento indicado en bioética, es cuando el médico comprende, que a pesar de todo, se detendrán las funciones vitales del enfermo. Éste es el momento de retirar las acciones extraordinarias, que de otro modo, tampoco alargan la vida, solamente prolongan la muerte. Su persistencia y abuso se denomina despectivamente “encarnizamiento o ensañamiento terapéutico”.

El criterio médico para retirar la aplicación de medidas tecnológicas extraordinarias estará determinado por los siguientes datos clínicos:

- Cuando se confirme la muerte del paciente.
- Cuando se prolongue el proceso de morir.
- Cuando exista exclusiva vida vegetativa.
- Cuando el estado comatoso sea indefinido.
- Cuando existan nulas posibilidades de recuperación.

VIDA VEGETATIVA

Se entiende como una anomalía, más bien que una simple lesión, por lo que el paciente conserva solamente vida física, sin actividad intelectual y es incapaz de comunicarse. Es debido a lesión irreversible de la corteza cerebral con conservación de las funciones del tallo cerebral, por lo que conserva funciones vitales; pero sin vida de relación.

CRITERIOS PARA SUPRESIÓN DE PROLONGACIÓN DE LA VIDA

Se consideran los criterios legal, moral y bioético, que son bastante afines:

Criterio legislativo

Con respecto a la prolongación de la vida, el Lic. Noriega refiere: al considerar las implicaciones que el derecho pueda tener en caso de excesos en terapéutica ante padecimiento en fase terminal, sostiene que “El deber del médico es defender que no sobrevenga antes de tiempo la muerte natural; pero de acuerdo a su conciencia, debe juzgar y decidir de los límites de la terapéutica que debe aplicar a los enfermos de trance final, sin la obligación moral o jurídica de luchar indefinidamente, por mantener una vida efímera, precaria o incierta, haciendo uso de un verdadero encarnizamiento terapéutico, al prolongar inútilmente una penosa agonía”.

Criterio moral

La Biblia señala que “Hay un tiempo para vivir y otro para morir”; por tanto, la medicina no tiene porque intentar esfuerzos heroicos. Durante el “discurso sobre técnicas de reanimación” que el Papa Pío XII ofreció en 1957 indicó que desde el punto de vista teológico “el médico no tiene obligación moral, ni la familia tampoco para interponer recursos artificiales extraordinarios y que el médico puede condescender lícitamente a la solicitud de los familiares de suspender la vida artificial”.

Al respecto Julio Roldán cita a Marcozzi: “En caso de un paciente inmerso en un coma profundo, prolongado irreversible, cuya vida está reducida al ejercicio de sólo las funciones vegetativas, y aun en el caso de enfermos todavía conscientes, que se encuentran en la fase final de su enfermedad y que son mantenidos en vida artificialmente, sin esperanza alguna de poderse recuperar o mejorar, el médico no está obligado a recurrir a medios extraordinarios, o si se ha recurrido a ellos, se pueden suspender legítimamente”.

Criterio bioético médico

“Los médicos deben empeñar todo su esfuerzo en salvar vidas, sin caer jamás en negligencia; pero comprendiendo cuando esta labor es estéril o excesiva”.

El médico debe ponderar antes de definir prolongación o suspensión de acciones terapéuticas extraordinarias establecidas, los siguientes criterios bioéticos:

1. Derecho irrestricto a la vida humana.
2. Derecho a la protección de la vida y salud.
3. Garantizar la dignidad del humano.
4. Calidad de vida actual y futura.
5. Seguridad de ofrecer muerte digna.
6. Además de los principios fundamentales generales de bioética médica:
 - Beneficio del paciente en primer lugar.
 - Autonomía del enfermo o familiares.

- Equidad en la atención.
- Solidaridad humana con igualdad de prestaciones.
- Justicia por parte de la sociedad.
- Comportamiento ético del médico.

Para definir calidad de vida se tomará la de Robert P. Hudson:

“La calidad de la vida sería admisible cuando hay autoconciencia, autocontrol, memoria, sentido del futuro y del tiempo y capacidad para la relación personal, para amar y para desear vivir”.

Criterio público

Muchos pacientes presintiendo su muerte cercana y otros no enfermos, con o sin edad avanzada, pero previendo su futuro, hacen un escrito sobre la forma como desean ser tratados durante este último trance de su vida, esto es, su voluntad sobre la forma de morir. Este escrito es nombrado **Testamento Biológico** y suele utilizarse para solicitar la no aplicación de medidas terapéuticas extraordinarias en caso de que no estuvieran en condición de exigirlo personalmente.

Esta solicitud implica la no aplicación de terapia asistida (cardiopulmonar) e incluso la demanda de no reanimar. Ambas solicitudes deben ser avaladas por el correspondiente Comité Hospitalario de Bioética del servicio donde se atiende al paciente y se etiquetará como tal al paciente, sin suspender las medidas terapéuticas consideradas ordinarias. Hasta donde sea éticamente posible deben respetarse estas medidas por ser la voluntad del paciente, pero sin caer en negligencia.

Esta condición de **Testamento de o en vida**, realizada frente a notario, expresada por el interesado, ante testigos y con poder para el propio abogado o a un albacea, que puedan hacer cumplir la última voluntad del testador, debería tener poder legal suficiente para ser determinante y procedente; como sucede en testamentos de legados de última voluntad.

En la mayor parte de los países, entre ellos México estos documentos no están legislados y carecen de sostén jurídico y como **¡la conciencia no puede estar por encima de la ley!**, no tienen, por tanto, validez legal. Como moción personal se sugiere la promulgación de una regulación jurídica adaptada a esta circunstancia.

CONSIDERACIONES

En síntesis:

1. Pacientes con posibilidades de supervivencia decorosa, aplicar todo el esfuerzo médico y tecnológico posible, con medidas terapéuticas extraordinarias urgentes si fuesen necesarias, para su pronta curación.
2. Enfermos terminales, utilizar apoyo médico tecnológico para evitar sufrimiento, con medidas ordinarias que no prolonguen inútilmente la agonía.
3. Moribundos o desahuciados con tecnología para mantener vida artificial, es lícito retirarla como se realiza en las unidades de cuidados intensivos y si no tenía estas medidas extraordinarias, no aplicarlas y en estos casos “no reanimar al desahuciado”.

4. En caso de duda en cuanto al pronóstico fatal o no, a corto o mediano plazo, considerar el “beneficio de la duda” y aplicar el máximo de esfuerzo para tratar de curar al paciente y no cesar hasta tener determinación segura del real estado y futuro del enfermo.
5. Deberá respetarse hasta donde lo permita el marco ético-médico-legal el testimonio de vida (o biológico), donde el interesado expresó voluntariamente la forma como solicita ser tratado previamente a su muerte, cuando esté inconsciente, indefenso, para evitar dolor, sufrimiento o su temor a terminar atrapado por la tecnología aisladora e incluso prolongando inútilmente su agonía.
6. Las técnicas de reanimación, son de aplicación particularmente importante en traumatismos, accidentes y los transoperatorios, electrocución, inmersión y especialmente en sobredosis de fármacos (especialmente barbitúricos) u otras drogas. Cuando se logra es espectacular y altamente gratificador, proporcionando la mayor de las dichas y éxito que pueda tener el médico en el ejercicio de su profesión.
7. Reflexiones: ¿Qué tan lejos deben ir los médicos en su esfuerzo por prolongar la vida del paciente que no tiene posibilidades de tener una vida digna?, ¿qué es más importante: la prolongación de la vida o la terminación del sufrimiento?, ¿es deseable hacer el máximo esfuerzo, utilizar todos los recursos de la ciencia médica moderna para salvar una vida, si ésta es solamente vida biológica? Éstas y otras preguntas debe contestarse el médico ante este trance de pérdida de la vida en moribundos.
8. En pacientes terminales o desahuciados, no debe intentarse reanimar, a pesar del entusiasmo profesional o afán de éxito que muestran especialmente médicos jóvenes y paramédicos.
9. Actualmente se dispone de la especialidad médica de tanatología, dedicada al cuidado y orientación alrededor de la muerte humana y cuyo criterio debe ser fundamental en los Comités de Unidades de Cuidados Intensivos, en salas de enfermos terminales y en cualquier comité, junta, reunión o presentación de casos clínicos donde se traten temas sobre la muerte humana. Esta incipiente especialidad está bien constituida y organizada, incluso se fundó el Instituto Mexicano de Tanatología.

REFERENCIAS

- Badd Stanley P:** “Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar”. *Rev. Medicina y Ética*. Universidad Anáhuac, vol. V, No. IV, p. 475-484, 1994, México.
- Cattorini P:** “Calidad de la vida en los últimos instantes”. *Rev. Medicina y Ética*, vol. II, No. 4, p. 405-422, 1991, Universidad Anáhuac, México.
- Cordera A, Bobenrieth M:** “Administración en sistemas de salud” Tomo I, p. 65-70. Edit. Los autores. Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Dickens BM:** “Tendencias actuales de la bioética en el Canadá”. *Boletín de la Of. San. Panam.*, vol. 108, No. 5 y 6. p. 524-530. mayo-junio, 1990, Washington, D.C., EUA.
- Dill AE:** “The ethics of discharge planning for older adults: an ethnographic analysis”. *Rev. Sci. Med.* 1995 Nov.; 41(9): 1289-1299. Inglaterra.
- D’ Onofrio F:** “Luz y Sombra en el Diagnóstico de Muerte Cerebral”. *Rev. Medicina y Ética*, vol. II, No. 2, p. 171-182, 1991, Universidad Anáhuac, México.
- Escobedo F:** “Bioética y la atención al paciente terminal”. *Universidad Anáhuac*, vol. V, No. IV, p. 459-467, 1994, México.

- García D:** "Introducción a la bioética médica". Bol. de la Ofic. Sanit. Panam., vol. 108, No. 5 y 6, p. 374-378, junio, 1990.
- García Olivera V:** "Aspectos de idoneidad y ética en las clínicas de dolor". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 32, No. 5, p. 463-464, 1994.
- Gordillo-Paniagua G:** "El ejercicio de la medicina, el médico y la muerte". Gaceta Médica de México, vol. 128, No. 1, p. 81-5. enero-febrero, 1992.
- Hortelano A:** *"Moral de bolsillo"*, Edit. Sigüeme. Salamanca, España. 1989; p. 119-125.
- Juan Pablo II:** *"Carta Encíclica Evangelium Vitae"*. Documentos Pontificios 44, cap. III ,p. 120-122, Ediciones Vaticanas.
- Kuty Porter J:** "Dignidad de la muerte". Rev. Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica", p. 37-43, Ed. Universidad Anáhuac, México, 1993.
- Kuty Porter J, Escosura de la G:** "Ética y medicina en México". Rev. de Medicina y Etica, vol. 1, No. 2, p. 247-260. Universidad. Anáhuac, México, 1990.
- Laftey J:** "Bioethical principles and care-based ethics in medical futility". Rev. Cancer-Pract. 1996, Jan-Feb; 4 (1); 41-46, EUA
- Llano Escobar A:** "El morir humano ha cambiado". Bol. de la Of. San. Panam., vol. 108, No. 5 y 6, Número especial de Bioética, p. 465-472, 1990, Washington, D.C., EUA.
- Moskowitz EH:** "Moral concensus in the public ethics autonomy and family decision-making in the work of one state bioethics commision". Rev. J Med Philos. 1996 Apr.; 21 (2): 149-68. Holanda.
- Roldán Gonzalez J:** "Ética Médica". Edit. Univ. La Salle, México, D.F., 1984.
- Snider GL:** "La orden de no resucitar". Bol. de la Of. San. Panam., vol. 111, No. 6, p. 558-559. diciembre. 1991, Washington, D.C., EUA.
- Villalpando Gutiérrez:** "Ética Médica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), Vol. 29, p. 5-12, 1991.
- Williams PT:** "To kill or not to kill: a question of wartime ethics". Rev. Nurs- Ethics. 1996 Jan., 3 (2): 150-156. Inglaterra.
- Zycinski BJ:** "Bioethical issues in comtemporary medical sciences". Rev. Przegl .- LaK. 1996; 53 (3): 111-115. Polonia.

Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna

“Una muerte honrosa es mejor que una vida vil”.

Tácito (Agrícola 13)

EUTANASIA

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

En la ponencia de Lord Dawson de Penn, durante una intervención en el Parlamento Inglés en 1936 manifestó: “La tradición aceptada del deber médico era luchar por la vida hasta el final. El tiempo ha cambiado gradualmente el modo de pensar y la opinión médica actual es que nuestro deber es hacer más amable y tranquilo el acto de morir, aun si esto implica la reducción del tiempo de vida”. ¡Innovadoras ideas para ese tiempo!

Este vocablo eutanasia ha tenido diferentes asignaciones en el curso de la historia y ha dado lugar a diversos tipos de muerte provocada con los siguientes principales fines de:

1. **Eugenesia.** Muchos antiguos pueblos realizaban sacrificio de niños nacidos con irreparables defectos congénitos o aquellos portadores de desagradables anomalías al nacer. También para mantener la herencia de casta y dominio jerárquico, muchas tribus de África y Arabia sacrificaban al primogénito cuando era femenino.
2. **Guerrero.** Los espartanos, una nación guerrera por excelencia, con objeto de producir soldados vigorosos, exterminaba a los infantes débiles y a las niñas, que arrojaban contra una roca (llamada Terpeia).
3. **Migración.** En civilizaciones nómadas se practicaba la muerte de o el abandono de niños nacidos con defectos o ancianos que no podían seguir a la tribu en sus desplazamientos; dando poco interés al individuo ante la importancia de la comunidad. Esto ocurría en muchas hordas, pero todavía persiste en tribus de esquimales, en los karens de Birmania y en algunos pueblos australianos.
4. **Éxodo.** Durante grandes epidemias, pueblos vencidos en guerra e invadidos por el adversario, tuvieron que abandonar por ser una carga, a los ancianos, inválidos, enfermos y hasta niños que no pueden marchar al exilio por sus propios medios.

5. **Guerra.** Se abandona al soldado herido que no puede seguir al batallón en retirada, o se le sacrifica para no dejarlo en manos del enemigo, procurando evitar probable tortura o muerte cruel. También se le sacrifica en caso de muerte penosa inminente o por imposibilidad de subsistencia en zonas desérticas o heladas.
6. **Racial.** El holocausto nazi de Adolfo Hitler durante la Segunda Guerra Mundial fue mas bien racial que guerrero. Este incalificable sacrificio masivo de judíos y prisioneros de guerra, amontonados vivos en cámaras de gases, hornos crematorios, fusilamientos al borde de la fosa acabada de cavar por ellos mismos, etc. es lo más bárbaro y espantoso, el crimen de lesa humanidad más abominable que jamás haya ocurrido. ¡Y todavía calificado en la posguerra por los alemanes fascistas como eutanasia! Nadie lo creyó así. En el juicio de Nuremberg se falló como crimen. Sin embargo, a juzgar por las condiciones que los presos mostraban en fotografías y películas y relatos de los escasos supervivientes es probable que algunos, incluso médicos, consideraran eutanasia liberadora de la terrible existencia de suplicio, vejación, hambre, tortura terror, frío, etc. vivido en los campos de concentración.
7. **Muerte digna.** Actualmente éste es el término manejado en países donde se ha autorizado la eutanasia, puesto que el concepto y la aplicación tienden a realizarse precisamente en la fase terminal de la vida, cuando la muerte es inminente, sin esperanza de vida y con objeto de calmar sufrimiento al moribundo. El doliente desea, solicita y puede exigir “morir dignamente”, no pide que le apliquen la eutanasia. Parece ser que dicho de esta manera la eutanasia tiene aceptación superior a 50% de la población mundial.

Sutiles matices del concepto matar:

- El asesino nato que mata repetidamente por cualquier motivo, le dan cadena perpetua.
- Al matón a sueldo, con homicidio comprobado le asignan algunos años de cárcel.
- Matar en la guerra es forzoso; matas o mueres.
- Hasta hace poco, al soldado prisionero lo fusilaban.
- Al herido en guerra o en el desierto lo sacrificaban por compasión.
- Matar en defensa propia es atenuante.
- El verdugo mata para cumplir su honesto trabajo.
- El médico ejecutor de la pena de muerte con inyección mortal se convierte en verdugo.
- El que produce muerte imprudencial no es condenado.
- Policía que mata en el deber, tiene prerrogativas.
- El rico que mata es juzgado con parcialidad.
- El pobre que mata recibe todo el rigor de la ley.
- El que comete un magnicidio y escribe sus memorias, se hace celebre y rico.
- Se opone con mayor encomio a la muerte de un joven que a la de un anciano.
- El médico que accede a la solicitud de “morir con dignidad” a un moribundo lo catalogan de asesino.
- ¿Por qué no permitir al médico humanizar la muerte inminente?

DEFINICIÓN

Eutanasia deriva del griego *eus* que significa bueno y *tanatos* muerte. Esto es, muerte tranquila, fácil, dulce, sin sufrimiento ni padecimiento. Por extensión puede decirse que es el sueño provocado antes de la muerte para evitarle al moribundo una agonía dolorosa. Se entiende también por eutanasia la agonía que se desliza sin dolores y en la que las funciones sensoriales se van extinguiendo poco a poco hasta la muerte prácticamente desapercibida. En contraposición a la distanasia que representa los largos y espantosos tránsitos a la muerte, en que el agónico, en plenas facultades mentales y lucidez, sufre mental y físicamente, suplicando y llamando con angustia a la muerte liberadora que se aproxima a pasos demasiado lentos. La eutanasia no es un acto en sí; es la muerte llamada “natural”. Aplicar la eutanasia equivale a revertir la distanasia existente o “muerte patológica”; hacer bueno lo que se hizo malo.

Se concibe generalmente a la eutanasia como la “doctrina que aconseja facilitar el trámite de la muerte a moribundos de agonía muy penosa y a los enfermos desahuciados que padecen intensos dolores, procurándoles una muerte tranquila”.

“Es condescender, con fines humanitarios, a los requerimientos de muerte solicitados por un paciente en fase terminal penosa”. Es **muerte digna**, es **morir con dignidad**.

Casi todas las definiciones se basan en los siguientes puntos:

1. Que el paciente reclame la muerte.
2. Que el padecimiento sea cruento, profundamente penoso o doloroso.
3. Que el padecimiento sea mortal, a breve plazo.
4. Que se realice con el único propósito de aliviar el sufrimiento.

CLASIFICACIÓN

Se etiqueta a la eutanasia de diferente manera según el objetivo buscado por los que la recomiendan. Para los que no la aceptan siempre será un crimen; para los médicos, cuya misión principal es curar o mitigar el sufrimiento innecesario, siempre será una muerte digna:

- **Eutanasia legal** es la reglamentación de la eutanasia **Terapéutica** y **Eugenésica** incluyen aquellos casos en que un médico o ciudadano común propicia su muerte fundándose en reiteradas peticiones del sujeto pasivo en el acto, llamado consentimiento de ofendido, bajo el impulso de la compasión y piedad.
- **Eutanasia liberadora**, aplicable al enfermo con mal incurable, estando o no en fase terminal.
- **Eutanasia eugenésica**, para eliminar a los físicamente deformes o a los privados total o parcialmente de la razón, por considerarlos una carga inútil a la sociedad.
- **Eutanasia terapéutica**, aquella inferida al moribundo inconsciente.
- **Eutanasia social**, a los cuales por su edad avanzada o por su inutilidad, son considerados una carga para la sociedad.

- **Eutnasia lenitiva** es aquella en la que el médico emplea los medios mitigadores o eliminadores del sufrimiento; sin acortamiento de la vida, constituye un acto curativo es lícito.
- **Ortotanasia** es la eutanasia homicida.

Por su forma de realización y aceptación, la eutanasia se califica en: directa, indirecta, voluntaria o involuntaria, lo que produce las siguientes combinaciones:

- **Voluntaria-directa.** Por ser solicitada y realizada por el propio actor; es el “suicidio asistido” donde el médico proporciona el medio (pastillas, soluciones o aparatos), para que el paciente los utilice. Cuando el sujeto voluntaria y directamente opta y ejecuta su propia muerte es suicidio.
- **Voluntaria-indirecta.** Acuerdo entre médico y paciente donde el médico es el autor directo (generalmente sobredosis de drogas IV) cuando el paciente no puede realizarlo por sí solo: eutanasia terapéutica o liberadora, donde existe generalmente un escrito (testamento de vida) especificando deseo y condiciones.
- **Directa-involuntaria.** Llamada también “crimen por piedad”, realizada sin solicitud ni autorización del “sacrificado”.
- **Indirecta-voluntaria.** Es la frecuentemente realizada por médicos en los hospitales “Código de No Reanimar”, donde no interviene el actor, pero ha manifestado su voluntad.

HISTORIA

La aplicación de la eutanasia fue preconizada por los filósofos clásicos (Aristóteles y Platón), incluso considerada obligatoria en caso de recién nacidos deformes. Según Plutarco se usaba libremente entre los griegos y romanos para facilitar o propiciar la muerte en ancianos.

La concepción actual de eutanasia no es un sacrificio humano permitido o no, es un hecho donde prima el humanitarismo y lo que cuenta como valor principal es la intención; esto es, la función cerebral (humanitarismo racional) y no la función biológica (corporal o somática). Por tanto, un humano como ser pensante es más importante que su propia vida.

Este concepto partió de las enseñanzas de Francis Bacon, quien exigió de la ciencia que ayudara al hombre a dominar la naturaleza y señaló, además, que la función del médico no es solamente la restauración de la salud, sino también mitigar el dolor hasta el punto de llevarlo “hacia una travesía fácil y honesta”.

En la historia de la medicina se refieren muchos casos relativos a eutanasia. Se recomienda como casos de negativa a practicarla, a Desgercites, médico de Napoleón que no acató la orden de aplicarla a los enfermos del vencido ejército para facilitar su retirada, a pesar que era el procedimiento rutinario; y del médico Canabis, cuando Mirabeau (político revolucionario francés del siglo XVIII) le solicitara insistentemente pusiera fin a su vida. Como connotado caso de aplicación, se refiere que Pasteur, junto con otros dos eminentes médicos de su época, decidieron liberar de su horrible sufrimiento a dos niños afectados de rabia terminal.

Últimamente, ha sido motivo de controversia y debate, a raíz de varios procesos legales de resonancia mundial como el de la actriz rusa Uminska, quien dio muerte compasiva a su amante en París; o los problemas legales por los que atravesaron en EUA los padres de Karen Quinlan, una menor descerebrada durante 14 años, hasta que lograron el derecho de desconectar los aparatos que la mantenían con “vida” y la autorización para suspensión de alimentación artificial a Nancy Cruzan en 1983.

MORAL

Los líderes religiosos están particularmente en contra de la eutanasia, pudiendo existir cierta tolerancia cuando se aplica con fines humanitarios, pero nunca aprobación. La Iglesia Católica ha sido radical en cuanto a la eutanasia, condenándola en todas las ocasiones en que se trata el tema.

El Papa Pío XII en su declaración de octubre de 1951 y posteriormente Pablo VI han recordado el deber de defender la vida humana ante la manipulación de la eutanasia, afirmando este último Papa mencionado, que este procedimiento realizado con el consentimiento del enfermo es un suicidio y sin él, un homicidio.

La Iglesia Católica nunca estará de acuerdo con la eutanasia, puesto que parte de la premisa “la vida es de Dios y solamente Él la da o la quita” y; por tanto, el hombre no está facultado para decidir cuando debe terminar una vida humana.

Cuando Holanda anuncia la inminente legalización de la eutanasia; el Vaticano por medio de su vocero manifiesta su firme rechazo y desaprobación, calificándolo de antimoral, que viola los principios éticos, morales y legales, además de la dignidad humana y va contra la ley natural de la conciencia de las personas. Agregando “una vez más nos encontramos frente a una ley del Estado que va contra la ley natural de la conciencia de cada individuo”. En la religión judía se deben usar todos los medios posibles, ordinarios o extraordinarios para prolongar al máximo la vida, aun en desahuciados.

El Papa Juan Pablo II, a fines del año 2004, reiteró el rechazo de la Iglesia a la eutanasia: *“La eutanasia es una distorsión de la ética médica; los médicos no pueden decidir quien puede vivir y quien debe morir”*. *“La compasión, cuando está desprovista de voluntad para enfrentar el sufrimiento y estar junto con los que sufren y éstos ponen fin a la vida en lugar de terminar con el dolor, distorsionan las estatutos éticos de la ciencia médica”*.

LEGISLACIÓN

Ante el derecho penal, el concepto de eutanasia es sinónimo de “homicidio piadoso”, porque el que lo realiza mata al doliente, pero lo realiza por piedad. Casi todos los estados señalan que la obligación del médico es curar, o cuando menos prolongar la vida y aquel que no lo haga incurrirá en el delito de negligencia. Sin embargo, recientemente muchos países y Estados han legislado su autorización bajo ciertas especificaciones.

Los abogados, especialmente Ferri, han enfocado la posible procedencia del procedimiento con base en el valor concedido por el “consentimiento o solicitud del doliente;

considerando que *“El hombre tiene el ilimitado derecho a disponer de su existencia... y concluye... Dado lo anterior, no se es jurídicamente responsable con el consentimiento de la víctima, máxime teniendo un motivo legítimo; siendo por el contrario responsable si el motivo no es loable”*. Otros juristas consideran, sin atreverse a definir la legitimidad, que el juez tenga facultades para definir el perdón legal y jurídico cuando se reúnan las características de solicitud y motivo legítimo o humanitario.

El Código Penal para el Distrito Federal de la República de Estados Unidos Mexicanos, señala en el Artículo 7°: delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales; y especifica que es conducta omisiva cuando se determine que el que omite, tenía el deber de actuar para ello, derivado de una ley, contrato o de su propio actuar precedente. Artículo 302°: comete el delito de homicidio, el que priva de la vida a otro. Artículo 312° especifica: el que preste auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de 1 a 5 años de prisión; si lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de 4 a 12 años. Artículo 313° indica: si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

OPINIÓN PÚBLICA

Contra la legalización de la eutanasia

En forma sucinta se expondrán los principales comentarios y opiniones que han externado tanto juristas, moralistas y médicos, prácticamente todos en contra de su legislación.

La decisión o solicitud del propio paciente puede ser cambiante, como lo es el pensamiento humano, con decisiones no siempre firmes durante un periodo de angustia o dolor y posteriormente arrepentirse al disminuir la tensión.

En cuanto al dolor físico interno o extremo, no siempre su intensidad es sinónimo de padecimiento agónico, además, la medicina moderna puede hacer frente a los dolores más agudos en las **clínicas y terapia del dolor**. Es posible utilizar drogas calmantes, sin por ello perjudicar notablemente el precario estado general del doliente.

La incurabilidad es un concepto dudoso en ciertas enfermedades. Los avances en terapia y tecnología ha vuelto curables padecimientos antes mortales. El diagnóstico y pronóstico deberían ser infaliblemente los correctos. Con respecto a si el ejecutor siempre infiere una muerte siguiendo motivos de conmiseración o humanitarismo, cabe siempre el beneficio de la duda, puesto que de lo contrario no sería eutanasia, sino homicidio.

Ante la posibilidad de estas equivocaciones, especialmente el pronóstico que es muchas veces incierto, tratamientos altamente sofisticados, la voluntad cambiante del paciente y la posibilidad de malas interpretaciones o fingiendo piedad se pudieran satisfacer bajas pasiones, rencores ocultos o ciertas necesidades económicas, pocos gobiernos han autorizado o legalizado la eutanasia.

A favor de la eutanasia

En países donde fue autorizada la eutanasia, se realizó bajo el concepto de muerte piadosa, previas encuestas a médicos o a población abierta adulta, determinaron la preferencia gene-

ral y en caso positivo someterla a las autoridades políticas y jurídicas superiores para aprobación en las cámaras o a los determinantes en última instancia para su legalización oficial.

Recientes resultados de encuestas muestran la tendencia pública mundial hacia la aceptación porcentual de la eutanasia:

- 57% a favor, 35% en contra en EUA (CNN/USA votación en mayo 1997). Una anterior encuesta Gallup realizada en mayo de 1966 mostró 75% de apoyo.
- 76% en Canadá (encuesta Gallup, 1995; anterior de 45% en 1968).
- 80% en Inglaterra.
- 81% en Australia.
- 92% en Holanda.

Las bases para lograr convencimiento y legalización fueron los reales o supuestos Derechos Humanos siguientes:

1. El derecho a la muerte debe ser igual al derecho a la vida,
2. derecho del individuo a morir libre y dignamente,
3. ilimitado derecho del hombre a disponer de su existencia,
4. derecho a decidir libremente su futuro,
5. el límite de los derechos humanos aparece al afectar derechos ajenos,
6. la única restricción a la libertad personal de autodeterminación es afectar los intereses de los demás,
7. la eutanasia debe tener el mismo rango constitucional que el derecho a la vida o a la dignidad humana,
8. condescender con fines humanitarios a los requerimientos de muerte solicitados.

DESPENALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

En Holanda y Rusia, la eutanasia y el suicidio asistido están permitidos y se realizan despenalizada y corrientemente desde 1984; convirtiéndose prácticamente en un procedimiento muy solicitado. En el primero deben reportarse legalmente como “muerte no natural” y se tienen estadísticas del año de 1993 donde:

- El promedio de edad: 62 años para el hombre y 65 para la mujer.
- Comunicados por: médicos generales = 57%; por especialistas = 22%.
- Causa médica: cáncer en cualquiera de sus formas 78%; SIDA 9% (en este grupo la solicitaron 13.4% de las muertes); esclerosis múltiple 5.3%; esclerosis lateral amiotrófica 4.08%.
- Las solicitudes pueden provenir en fase terminal o de pacientes con enfermedad progresiva, depauperante y mortal, pero antes que su padecimiento haya avanzado en exceso.

En algunos países como Perú se limita la represión al caso de que por un móvil egoísta se instigare a otro al suicidio o se le ayudare a cometerlo, y en el Código Penal de la ex-Unión

de Repúblicas Socialistas Soviéticas se determina que está exento de pena el homicidio cometido por compasión y a solicitud del interesado.

En algunos estados de EUA está permitida la eutanasia, en Oregon (desde 1994) con asistencia médica y en Maine lo estuvo (sin embargo, un referendun de noviembre del año 2000, rechazó su legalización). En los estados donde está permitida tiene considerable apoyo especialmente en grupos culturales y profesionales, incluyendo médicos, abogados, políticos, psicólogos, etc. no obstante, en otros estados de EUA, la oposición todavía es vigorosa. Suiza permite el suicidio asistido.

Legalización de la eutanasia

Desde el año de 1976 se inició en el mundo el debate sobre la legislación de la eutanasia, apoyada por organizaciones como “Exit”, exigiendo la despenalización de ella; incluso se promulgó la llamada “Declaración de Tokio”, con las siguientes tesis finales:

- Cada persona (se supone mentalmente competente) debe decidir por sí misma sobre su vida y su muerte.
- El testamento de vida, sus cláusulas y especificaciones deben reconocerse como Derechos Humanos.
- Estos testamentos deben tener validez y poder legal.

El día 28 de noviembre del año 2000, la Cámara Baja del Parlamento de Holanda aprobó la legalización de la eutanasia con 140 votos a favor y 40 en contra; falta la aprobación del Senado, pero lo consideran un mero trámite, por lo que se convertirá esta nación en la primera en llegar a la eutanasia. Permitirá a los médicos practicarla siguiendo requisitos justificadores y serán supervisados por una comisión examinadora (integrada por un médico, jurista y experto en cuestiones éticas) que certificará el cumplimiento de las normas establecidas. En el mismo informó (*Reuters*; DPA y ANSA) se agregó que en 1999 los médicos holandeses “ayudaron a bien morir” a 2 216 pacientes (90% con cáncer terminal). En Australia (Territorios del Norte) aprobaron la legalización de la eutanasia desde 1996. Francia lo está considerando. En Bélgica, existía un intenso debate, resuelto en mayo del año 2002 a favor de la despenalización, pero siguiendo diferentes trámites o procedimientos legales para caso de enfermos terminales o con padecimiento incurable.

Requisitos para su aplicación

Para su práctica legal donde está permitida la eutanasia, deben reunirse los siguientes criterios:

- Paciente en estado terminal de su enfermedad.
 - Padecer sufrimiento insoportable e irremediable.
 - Opción del propio paciente y su libre determinación.
 - Solicitud para su práctica, sin propuesta del médico.
 - Realizarla previa consulta con otro médico sin relación con el caso.

- Comunicar la defunción como “muerte no natural”.
- Se fijan penas para el médico que no acate estas disposiciones.

Estas normas tienen por objeto proteger a los enfermos desahuciados y darles el dominio y control de su situación. Los médicos deben hacer uso consciente de esta prerrogativa: “evitar el sufrimiento”.

Legalmente en México se considera delito y no se ha legislado su cambio, ni existen antecedentes de haberse pretendido, ni grupos sociales o partidos que políticamente se interesen por este tema. Solamente los miembros de la Sociedad de Tanatología A.C. y los afiliados al Instituto Mexicano de Tanatología A.C., son aparentemente los únicos en tratar de dignificar la muerte bajo principios morales de apoyo y convencimiento de aceptación, consideran la sedación y sostienen como no recomendable la aplicación de la eutanasia.

De un formulario del estado de California, EUA, donde han legalizado la eutanasia, se tomaron como indicaciones las siguientes (se supone que además de las anteriormente enunciadas), con título: “Quiénes pueden optar a morir con dignidad”:

1. Adultos mentalmente sanos.
2. Sólo tendrá efecto si hay una enfermedad terminal.
3. Sólo se ejecuta en caso de haberse certificado esa enfermedad terminal 14 días antes.
4. Se requieren dos testigos que no sean familiares, ni beneficiarios, ni médicos.
5. El documento debe revalidarse cada cinco años.
6. Es nulo en mujeres embarazadas.

BIOÉTICA MÉDICA

El concepto de eutanasia desde el punto de vista médico se entiende como: “las medidas deliberadamente tomadas por el médico para aliviar el dolor y sufrimiento de un enfermo con padecimiento agudo o crónico, realmente incurable y mortal a corto plazo, infringiendo una muerte humanitaria, que debe ser solicitada por el propio enfermo, sus familiares o representante legal en caso de inconsciencia, para poner fin a su penosa agonía terminal, mediante aplicación de medidas farmacológicas a dosis mortal”.

Esta definición representa la eutanasia llamada “activa”, por implicar acciones para su aplicación, y sirve para provocar la muerte del enfermo, es la ordinariamente conocida; en contraposición se menciona la eutanasia “pasiva”, en la que no se realiza ninguna maniobra para salvar al paciente, simplemente se deja morir. Esta actitud se confunde en ocasiones y el médico parece ser negligente o desobligado. Para evitar esta falsa concepción, especialmente en casos de padecimientos agudos (accidentes, traumatismos, etc.) se deben siempre generar acciones terapéuticas, aunque sea mínimas, paliativas o de apoyo psicológico, de las llamadas “medidas ordinarias” ante pacientes graves. La sociedad espera que el médico siempre sea activo, y “haga algo” para aliviar al enfermo. La eutanasia pasiva no es una actitud médica, que deba practicarse, siempre estará justificada alguna acción terapéutica mínima, paliativa, de apoyo psicológico, etc.

Durante la formación profesional, el médico aprende a respetar la vida humana sobre todas las cosas. Se recuerda el Juramento de Hipócrates y todas las normas éticas que de él derivan, así como el aforismo terapéutico atribuido a Galeno “lo principal es no dañar”, con

lo que se adquiere “concepción moral” de no aceptación a la eutanasia y el médico se torna reacio a sacrificar una vida. Sin embargo, se atribuye también a Galeno la siguiente frase “si no puedes curar, cuando menos mitiga el dolor”. El médico como humano y partícipe directo del dolor y sufrimiento en una agonía penosa, se conmueve y también sufre el dolor ajeno; por lo que, consciente de no poder curar al paciente, desea mitigar la horrible pena física o mental de su agonizante.

En caso necesario las dosis crecientes y altas de narcóticos puede ser inconveniente y llegar a ser mortal, lo cual convierte el acto terapéutico en eutanasia involuntaria, lenitiva. Es la norma del doble efecto terapéutico. En estas condiciones con paciente crítico y agonía penosa, lo que verdaderamente cuenta para el criterio médico es la intención (su moral) puesto que:

1. Es bien difícil establecer si la muerte es producida por la propia enfermedad o daño, que siguiendo su evolución (historia natural) haya llegado a la agonía; o es debida a una real sobredosis de calmantes administrados en forma humanitaria (o de muerte digna).
2. La diferencia entre calmar el dolor y producir la muerte es cuestión de dosis de calmante o narcótico y la reacción del paciente puede ser impredecible, el médico no puede precisar con certeza el límite terapéutico, “labora al filo de la navaja”.
3. Si la intención es calmar el sufrimiento, están de acuerdo médicos, moralistas y juristas, pero si el médico presiente que al “humanizar la agonía” pudo llegar a dosis mortales, será su conciencia la única que le puede reclamar con prejuicios morales, más o menos elásticos según sea su formación extraprofesional, o puede estar tranquilo con la seguridad de haber ayudado al paciente.

Por tratarse de pacientes en fase terminal, generalmente nadie sospecha haberse realizado eutanasia, solamente demostrable por incremento en la concentración sanguínea de sustancias, incluso medicamentos en uso terapéutico cuya absorción puede ser deficiente y difícilmente se puede asegurar o determinar la aplicación deliberada de dosis mortal. “Sutil diferencia entre mitigar y terminar el sufrimiento”.

CONSIDERACIONES

La concepción actual de eutanasia, no es un sacrificio humano permitido o no, es un hecho donde priva el humanitarismo y lo que cuenta como valor principal es la intención; esto es, la función cerebral (humanitarismo racional) y no la función biológica (corporal o somática). Por tanto, un humano como ser pensante es más importante que su propia vida.

Este concepto partió probablemente de las enseñanzas de Francis Bacon, quien exigió de la ciencia que ayudara al hombre a dominar la naturaleza y señaló además, que la función del médico no es solamente la de restaurar la salud, sino también mitigar el dolor hasta el punto de llevarlo “hacia una travesía fácil y honesta”.

Con base en el derecho manifiesto de un paciente (agónico o con pronóstico mortal a corto plazo) sustentado en su consentimiento ampliamente informado del pronóstico, y ejerciendo su autonomía, toma como determinación poner fin al sufrimiento, se supone que

el médico debe respetar esta decisión e incluso apoyarla. Pero, no puede condescender. Como refiere el Dr. Velasco-Suárez, desgraciadamente no se acata la “medicalización” de la muerte; cuando se supone que la eutanasia liberadora o el morir con dignidad afecta solamente al interesado, no a terceros.

Es válido ética, moral y legalmente aplicar solamente “medidas médicas ordinarias” a pacientes agónicos incurables, o retirar las “medidas extraordinarias” en uso cuando se comprende que se prolonga la agonía; ¿por qué no es factible realizar alguna “acción positiva” libremente solicitada para no prolongar un sufrimiento inútil? ¿Acaso no llevan al mismo fin?, el de humanizar la muerte, evitar el sufrimiento, no prolongar la agonía, condescender a la autodeterminación del paciente y respetar su voluntad manifiesta y final! ¿No es acaso permitida la pasividad médica (verdadera eutanasia indirecta voluntaria) cuando el paciente ejerce su derecho de autodeterminación y se atiene al “código de no animar” o veta empleo de “medios extraordinarios” de prolongación de la vida?

Definitivamente ¡no corresponde al médico sino al paciente decidir (bajo amplia información) la forma como desee la atención previa a su muerte!, y el médico debe, en lo posible, acatar esta decisión! ¡Es un derecho del paciente que debe respetarse!, ¡es su autonomía! ¡Es el derecho de autodeterminación; válido tanto en vida como en muerte! ¡Derecho que estando en vida, como ser humano, con decisión valedera, estando consciente y mentalmente competente, manifiesto ante testigos!

Como contraparte, al enfermo que pida todo tipo de ayuda previa a su muerte, deberá acatarse su determinación, auxiliándolo hasta donde sea humanitaria y técnicamente posible y médicamente conveniente a su estado.

Las leyes actuales en el país son muy claras, no permiten ningún tipo de eutanasia, ni activa ni pasiva, penalizando a quien la practique.

Despenalización de la “eutanasia” y legalización de “morir con dignidad”

Cambiar la denominación cómo se ha realizado en los países donde se autorizó, debido al desgaste del primer nombre; que si bien etimológicamente son sinónimos, este segundo vocablo parece tener ante el público mayor sentido humanitario y de ayuda al menesteroso.

Habrán obviamente casos donde el individuo no la demande; pueden ser muchos, hasta la mayoría de nuestros pacientes; pero debe buscarse la forma de darle oportunidad al solicitante que teme a la muerte, a pasar este trance, a lo desconocido, al más allá, o al dolor físico, a la ruina corporal o económica, al que no desea sufrir y demanda ayuda para morir apaciblemente, sin miedos ni temores, tranquila y serenamente ¡con dignidad!

Los médicos con mucho tiempo de recibidos, han pasado por experiencias muy significativas, con súplicas desesperadas de ayuda para terminar su existencia y no pueden auxiliarlos, como debe realizarlo un médico, mitigando el sufrimiento humano.

Para proponer este cambio, sería necesario contar con encuestas en el país, para poder determinar con base en datos probabilísticos la aceptación y rechazo de médicos y público; por grupo de edad otorgando mayor valor de los grupos supuestamente más próximos a morir, o en su defecto considerar solamente a los mayores de 50 o 60 años.

Antes de arriesgarse a un rotundo fracaso (por la oposición de grupos conservadores) debería hacerse un mercadeo y vender la proposición por medios de difusión masiva, hasta

hacer conciencia a adultos y ancianos para que cuando presenten muerte inminente y tengan sufrimiento por ello, pueden recurrir a este procedimiento (de ser legal) de muerte digna.

Además del deseo personal, existen otras variables que influyan directamente en la muerte y su correlación con el deseo de morir con dignidad. Las ventajas de la eutanasia, no deben fincarse en costo terapéutico, en oferta y demanda, gastos familiares o institucionales, sino en los principios y derechos éticos enunciados; esto es, autodeterminación sobre su vida, solicitud con base en consentimiento informado, beneficencia, prioridad, solidaridad, etc. y muy especialmente humanitarismo. El público debe tener conciencia que puede humanizarse la muerte, que es necesario morir, pero no debe ser angustioso, debe perderse el miedo a la muerte, aceptarla sin temor al sufrimiento y tener ayuda en caso de flaqueza.

El médico no podrá jamás por sí solo influir en decisiones sociales. El poder “convencer” es patrimonio de políticos (en este caso de los no conservadores), por tener disponibilidad en los medios de comunicación y posteriormente para proposición oficial. Con estrategias semejantes se han obtenido prebendas similares para otras demandas de derechos humanos planteadas por grupos sociales (de la mujer, de homosexuales, etc.); sin embargo, y por desgracia para autorización de muerte digna, difícilmente se harán manifestaciones públicas para exigir este derecho, cuando menos en México; donde, no se tiene conocimiento de haberse realizado acciones en pro de la despenalización o legalización de la eutanasia o muerte digna; tampoco se dispone de documentación o publicación por alguna asociación científica, institución estatal o paraestatal, agrupación o partido político que se hayan manifestado a favor de este procedimiento humanitario.

Además del poco interés público, los razonamientos antes expuestos y especialmente la religiosidad del pueblo y las leyes actuales, tornan difícil su despenalización o legalización. En caso de legislarse la abrogación de la eutanasia; sería imperioso, por algún medio legal, asegurarse en el protocolo que al ejercer esta solicitud del paciente, la aplicación de la muerte digna jamás sea realizada por motivos diferentes al criterio médico, no unitario, sino compartido y preferentemente dentro de un comité especial para el caso, para evitar así su realización por lucro, u otras causas afectivas o sociales.

De lograrse este soporte legal (autorización) debería ser suficiente para poder consentir sin problemas jurídicos a las súplicas de pacientes desahuciados y acortar un trance temido por sufrimiento físico o mental y que acontecerá irremisiblemente a corto plazo.

Tradicionalmente se consideró la posibilidad de eutanasia en casos de padecimientos en etapa terminal con dolor físico intenso, no controlable (se ha agregado sufrimiento mental intolerable), sin tener conocimiento de casos permitidos legalmente de práctica de eutanasia sin enfermedad terminal y con base en sufrimiento mental.

En mayo del 2002, una paciente con cuadriplejía y siendo mentalmente competente tramitó durante un año ante el Alto Tribunal de Gran Bretaña, permiso para morir y debido “*al gran valor, fuerza de voluntad y determinación mostrados*” se le autorizó (y posteriormente realizó) suspensión de soporte respiratorio; por considerar que “*la mujer tiene el derecho al retiro de la asistencia respiratoria y a un tratamiento apropiado, incluyendo drogas para aliviar el sufrimiento y permitir que su vida llegue a su fin pacíficamente y con dignidad*”. Primer caso legalmente autorizado de eutanasia (suspensión de soporte respiratorio vital) por sufrimiento mental. Esta inglesa (Diane Pret) fue ejemplo determinante en la resolución de Bélgica para legalización de la eutanasia en ese país.

CONCLUSIÓN

Con base en lo anterior se considera debe ser ética la “eutanasia”, cuando sea solicitada dentro de los reglamentos especificados previamente y esté médicamente justificada y avalada por más de una sola opinión. Y en consecuencia promover la legalización de la eutanasia liberadora, considerada como “muerte digna” para evitar sufrimiento inútil. Siempre que se actúe bajo las premisas anteriormente referidas como establecidas en países donde es permitida, aunadas a las siguientes:

1. Siempre valorar en comité cada caso personal *per se*, individualizar al paciente y sus circunstancias.
2. Tener el enfermo padecimiento terminal a corto plazo, certificado por el Comité Hospitalario del servicio correspondiente, con agobiante sufrimiento físico o mental, sin posibilidad alguna de recuperación o con posible supervivencia no digna o indeseable.
3. Solicitud del paciente por escrito y ante testigos, respetando los deseos del paciente legalmente competente, por ser agente moral autónomo, actuando con legal autodeterminación sobre su salud, enfermedad y muerte, presentando plenas facultades mentales él, sus familiares o representantes sociales o legales.
4. Apoyados por la certificación de autenticidad y de justificación determinada por el Comité Hospitalario multidisciplinario de Bioética Médica.
5. Significa condescender a la solicitud de adelantar acontecimientos irremisibles a corto plazo, retirando o no aplicando medidas terapéuticas que no desea ni le benefician, anestesiando al paciente hasta su defunción o incluso administrando humanitariamente un fármaco que proporcionará al moribundo la tranquilidad y descanso anhelado.
6. Nunca ejercer la eutanasia sin haber descartado toda posibilidad de evitarla y muy especialmente en casos de enfermos aunque muy graves, cuyo motivo predominante sea la depresión nerviosa pasajera o angustia por problemas sociales temporales.
7. Esta voluntad del paciente representa seguir, desde el punto bioético médico:
 - Principio de autodeterminación del individuo, con respecto a su propia vida.
 - Última voluntad de un ser humano condenado a muerte.

SUICIDIO ASISTIDO

El suicidio asistido corresponde a la categoría legal, ética y moral de la eutanasia; es una variante de ella, en la que el médico u otro asistente colabora en la preparación técnica, pero sin participar directamente en la acción final. Es modalidad reciente puesta en práctica por algunos médicos en Estados donde está prohibida la eutanasia.

En 1991 apareció el libro *Final Exit* de Derek Humphry que causó gran revuelo por describir como una persona enferma en fase terminal puede suicidarse y lo fácil que es imitarlo por sanos, jóvenes y viejos. El Dr. Jack Kevorkian llamado por unos, “el ángel de la muerte” y por otros “la máquina del suicidio”, se hizo famoso en el estado de Michigan, EUA, donde la eutanasia liberadora está prohibida; sin embargo, realizó más de 130 suici-

dios asistidos reconocidos y a pesar de ser procesado, nunca tuvo penalización por no tener participación directa y no haber acusadores. Solamente preparaba todos los detalles para autoaplicación o suicidio voluntario del solicitante. Kevorkian había ideado y puesto en práctica un método por el cual insertaba por vía parenteral una solución fisiológica y el paciente por sí mismo activaba el paso de una solución con barbitúrico y le seguía otra con cloruro de potasio que paraliza el corazón en sístole, sistema que llamó “Thanatron”. ¡El paciente muere de paro cardíaco mientras duerme profundamente! Sin embargo, en 1999 fue sentenciado de 10 a 25 años de cárcel por asesinato en segundo grado, después de mostrar por televisión nacional un vídeo de muerte por aplicación de inyección letal a Thomas Youk.

En 1994 en el estado de Oregon, EUA, se aprueba legalmente esta actividad al amparo del concepto de “muerte digna” y la llamada *Physician Assisted Suicide* (suicidio médicamente asistido), con gran oposición, pero sin mayoría, de grupos moralistas (religión católica y protestante) y de la *American Medical Association* (AMA).

Esta autorización tiene como antecedente “Una guía para suicidarse” (*Voluntary Euthanasia Act*) publicada (1969), folleto que editó la “Sociedad por el Derecho a Morir con Dignidad” de Londres, Inglaterra, donde se recomienda la forma en que puede suicidarse sin apoyo de terceras personas; con la aclaración de presentar las condiciones requeridas para eutanasia: enfermedad penosa, incurable, terminal etc.; enumerando las formas para realizarla, aconsejando la ingestión a sobredosis de tabletas sedantes o tranquilizantes y la intoxicación por monóxido de carbono o con gas doméstico. Esto no necesita del concurso de un médico y produce una muerte dulce y sin violencia.

El suicidio en sí (no el asistido) no corresponde al ámbito de la bioética médica, por ser acto ajeno al conocimiento y actuación del médico; tampoco lo atañe cuando el suicida es un enfermo físico o mental siempre y cuando no esté bajo su responsabilidad y desde luego sin su consentimiento, ni auxilio, ni oportunidad de haberlo evitado.

Otros tipos de suicidio no tipificados como tales ni como responsabilidad médica, son los realizados por pacientes que abandonan el tratamiento que los mantiene con vida (actitud pasiva) o que tienen opción a la administración de dosis mortales con los fármacos administrados por el médico (caso positivo), por ejemplo un diabético puede a voluntad caer y fallecer en coma por hipoglucemia o hiperglucemia; un cardiópata ingerir altas dosis de digital o abstenerse de tomarla, etc. ...posiblemente sin que el médico sospeche la decisión del paciente ni la verdadera causa de la muerte.

CONSIDERACIONES

La eutanasia y el suicidio asistido nunca constituirán un acto médico propiamente dicho. Representan el fracaso psicoterapéutico, la desesperación del paciente, el consentimiento ante la impotencia de aliviar o controlar al paciente, de otra manera no se puede concebir este apoyo al agónico. Los códigos de bioética médica vigentes no consideran autorizables estas actividades, ni los incluyen dentro del concepto de “muerte digna”.

En caso de aprobarse la legalización, lo cual sería deseable, sea de la eutanasia o el suicidio asistido o de ambos bajo el concepto de “muerte digna”, desde luego bajo el estricto criterio de un comité bioético médico; y para la aceptación de éste (además de seguir las

normas de tipo social y legal referidas como aplicadas donde la eutanasia está aprobada), deberán ponderarse los siguientes parámetros:

1. Jamás asistir a un o una suicida aunque presente enfermedad terminal estando apto(a) para realizarlo por sí solo.
2. Verificar incapacidad o imposibilidad del paciente para que él mismo resuelva su problema, sin ayuda directa o indirecta.
3. Beneficencia personal solamente del paciente, sin favorecer intereses ajenos.
4. Circunstancias que acompañan al deterioro físico del padecimiento penoso del paciente.
5. Componente psicológico y social del paciente, que aunado al estado físico influya su salud.
6. Derecho humano a decidir su futuro, y a evitarse sufrimientos físicos, mentales o sociales innecesarios.
7. Enfoque situacional con concepción holística; esto es, que incluya todas las variantes relevantes relativas al caso.
8. Evitar que este tipo de muerte se convierta en procedimiento de elección sistemático, alternativo a la muerte natural, como sucede en países donde se ha legalizado.
9. Debe considerarse ante la muerte inminente penosa y agobiante en ponderar con ecuanimidad los principios pragmáticos de la bioética médica actual de prioridad, beneficencia, humanitarismo, solidaridad y apoyo al paciente.
10. Haber informado ampliamente lo solicitado y reafirmado por escrito su tenaz determinación de ejercer autonomía sobre su vida y de suma importancia resulta el hecho de que el médico no haya logrado disuadirlo de su petición.

La eutanasia y el suicidio asistido lo solicitan los pacientes agónicos o no; pero con grave sufrimiento mental (mas bien que físico) que temen hasta la desesperación el advenimiento de la muerte inminente sin soportar la idea de dar solo este último paso definitivo, sin ayuda o acompañamiento y que considera haber perdido el control de sus actos y no sabe resolver la situación y solicita ayuda. Tampoco tiene fuerza de voluntad suficiente para poner por mano propia fin a su precaria existencia. Los que exigen estos procedimientos constituyen la mínima parte de los pacientes agónicos conscientes.

Se recuerda una vez más la definición de salud: "Es el bienestar físico, mental y social del individuo" y no solamente la falta de enfermedad. Hasta ahora se ha considerado el sufrimiento físico, sin considerar el aspecto psicológico y social del moribundo que solicita tener una muerte digna.

"Su angustia mental aunada a su padecimiento o agotamiento físico, lo ha llevado a una perturbación tal que antepone con férrea voluntad su propia vida al sufrimiento (físico, mental o social)"; donde "el instinto de conservación pasa a segundo término, ocupando el primer lugar la desesperación, el temor o la angustia". Bajo la etiqueta muerte digna social, se conciben aquellos casos de pacientes precisados al abandono de servicio médico o prestaciones sociales, por motivos familiares o económicos y sientan abandono o que no puedan solventar el costo de la atención y demanden fin a su agobiante vida; serían candidatos a considerar la muerte digna con aplicación de la eutanasia como causa social. Cuando este desasosiego del paciente (en estado crítico y con muerte inminente), demanda poner fin a su existencia, demostrando problemas sociales que justifiquen su petición, el médico debería poder condescender.

No obstante, que estas tres variantes del concepto salud deberían por definición tener el mismo peso específico, probablemente en el caso de solicitud de eutanasia por causa social, tenga menor posibilidad de aceptación (por considerarse una forma de eliminar cargas sociales).

La decisión de este tipo de asistencia médica, en caso de aceptarse, deberá ser la misma o similar a la referida como valedera para autorización de “eutanasia y muerte digna” en estados donde ha sido autorizada.

“A pesar de todas las precauciones que puedan tomarse, siempre se correrá el grave riesgo de perder la racionalidad médica y realizar estos actos bajo otros criterios o finalidades”. Como acontece con todas las determinaciones jurídicas; las leyes y sus sistemas de aplicación pueden fallar; pero se aceptan y acatan. Es muy poco probable que en este caso suceda por llevar la solicitud del interesado, el aval de un Comité de Bioética y si legalmente se considerara necesario, la aprobación de médico legista u otra instancia que sustente legalmente la petición.

En caso de legalización o despenalización, el médico tramitará el caso ante el Comité solamente cuando considere este procedimiento de muerte digna o de eutanasia liberadora (dependiendo la nominación aceptada) “cuando sean la única forma de suprimir un grave sufrimiento humano físico, mental o social”.

MUERTE DIGNA

Definición

Se expone la siguiente: “Es morir con pleno conocimiento del trascendental acto que se aproxima, esperarlo con serenidad, tranquilidad y pasividad, sin dolor ni angustia y con participación más o menos activa dependiendo de sus condiciones mentales”. Desde luego, debe haber un padecimiento o proceso en fase mortal irreversible y a corto plazo.

Evitar sufrimiento

Es generalmente factible lograr una muerte digna con tranquilizantes, antidepresores y analgésicos aunados a psicoterapia e información adecuada y precisa con base en humanitarismo, amor al prójimo y buena relación médico-paciente.

Para lograr la muerte digna, deberá evitarse mediante acciones médicas, tanto la angustia como el dolor, para llegar así a una muerte tranquila, sin sufrimiento físico ni mental.

- a) **Mitigar el dolor.** Cuando los esfuerzos del médico tratante, sea especialista o general, no logran calmar satisfactoriamente dolores excesivamente agudos, por terebrantes o insoportables, cada vez se considera con mayor frecuencia la intervención de las “clínicas del dolor”. Son de gran utilidad por su alta especialización y generalmente logran calmar el dolor, cualquiera que sea la causa, el lugar y la intensidad. Recurren a procedimientos quirúrgicos o medicamentosos por vía sistémica, oral o local, logrando resultados eficaces utilizando dosis terapéuticas subletales.

- b) **Calmar la angustia.** Para ello es factible administrar terapia antiangustiante o tranquilizante, siendo preferible, de ser posible, recurrir a un especialista en psiquiatría, psicología o en pacientes terminales.

Tanatología

Los médicos tanatólogos (especialidad de reciente iniciación) consideran que la muerte digna es aquella que se presenta en forma aceptada y procuran por convencimiento que el enfermo agónico afronte sin temores su propia muerte. De lograr esta concepción, el paciente tendrá actitud de cooperación médica y social hasta el final. Es más fácil convencer a pacientes con arraigadas creencias religiosas donde se considera al suicidio asistido o no, y a la eutanasia como acto incorrecto y punitivo (por ser pecado); sin aceptar otro tipo de muerte que no sea la natural y perder además la esperanza del paraíso después de la muerte. ¡Sin importar el credo, cualquier hombre debe nacer, vivir y morir con dignidad!

Esta nueva corriente médica considera que el paciente en fase terminal puede con psicoterapia disminuir su angustia y temores, llegando “por vía natural a lograr una muerte digna”. Esto no implica eliminación de medidas terapéuticas de las llamadas ordinarias. Cuando se logra una adecuación psicológica y sin dolor, es indiscutible y ampliamente demostrado que se llega sin dificultad a una muerte serena.

Puede ser difícil lograr convencer al paciente que desea una muerte inmediata como la única solución a su futuro destino, puesto que la generalidad de los médicos no está familiarizado con esta disciplina tanatológica, no ha sido cátedra en la formación profesional y poco o nada se practica en hospitales este adiestramiento de pregrado y posgrado; tampoco el médico privado lleva a cabo por falta de tiempo y sin apoyo para su realización en los sistemas particulares o institucionales. Algunos pacientes no lo aceptan por la tendencia teológica que se le da.

CONSIDERACIONES

Se considera que cuando se logra poner en práctica este concepto de muerte digna es mucho más ético y médico; además otra opción es rechazada bajo los aspectos moral y legal; por tanto, será siempre preferible la muerte natural y digna en lugar de recurrir a la eutanasia o suicidio asistido.

Cuando no se logre una muerte ideal natural digna es conveniente tener disponible tener la posibilidad de contar con una segunda alternativa, que responda a las solicitudes de pacientes agónicos temerosos que demandan apoyo para morir dignamente; que puede también lograrse sedando profunda y continuamente al paciente hasta su muerte natural.

El enfermo agónico en hospitales de alta tecnología, solo, aislado, sin humanitarismo, rodeado de aparatos no logrará jamás una muerte digna, fallecerá inconsciente, sin cariño de sus seres o familiares queridos. Sin considerarse conservador, no se alcanza una muerte digna en hospitales de alta tecnología, solo, aislado, sin humanitarismo, rodeado de aparatos, en lugar de esperarla en cama propia y con grata compañía.

Procurar cuando sea factible alta de los servicios hospitalarios y de los subservicios de cuidados intensivos, donde no puede por diversos motivos existir un ambiente verdadera-

mente propicio para morir. Humanizar la muerte y así se disminuirán las demandas irreversibles de muerte artificial.

En la mayor parte de hospitales dedicados a enfermos terminales, es gran preocupación lograr la muerte digna y dedican esfuerzos económicos y personales a la preparación psicológica de los internados, como último y mejor regalo a ofrecerles.

BIBLIOGRAFÍA

- Código Penal para el Distrito Federal en la República de los Estados Unidos Mexicanos, Ediciones ALF, S.A. de C.V, junio de 1996.
- Cordera A, Bobenrieth M:** "Administración de sistemas de salud", Tomo I, p. 68-70, Edit. los autores, Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Cordera Pastor A:** "Eutanasia" 1ª. Parte. Rev. Directivo Médico, vol. IV, No. 4, p. 28-32, 1997.
- Cordera Pastor A:** "Eutanasia y Suicidio Asistido". Rev. Directivo Médico, vol. IV, No. 5, p. 33-37, septiembre-octubre 1997.
- Fasanella G, Corda E:** "La eutanasia y la profesión de la enfermera". Rev. Internacional de bioética Deontología y ética médica. 1993/3a ed, Edit. Universidad Anáhuac, México.
- Humphry Derek:** "A Twentieth Century Chronology of Voluntary Euthanasia and Physician-assisted Suicide" (ERGO), 1998.
- Jiménez de Asúa JL:** "*Libertad de amor y derecho a morir*". Edit. Losada, Buenos Aires, Argentina, p. 417.
- Küng H, Jens W:** "*Morir con dignidad, un alegato a favor de la responsabilidad*". Ed. Trotta, S.A., Madrid, 1997.
- Lerner BH:** "Knowing when to say goodbye: Final exit and suicide in the elderly". Suicide – Life – Threat – Behav. 1995 Winter; 25 (4): 508-12; discussion 513-518. EUA.
- Gonzalez Constandse R:** "Ética Médica". Rev. Medicina Integral, vol. 1, No. 6, 1987, México.
- Hortelano A:** "*Moral de bolsillo*". Ed. Sigüeme, Salamanca, España, 1989. p. 116-119.
- Juan Pablo II:** "*Carta encíclica Evangelium Vitae*", 116-118, Documentos Pontificios 44, Ediciones Vaticanas.
- Küng H, Jens W:** "*Morir con dignidad, un alegato a favor de la responsabilidad*". Edit. Troya, S.A. Madrid, 1997
- Llano Escobar A:** "El morir humano ha cambiado". Bol. de la Of. Sanit. Panam., vol. 108, No. 5 y 6. p. 465-472, 1990, Washington, D.C., EUA.
- Perez Alvarez JJ:** "Deontología médica", conferencia en VII curso a Directivos Médicos, IMSS, 1973, México.
- Puca A:** "El caso de Nancy Beth Cruzan". Rev. Medicina y Etica, vol. IV, No. 4, p. 99-120, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Reed C:** "Oregon Tackles Mercy Killing". Globe and Mail, Toronto Ont., Canadá 1997-Jun-27, p. A12.
- Roldán González J:** "*Ética Médica*", cap. 10, p. 107-114, Edit. Librería Parroquial Clavería. 3a ed., México, 1990.
- Sainz Janini J.M:** "La ética y el humanismo en la formación y en el ejercicio profesional médico". Rev. Medica del IMSS (Méx.), vol. 24, No. 1, p. 1-4, 1986.
- Soni J:** "Decisiones sobre eutanasia". Gaceta Médica de México, vol. 120, No. 7 y 8, 1984.
- Velasco-Suárez M:** "Bioética pragmática en cirugía neurológica. Gaceta Médica de México, Vol. 133, No. 3, p. 211-113, mayo-junio, 1997.

Utilización de tecnología médica

“El encarecimiento en la atención médica ha sido resultado de la creciente tecnificación, pero también de la irracionalidad”.

Alberto Lifshitz

COMENTARIO

Los temas de muerte y prolongación de la vida, eutanasia y suicidio asistido y éste de utilización de la tecnología médica cobran actualidad; cada día el interés de los pacientes, especialmente los graves y próximos a morir o que presupongan su ingreso a unidades de cuidados intensivos, para discutir el futuro comportamiento del médico cuando se presente la fase terminal de su padecimiento. El médico, a pesar de comprender al doliente, no siempre puede corresponder a sus legítimos deseos.

DESARROLLO

En la antigüedad la medicina evolucionaba sin secuencia, alternando grandes periodos de estancamiento con enormes saltos, debidos al advenimiento de “genios de la medicina”, como: Galeno, Hipócrates, Averroes, Paré, Harvey, Pasteur, Lewenhock, Laenec, Curie, etc.

A mediados del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, se produce un verdadero avasallamiento científico en todas las ramas de la medicina y tecnología paramédica; aparecen los antibióticos que luchan más equitativamente contra los microbios; los materiales de osteosíntesis (placas, tornillos, clavos, prótesis...) que revolucionan la traumatología; progresan los anestésicos, primero los gases y después los endovenosos, que evoluciona la cirugía permitiendo intervenciones quirúrgicas prolongadas a bajo riesgo; los estudios de radiodiagnóstico se enriquecen con tomografías, después con las axiales, resonancia magnética y la tomografía de emisión de positrones cuya nitidez y definición de imágenes son excepcionales; ultrasonidos, ecografías y centellogramas, que permiten “ver” desde afuera el interior del paciente; técnicas de endoscopia para visualizar al paciente por dentro; microscopios electrónicos demuestran virus antes no sospechados; la misma electrónica aporta aparatos altamente sofisticados, marcapasos, respiradores, riñón artificial, circulación extra-

corpórea, que permiten mayor supervivencia; la cirugía invade todo el cuerpo y realiza trasplantes de órganos vitales únicos, considerados tabú; rayos de luz (láser) inciden y reparan tejidos; los abordajes quirúrgicos por laparoscopia sustituyen actualmente muchas celiotomías, la microcirugía reparadora, cirugía endoscópica a distancia guiando robots por computadora, radiocirugía estereotáxica con acelerador lineal en cirugía cerebral; en investigación se tiene muy adelantado el desciframiento del código genético, pudiendo en un futuro saber por anticipado probables enfermedades a sufrir, modo de prevenirlas y curarlas, este llamado **proyecto genoma** se está llevando a cabo y podría representar el descubrimiento científico más grande que el hombre jamás haya realizado; actualmente los investigadores están en condiciones de producir bebés de probeta, réplicas y clonaciones de humanos; la mayor parte de estos espectaculares avances son factibles debido a la recién iniciada era del microscopio electrónico y especialmente de la computación, que con su alta precisión, tecnología y velocidad de procesamiento de datos, ha invadido en forma determinante todas las ramas de la atención tecnomédica en cuanto a métodos de diagnóstico, tratamiento e investigación, etc.

La tecnología también apoya en interpretación de estudios (p ej., los electrocardiogramas, encefalogramas, etc.) y la llamada **medicina de evidencias**, que proporcionando a un ordenador datos clínicos de diagnóstico permite formular preguntas para discernir dudas técnicas, de diagnóstico, pronóstico y tratamiento a un programa de computación; se obtienen respuestas con tal eficacia que son ocupadas por hospitales hasta de tercer nivel; el programa **Mediline** proporciona bibliografía médica al solicitante, con solo entrar a internet y marcar el tema deseado (una super biblioteca).

CLASIFICACIÓN

Los avances tecnológicos que intervienen en la práctica de la medicina se clasifican, por su costo y nivel operativo, en tres categorías:

1. Los que facilitan la prevención de enfermedades y conservación de la salud con poco dispendio, equivalentes a acciones de medicina comunitaria, epidemiológica y preventiva.
2. Los que permiten la detección o curación de enfermedades a un costo razonable; como son nuevas técnicas quirúrgicas (cirugía miniinvasora por laparoscopia, utilización de rayos láser, etc.), medicamentos de corto tiempo de administración, para señalar algunos ejemplos.
3. Los que permiten mantener la salud y una calidad de vida razonable, pero requieren de considerables recursos materiales y humanos. Se incluyen en esta categoría los trasplantes de órganos (corazón, hígado, pulmón, riñón, miembros, etc.), medicamentos, especialmente los requeridos para evitar rechazo en trasplantes o los ofrecidos como paliativos en enfermedades por ahora no 100% curables (neoplasias y ciertos virus), y algunas técnicas y aparatos muy sofisticados o selectivos.

De cara a la sociedad, es evidente que al impartir la atención médica, sea la utilización de esta última categoría la que pueda acarrear problemas o fricciones bioético médicas entre el

que imparte la atención y el usuario; debido a su alto costo, escasez del recurso, exigencia para su uso y beneficio exclusivamente unitario y frecuentemente con los mismos resultados que con tecnología no tan sofisticada.

Tratándose de aplicación de nuevas tecnologías (sean innovaciones en aparatos para diagnóstico, medidas terapéuticas médicas o quirúrgicas, etc.), cabe siempre el riesgo de provocar al receptor de éstas una *malpraxis* médica porque el operario no domina todavía su utilización y riesgos que conlleva.

OPINIÓN PÚBLICA

La población que sigue en medios de difusión masiva las noticias de adelantos científicos, solicita con insistencia la aplicación inmediata (incluso antes de llegar al mercado) de métodos y equipos de diagnóstico o tratamiento medicoquirúrgico. Dando obviamente por válidas y legítimas todas las bondades referidas en la difusión propagandística o distorsión periodística que las proclama. Estas demandas no son siempre la mejor opción médica o no son accesibles. De ahí la negativa y el consecuente conflicto entre el prestador y el receptor del servicio.

Los reclamos actuales de los pacientes (no siempre descabellados, pero generalmente exagerados) consisten, por ejemplo: a la más mínima cefalea, piden resonancia magnética o tomografía axial computarizada de cráneo; con angina de pecho, coronariografía y posterior revascularización de coronarias; litotripsia con rayo láser en cálculos renales o biliares; histerectomía al término de edad gestacional; cesáreas en lugar de partos; corrección de problemas visuales con rayos láser; exclusiva cirugía por endoscopia o laparoscopia; estudios de resonancia magnética y ultrasonido contra radiografías convencionales o contrastadas; etc.

OPINIÓN MÉDICA

Encarecimiento de la atención

Principalmente el especialista desea disponer de la última tecnología diagnosticoterapéutica que represente la novedad más relevante posible, lo que concuerda con los deseos del paciente, pero por motivos diferentes.

Al médico generalmente no le importa el costo al paciente o a las instituciones o administraciones de salud donde labora. Esto encarece la asistencia hasta superar los presupuestos familiares y gubernamentales de atención pública, sin que en la mayor parte de los casos, los beneficios de contrapartida parezcan aportar una ventaja suficientemente justificadora.

Cuando es práctica particular, a nivel médico no se presentan inconvenientes éticos, solamente impedimentos económicos para el paciente; pero en las instituciones estatales o paraestatales del Sector Salud, puede haber falta de equidad en la prestación de acuerdo a los niveles de atención médica donde se esté atendiendo al paciente. Opera tecnología más simple en un hospital de segundo que de tercer nivel.

Los gobiernos se ven impotentes para frenar la invasión tecnológica propiciada por la demanda que le acarrea alto costo en divisas, pero cuyo éxito no puede ignorar el público y los resultados médicos son casi siempre portentosos. Su carencia parece involucrar negativamente el prestigio hospitalario; tenerlos disponibles, incrementa la imagen médica nacional y evita fuga de pacientes y también de “cerebros” que buscan en otros países la tecnología de punta carente.

Motivaciones del médico

Las razones del médico para utilizar la tecnología de punta, pueden variar, desde querer ayudar al paciente, su deber más loable, o demostrar prestigio y suficiencia a sus colaboradores o alumnos. Siempre causa satisfacción profesional participar de los adelantos científicos al lograr el médico o cirujano realizar un nuevo procedimiento o conocer por experiencia propia su funcionamiento y resultados. Todo médico que se precie de serlo y estar actualizado tendrá este anhelo.

Actualmente sucede que en ocasiones el médico debe poder demostrar haber realizado todos los actos médicos (diagnósticos y terapéuticos) necesarios para salvar cualquier responsabilidad que se le impute por supuesta deficiencia o negligencia en la atención. El uso excesivo de tecnología para “cubrirse las espaldas” de demandas legales, es frecuente recurso para tranquilidad del profesional ante el temor a circunstancias posiblemente presentables.

CAUSAS DEL ABUSO TECNOLÓGICO

En el abuso médico referido, además de la mencionada causa por solicitud pública excesiva debido a la difusión de las virtudes diagnósticas y terapéuticas, se citarán como causas médicas las siguientes:

Excesiva solicitud

Elevada utilización innecesaria de estudios diagnósticos, inútiles y superfluos demostrada estadísticamente por el alto número de “resultados negativos o normales” contra los que muestran datos patológicos. Se solicitan de rutina, sin buscar confirmación clínica, en ocasiones sin siquiera tener un “diagnóstico presuncional” esperando un “serendipismo” o “diagnóstico casual por azar”. Además de excesivos, se recurre al uso de métodos diagnósticos sofisticados y caros, existiendo otros que a menor costo son igualmente eficaces y confiables.

Exigencia terapéutica

Realización de internamientos evitables o estancia prolongada en áreas normales de medicina o cirugía del hospital, o en servicios especiales como unidades de cuidados intensivos o similares. La tecnología de alta especialización, unitaria y supuestamente salvadora, produce como resultado frecuente, vida precaria en duración y bienestar; pero, por ofrecerse al público y gremio médico con técnicas de mercadeo adecuado, producen demanda incontrolable del médico y usuarios.

Formación profesional

El médico especialista recibe con prioridad su entrenamiento de posgrado en hospitales de tercer nivel y/o de subespecialidades, donde se concentra la máxima (lograda y última adquirida) tecnología disponible. Es obvio que al manejar tecnología de punta y pasar posteriormente, a laborar en hospitales de menor jerarquía (generales o de zona) se descontrola, no pueda adaptarse a laborar sin ellos, sienta indispensable tener los mismos recursos conocidos, los extraña y los exige.

ASPECTO BIOÉTICO

Para entrar en materia es necesario formular ciertos planteamientos bioéticos con respecto al uso de tecnología en el diagnóstico y tratamiento médico: ¿son verdaderamente indispensables los exámenes o pruebas de laboratorio solicitados?, ¿existe una indicación precisa del estudio de gabinete ordenado?, ¿se justifica plenamente el uso de una nueva tecnología de acuerdo a su calidad de resolución, eficacia, acceso y precio?, ¿supera esta nueva opción a la tecnología actualmente en uso y supone ventajas técnicas que compensen su costo?, ¿mejorará la calidad de vida de los pacientes en los que se utilizará?, ¿es necesaria la permanencia de una tecnología cuando no reporta mayores beneficios?, ¿existe personal calificado para operación, interpretación y utilización adecuados?, ¿podrá ser accesible a la población en general o estará reservada a unos pocos privilegiados?

Con base en estas interrogantes pueden citarse ciertas características bioéticas comunes que deben valorarse antes, durante y después de la aplicación de tecnología médica:

- Que sea estrictamente necesaria e indispensable para el óptimo diagnóstico, tratamiento o recuperación del paciente.
- Que ofrezca al paciente las máximas posibilidades de éxito sobre cualquier otra alternativa.
- Que sea asequible: esté al alcance físico y económico del paciente o institución.
- Que los comités hospitalarios idóneos valoren en forma consciente y frecuente su buena utilización: necesidad de inicio, continuación o suspensión de su uso.
- Que su adquisición y operación sea juiciosa con base a costo-beneficio.

CONSIDERACIONES

La tecnología reciente, sea instrumental, terapéutica, mecánica, electrónica, técnica, etc., debe utilizarse cuando sus confirmadas ventajas sobrepasen los logros obtenidos con los procedimientos existentes en uso y demuestren mejores resultados. Cuando esto acontezca, el médico tendrá que conocer su aplicación como obligación y progreso profesional para el óptimo trato de los pacientes y exigir su disposición y uso; o en su defecto deberá remitir al paciente donde pueda acceder a ella.

Cuando la tecnología médica de punta sea necesaria y factible su disponibilidad, debe utilizarse, sin escatimar esfuerzos personales, gastos familiares o institucionales; puesto que

siendo su indicación la mejor opción terapéutica o diagnóstica comprobada, se obtendrá la máxima garantía de eficacia médica.

Disponer y utilizar las nuevas opciones terapéuticas que prometan ofrecer óptimos resultados para curación de los enfermos, es y debe ser empeño de todos los médicos que diariamente luchan para sanar a sus pacientes. Las nuevas tecnologías diagnósticas ofrecen en general máximas posibilidades de obtener certeza y diferenciar entidades patológicas confusas o deficientemente interpretadas con anteriores métodos.

La nueva tecnología debe utilizarse racionalmente, representa un adelanto científico y progreso médico inminente por lo que los profesionales de la medicina están ávidos de operar evitando por euforia caer en abuso, pero tampoco por pesimismo llegar a su omisión; jambos son perjudiciales!

Debe tenerse mucho cuidado en no caer en euforia propagandística y mercadotecnia de los productores de las nuevas tecnologías.

Se recuerda:

- “No siempre la novedad es la mejor opción”.
- “Hagamos uso racional de los recursos que se tenga a disposición, evitar su dispendio”.
- “Es mejor médico el que utiliza la tecnología específica, idónea y precisa para llegar a diagnóstico o tratamiento correcto”.
- “Evitar solicitud de análisis y exámenes en batería o de rutina”.
- “Solicitar utilización de estudios paraclínicos para confirmación de diagnóstico de presunción”.

REFERENCIAS

- Brust-Carmina H:** “Consecuencias de la tecnología en medicina. II Complicaciones tecnológicas y tecnología apropiada”. *Gaceta Médica de México*, vol. 126, No. 6, p. 540-551. noviembre-diciembre, 1990.
- Cordera A:** “Aplicación de la tecnología moderna”. *Rev. Directivo Médico*, No.1, vol. 1, p. 43-48, 1994. México.
- Cordera A, Bobenrieth M:** “*Administración de Sistemas de Salud*”. Tomo I, p. 70-71, Edit. los autores, Prado Norte 440, México, D.F. 1983.
- Cotera G:** “*Great Scientific & Tecnological Discoveries of the Twentieth Century*”, Chap. 5, *Advances in Medicine*, p. 91-131, Mc. Graw-Hill, Inc., México, 1996.
- Díaz del Castillo E:** “Utilización de la tecnología moderna en la atención médica. Alcances y limitaciones económicas”. *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 26, p. 151-159, 1988.
- Escobedo RF:** “La ética en los aciertos y los abusos técnicos de la cirugía raquimedular”. *Gaceta Médica de México*, vol. 133, No. 3, p. 219-221, mayo-junio 1997.
- Frenk Mora J et al.:** “Presente y futuro de la profesión médica”. *Gaceta Médica de México*, vol. 128, No. 2, p. 143-161, marzo-abril, 1992.
- Guarner V, Lifshitz A, Salmerón S. Jinich H:** “Nuevas tecnologías y nuevos daños iatrogénicos”. *Gaceta Médica de México*, vol. 131, No. 5 y 6, p. 533-551, septiembre-diciembre, 1995.
- Halabe Cherem J, Nellen Hummel H:** “Medicina basada en evidencias”. *Rev. Médica del IMSS (Méx.)* 1996;34(5):413-414.

- Jinich H:** "Ciencia, tecnología y humanismo en medicina". *Gaceta Médica de México*, vol. 126, No. 6, 481-486. noviembre-diciembre, 1990.
- Juan Pablo II:** "Carta encíclica *Evangelium Vitae*", cap. III, No. 65, p. 118-120. Documentos Pontificios
- Kumate J:** "Consecuencias de la tecnología en Medicina. I Desarrollo tecnológico y progreso médico". *Gaceta Médica de México*, vol. 126, No. 6, p. 537-540. noviembre-diciembre, 1990.
- Leone S:** "Ética de las tecnologías instrumentales en medicina". *Rev. Medicina y Ética*, vol. I, No. II, p. 261-271, 1990, Universidad Anáhuac, México.
- Lifshitz A:** "Disposición de recursos para la etapa terminal. Consideraciones bioéticas". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 5, No. 32, p. 395-399, septiembre-octubre, 1994.
- López de la Peña X et al.:** "Opinión del paciente sobre la unidad de medicina crítica". *Rev. Médica del IMSS (Méx.)*, vol. 32, No. 5, p. 395-399, septiembre-octubre, 1994.
- Roldán J:** "*Ética Médica*", Ed. Librería Parroquial Clavería, 3° Edic., México, D.F., 1990; p. 245-253.
- Uribe-Elías R:** "Consecuencias de la tecnología en medicina. III Tecnología y economía en el Sector Salud; tendencias, posibilidades y limitaciones.". *Gaceta Médica de México*, vol. 126. No. 6, p. 552-527, noviembre-diciembre, 1990.
- Vilardell F:** "Problemas éticos de la tecnología médica.". *Boletín. de la Of. Sanit. Panam.*, vol. 108, No. 5 y 6, p. 399-405. mayo-junio, 1990, Washington, D.C., EUA.

Trasplante de órganos

“Algún día vendrá que no sean menester los órganos humanos para remplazar los irremisiblemente dañados o no funcionales”.

“Mientras esto acontece hagamos de la donación post mortem de órganos únicos una obligación humanitaria y de la donación en vida de órganos no vitales un solemne acto de solidaridad humana”.

DEFINICIÓN

Se denomina trasplante de órganos al: “procedimiento mediante el cual se extraen órganos de un cuerpo humano y se reimplantan en otro cuerpo humano, con el propósito de que el órgano trasplantado realice, en su nueva colocación la misma función que realizaba previamente”.

Otra definición es: “la introducción en un organismo de un órgano extraído de otro cuerpo de la misma especie, con el fin de que en forma autónoma sustituya sus funciones”.

Cabe hacer la diferenciación con injerto de tejido, definido como: “la sección de un organismo que se instala en otro y en el que no ejerce ninguna función autónoma”.

El trasplante se refiere a órganos indispensables para el receptor, por ejemplo, corazón, pulmón, riñón, hígado, páncreas, etc., el injerto cumple una función parcial, generalmente temporal y ocasionalmente vital, como piel, córnea, hueso, sangre, médula ósea, etc.

INJERTO DE CÉLULAS

El uso terapéutico de tejidos y órganos se recomienda desde la más remota antigüedad, inicialmente por vía oral (ingestión de vísceras animales y humanas: corazón, hígado, testículos) y posteriormente al aislar células se aplicaron por vía intramuscular (Boronof y después Niehans).

Actualmente se promueve la utilización de células humanas “tratadas” del mismo órgano a beneficiar y aplicadas directamente dentro de él. Con este tipo de implante y tratamiento previo de hibridación, se pretende disminuir el rechazo inmunológico y lograr su integración al organismo enfermo.

Esta técnica se considera muy promisoriosa y pudiera a futuro sustituir algunos trasplantes de órgano completo. Consiste en hibridación del genoma de las células a injertar con técnicas de ingeniería genética y se introducen en el órgano afectado, para que al implantar la completa célula normal con genoma modificado, éste sustituya al enfermo.

Con esta técnica se logran mejores resultados que aislando un gen determinado e introducirlo a un cuerpo humano cuyo órgano tiene células enfermas. Las células deben proceder de órganos humanos sanos: donados *in vivo* o tomados de órganos para trasplante; de animales hibridizados (células pancreáticas de cerdo así tratado, han mejorado ostensiblemente la diabetes humana, sin rechazo ni reacción) o de embriones humanos congelados, sobrantes de los utilizados en procreación asistida (con 12 semanas de desarrollo máximo). Puede también ser tomando parte del órgano del paciente, seleccionando las células sanas, reproduciéndolas (por clonación) y reinsertándolas al órgano enfermo.

INJERTO DE TEJIDOS

El injerto de tejido humano cumple con éxito terapéutico rotundo una función parcial o general, temporal o definitiva, ocasionalmente vital; pero siempre debe ser necesaria e inminente, como acontece en casos de aplicación de piel para injertos en quemaduras amplias; médula ósea en padecimientos con depresión medular (por radiaciones, ciertas anemias, etc.); fragmentos de hueso utilizados en traumatología y ortopedia; córneas para cambiar las deterioradas; sangre para reposición en pérdidas agudas abundantes, sus fracciones para padecimientos carenciales específicos, o el plasma principalmente en quemaduras; etc. Estos tejidos pueden ser de donador humano, animal o del mismo paciente (autoinjertos), utilizándose principalmente piel, músculos, tendones, huesos o porciones de ellos, etc.

La utilización de tejido y células embrionarias ha mostrado buena integración al tejido u órgano injertado, con casi nulo rechazo y aceptable funcionalidad. Se cita su eficacia en: implantación de tejido neuronal, beneficia (cuando menos temporalmente) ciertos casos de mal de Parkinson y posiblemente de Alzheimer, así como lesiones de médula espinal y esclerosis múltiple; células fetales pancreáticas de Langerhans reducen la necesidad de insulina en diabéticos juveniles; y otras investigaciones en proceso como en hemofilia.

Estos tejidos embrionarios de células hibridizadas, se “fusionan” fácilmente con células enfermas, por su tratamiento previo y por ser tejido en desarrollo.

Consideraciones bioéticas al injerto de células y tejidos humanos

La implantación de células y tejidos procedentes de donadores vivos o de cadáver, no ofrece ninguna polémica de bioética médica, moral ni legal. En caso de ser médicamente necesaria la aplicación de injertos y no realizarse se incurriría en falta ética e incluso penal. Solamente sería discutible, dado el caso, la distribución equitativa, oportunidad en aplicación, almacenamiento, costo, etc., sin embargo surge divergencia de criterios cuando los injertos proceden de tejido embrionario o fetal.

INJERTO DE CÉLULAS O TEJIDO EMBRIONARIO HUMANO

Injerto de células o tejido de preembriones

Se denominan preembriones a los embriones en desarrollo, antes de completar dos semanas de evolución; esto es, cuando todavía no se fusiona o cierra el tubo neuronal. Un embrión de esta edad aún tiene todas las células sin diferenciar; pero de él ya se pueden extraer células madre para uso clínico terapéutico. “Es evidentemente materia humana, pero no es un ser humano”. Como afirma Wagensberg “Las fronteras de la realidad son difusas mientras que las del conocimiento son nítidas”.

En los laboratorios donde se realiza fecundación asistida se interrumpe la evolución del embrión a las dos semanas de evolución (por congelación) quedando como preembriones; sin embargo, se les denomina erróneamente embriones humanos. En esta fase, la utilización de estos preembriones es ética para fines de investigación y por este hecho, y posiblemente con mayor razón, también debe considerarse incluido su uso terapéutico.

Moralmente no se hace diferencia con los de más de 14 días. Mientras sean embriones vivos, tienen las mismas prerrogativas y estatutos de los nacidos vivos (niños o adultos) y estando muertos, los mismos estatutos que cualquier cadáver humano.

A pesar de haber mostrado en un principio su enorme potencial terapéutico y el aprovechamiento demostrado en investigaciones recientes del genoma así injertado, se establece gran dualidad de opinión entre beneficio médico y prejuicio moral. Por un lado el beneficio médico y científico que a futuro pueden tener estos tejidos y células y por el otro la obtención moral de los embriones (moralmente no se acepta el término de preembriones) y su utilización en cualquier fase de desarrollo.

Crterios bioético médicos en injerto de células o tejido preembrionario humano

Debe considerarse de acuerdo a la procedencia de los embriones humanos disponibles:

- a) Los preembriones sobrantes en “clínicas de fertilización asistida” con fines de embarazo en pareja estéril; proceso considerado ético por la intención (tener hijos dentro del matrimonio es incluso loable moralmente), y destinados los sobrantes a su eliminación; el aprovechamiento de éstos, debe considerarse perfectamente ético, sea para fines de investigación (como está aprobado, cuando menos en EUA), o para uso terapéutico; antes que estar condenados a una destrucción inútil.
- b) Los preembriones procedentes de abortos terapéuticos o los obtenidos al completar abortos espontáneos, derivan también de una intención y procedimiento ético y, por tanto justa debe ser su utilización.
- c) Los preembriones colectados en “clínicas de regulación menstrual” así llamadas en los países donde el aborto es legal, pudiera ser ético para ellos, y de este modo lo consideran en EUA, a juzgar por la lista de procedimientos éticos que Harold Varnus elaboró por indicaciones del presidente W. Clinton. En México el aborto inducido es ilegal y médicamente no se considera bioético el realizarlo, lo cual invalida el uso de embriones obtenidos de abortos clandestinos. Sin embargo, debe ser ético el uso de embriones obtenidos de abortos terapéuticos.

Criterios morales en injertos de células o de tejido embrionario humano

La utilización de los embriones humanos remanentes de clínicas de fertilización, no es permisible moralmente, porque no se acepta la fertilización asistida, precisamente por producir embriones en exceso. Además, el embrión humano tiene la misma identidad y por lo mismo iguales estatutos que los fetos y los seres humanos nacidos vivos; utilizarlos como injertos, para donación de órganos o como objeto o instrumento de investigación puede ser un delito contra su dignidad de ser humano, si se considera que no se le tiene el mismo respeto debido al niño ya nacido y a toda persona humana.

El embrión muerto es un cadáver y, por tanto, tiene los mismos estatutos de cualquier muerto, pudiendo utilizarse con el consentimiento de los padres como si se tratara de cadáveres de fetos, niños o adultos; no sirve para fines terapéuticos.

Consideraciones en injerto de células o de tejido embrionario

Los preembriones destinados a eliminación deben servir para fines de investigación y uso terapéutico, por ser actualmente insustituibles y haber demostrado gran potencial curativo, siendo vivos o congelados, muertos no ofrecen éxito alguno para investigación o aplicación clinicoterapéutica.

La controversia se presenta lógicamente con los preceptos morales; éstos consideran adecuado la utilización de cadáveres para trasplante; ¿habrá que dejarlos morir para su uso cuando ya no son útiles?, ¿por qué no utilizar preembriones destinados a su futura destrucción?, cuando menos mientras no se disponga de otro método alternativo de opción.

Actualmente, a partir de óvulos humanos fecundados obtenidos de clínicas de fertilización asistida, se toman antes de formarse el embrión la masa interior del blastocito, son llamadas “células madre” (*stem cells*); esta masa celular denominada también hES (células madre embrionarias humanas) se extraen, aíslan y cultivan teniendo la facultad de reproducirse sin diferenciarse, manteniendo su inespecificidad colocadas sobre sustratos de fibroblastos. Al introducirlas en tejido vivo específico adquieren característica diferencial y se fusionan. Esta fusión con células orgánicas puede suplantar o mejorar las células deterioradas o disfuncionales, lo que representa un enorme potencial terapéutico futuro.

Hay que considerar que este magma celular, constituido por unas 100 células no diferenciadas, se encuentra en fase de blástula (a los cinco días aproximadamente de desarrollo) y antes de formarse la gástrula (fase de nidación) y, por tanto, no ofrece todavía facultades para poder anidarse, además de estar en fase anterior al embrión. Los investigadores consideran no estar sacrificando una vida humana al evitar el ulterior desarrollo y utilizar estas células para fines científicos. Esta misma capacidad de fusión abre la posibilidad de utilizar células madre no procedentes de óvulos humanos fecundados, lo que salvaría la controversia ética y moral de utilización de preembriones humanos destinados a su destrucción e incluso podría evitarse la producción de células madre para fines de investigación.

Se han logrado extraer células madre de la médula ósea humana, que es un avance muy prometedor que lograría su autoaplicación sin problemas éticos en cuanto a su obtención; deberán reproducirlas preferentemente por clonación por ser método que ofrece rapidez

para su utilización ulterior. Aplicación que puede realizarse al mismo donante o a otro paciente, dependiendo de la enfermedad a tratar.

Se investiga también la aplicación de células madre sobre moldes biodegradables absorbidos que se pretende su integración formando un nuevo órgano funcional. Por tratarse de células madre indiferenciadas, no serán rechazadas por el receptor, sea el propio donante u otro individuo y formarán diferentes órganos de acuerdo al molde (hígado, corazón, riñón... acaso sustituyendo los trasplantes homoplásticos.

Injerto de tejidos y los de fetos humanos

Aparentemente las células, tejidos y hasta de órganos de fetos humanos, han sido poco utilizados (o su utilización no difundida), para injertos o trasplantes, posiblemente porque su adquisición se considere tardía; por excesivo tiempo entre la muerte fetal *in utero* y su aprovechamiento como donantes.

No sucede lo mismo, con los productos anencéfalos, que “naciendo vivos, mueren al nacer” por su misma falta de centros cerebrales.

Para justificar la aprobación bioético médica valen las siguientes consideraciones:

- a) Al no disponer de métodos para hacer viables los fetos abortados espontánea o terapéuticamente, su utilización se torna ética.
- b) No existe posibilidad de definir el momento de su muerte, por tanto, debe calificarse al feto abortado como cadáver para utilización ética de sus tejidos y órganos.
- c) Acontece lo mismo con los productos anencéfalos, cuya falta cerebral los invalida para vivir, siendo desde el mismo instante y aun antes de su nacimiento “seres descerebrados”.

CONSIDERACIONES

La utilización de productos anencéfalos, por ser niños recién nacidos, producen un sentimiento natural de ternura. Sin embargo, antes de nacer ya son cadáveres en potencia. Por tanto, el consentimiento de los padres para donación del producto, debe ser suficiente para disponer la toma de órganos.

Pudiendo mantener con “vida” los productos anencéfalos una vez extraídos del útero materno (parto o mejor por cesárea) y mantenerlos con función cardiorespiratoria artificial (respiración asistida y marcapasos), serían de extrema utilidad, mientras no exista sustitución, para donación de órganos y tejidos a menores, por su tamaño y escasa diferenciación. Los fetos abortados o mortinatos no son material utilizable para trasplante o injerto.

TRASPLANTE DE ÓRGANOS HUMANOS

La evolución en técnicas quirúrgicas y el logro terapéutico al evitar el rechazo inmediato del órgano trasplantado, transformaron la noticia sensacional aparecida a mediados del siglo XX,

y que se ha vuelto trabajo de rutina. Así aconteció con trasplante de riñón en 1954, le siguieron los de hígado y pulmón en 1963, el de páncreas en 1966 y posteriormente con mayor impacto el de corazón en 1967.

Estos primeros trasplantes de corazón por Cristian Barnard provocaron una reacción de perplejidad y hasta de repudio por considerarse acto criminal, irresponsable, temerario, de protagonismo, que causó críticas de propios y extraños de la medicina; pero “abrió el camino a los trasplantes de órganos únicos”, considerado antes inaccesible o tabú. Actualmente el trasplante de órganos de humano a humano, no tiene discusión ética, es de aceptación unánime.

CLASIFICACIÓN

Pueden diferenciarse los trasplantes de órganos en:

1. **Aloplásticos:** de animal a humano. Utilizados exitosamente como injertos y hasta hace poco rara vez como trasplante (fueron considerados amorales), son lícitos si no queda comprometida la integridad, dignidad y personalidad del receptor. Actualmente se realizan cambios genéticos todavía experimentales, en animales para tratar de obtener órganos, tejidos y células que no produzcan reacción de rechazo al ser implantados o trasplantados en sustitución de órganos humanos enfermos. De lograrse total aceptación, podrían a corto plazo desplazar a los donadores humanos, evitando casi todos los problemas bioéticos, médicos, legales, económicos, etc., que generan los trasplantes humanos.
2. **Homoplásticos:** de humano a humano. Éstos a su vez pueden subdividirse “de vivo a vivo” o donación en vida y de “muerto a vivo” o donación *post mortem*.

CONSIDERACIONES PREVIAS

La Legislación Sanitaria Mexicana en la Ley General de Salud en su Reglamento en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos, no utiliza el término “donación de órganos” sino invariablemente el de “disposición de órganos” y por consiguiente utiliza el de “disponente” por “donador”. Legalmente existe diferencias en estos vocablos; sin embargo, en medicina se considera a la donación como la disposición a transmitir gratuitamente una pertenencia a otra persona; y disposición es la buena voluntad para realizar una acción. Ocasionalmente se dice disposición como sinónimo (inexacto) de predisposición (a contraer alguna enfermedad).

DONACIÓN EN VIDA

Los problemas bioético médicos de este tipo de trasplantes de órganos humanos, contemplan los siguientes aspectos básicos:

1. No afectación vital del donante. Este tipo de donación de órganos o tejidos, representa la máxima expresión de altruismo y solidaridad humana posible; donando parte de su

ser para salvar la vida de otra persona. Sin embargo, no es ni ética, ni moral, ni legalmente permisible donar en vida órganos vitales, a pesar del deseo morboso del donante. Para donación en vida, deben ser órganos dobles, múltiples o regenerables, pero nunca vitales para no cometer homicidio.

2. Características del donante o disponente.

- Tener más de 18 años de edad y menos de 60.
- Contar con dictamen médico de salud física y mental.
- Tener pruebas de compatibilidad positivas con el receptor cuando sea donación directa. No necesario cuando se haga donación a bancos de órganos.
- Haber recibido completa información sobre riesgos y consecuencias para él y posibilidad de éxito.
- Haber expresado su voluntad por escrito, sin coacción y ante testigos o notario.

3. Consentimiento del donante.

Generalmente es requisito manifestar por escrito esta voluntad de donación de órgano y como premisa se requiere del consentimiento informado amplio sobre riesgos, trastornos y posibles consecuencias de la donación, además del posible éxito o fracaso. En casi todos los países del mundo se requiere ser mayor de edad, no ser niño ni minusválido, tener pleno uso de facultades mentales, no estar prisionero y las mujeres no embarazadas. Como no es posible que los niños donen en vida, aumenta la escasez de órganos adecuados a su tamaño.

4. Selección del receptor.

Los donantes vivos lo hacen generalmente para un receptor designado, familiar de preferencia. Cuando el otorgador no asigna donante fijo, el órgano seguirá las normas establecidas para donación *post mortem*. Igual acontece con los tejidos donados.

5. Compensación al donante.

Éticamente no es justificable “comprar” órganos o tejidos. La compensación económica se refiere a subsanar pérdidas, gastos de cirugía, manutención, hospitalización, recuperación y cobertura de riesgos inmediatos o futuros que pueda acarrear la falta del órgano donado. Esta compensación es factible cuando la donación es a persona determinada, de otra manera se caería en comercialización.

DONACIÓN *POST MORTEM*

La problemática de los trasplantes de humano muerto a vivo, son más complejos y variados, por los siguientes conceptos:

1. Determinación de la muerte.

Para fines de trasplante de órganos y debido a la tecnología médica actual, respiradores, marcapasos, etc., que permite “mantener vivos” a individuos con lesiones graves, no es válida ni útil la definición de “muerte clínica”, debe ser de “muerte cerebral”; esto es, “El cese definitivo de la actividad cerebral en condición de irreversible, pero manteniendo vida tisular”.

El Artículo 318 de la Ley General de Salud agrega al concepto de “pérdida de la vida” del artículo anterior (véase concepto en Muerte y prolongación de la vida), las consideraciones para caso de trasplante de órganos y tejidos de cadáveres con fines terapéuticos:

- I. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado en el Art. 317 y

II. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central o hipotermia.

2. **Muerte cerebral.** Los sistemas de “vida artificial” abrieron la posibilidad de preservar dentro del paciente muerto órganos funcionando en óptimas condiciones para trasplante, durante un tiempo perentorio. No puede esperarse a la muerte de todo el organismo (muerte tisular) puesto que los órganos no serían utilizables, debe prevalecer para fines de trasplante el criterio de muerte cerebral; que se determinará por electroencefalograma plano; es decir, isoelectrónico; que no muestra actividad de ondas cerebrales de más de dos micro voltios de ganancia máxima, a pesar de estimulación (dolorosa, sonora, luminosa, prensil...) y que esta falta de actividad en el registro perdure treinta minutos o más. Un hospital con categoría para trasplante o con la tecnología para la obtención de órganos para este fin, tendrá siempre disponible un aparato para cuantificar actividad cerebral. Cuando se determine coma cerebral irreversible, el criterio de Dickens puede ser útil y ocasionalmente necesario seguirlo: repetir las pruebas de actividad cerebral a las veinticuatro horas del diagnóstico inicial. Esto es conveniente cuando el coma es producido por sobredosis de drogas o electrocuciones, no siendo necesario cuando la causa es traumatismo cerebral grave.

Es necesario determinar el fallecimiento del disponente bajo concepto de muerte cerebral, especialmente en pacientes sometidos a sostén artificial de vida por las siguientes consideraciones:

- Reducir la responsabilidad del médico cuando el paciente ha perdido la función cerebral, pero todavía conserva otras funciones sistémicas.
- Facilita la determinación temprana de la muerte, mientras que la demora puede perjudicar innecesariamente el estado de los tejidos para trasplante.

3. **Condiciones del disponente.** Para que el cadáver sea útil para trasplante, debe reunir las siguientes características:

- Haber fallecido preferentemente de traumatismo craneoencefálico y/o en Unidades de Cuidados Intensivos.
- No haber sufrido el efecto deletéreo de una agonía prolongada.
- No haber padecido tumores malignos con riesgo de metástasis al órgano que se pretenda utilizar.
- No haber presentado infecciones graves y otros padecimientos que pudieran afectar al receptor o comprometer el éxito del trasplante.
- Ser preferentemente joven, no sobrepasar los 60 años de edad.

4. **Consentimiento del donante.** Desde el punto de vista bioético médico y legal es muy importante la existencia o carencia del consentimiento en vida de donación de órganos al morir. El consentimiento se puede otorgar por testamento, válido a pesar de que el cadáver jamás forma parte de los bienes testamentarios; pero, la apertura del testamento suele ser trámite burocrático tardío que no permite obtener órganos útiles para trasplante. Puede servir una simple tarjeta firmada por el futuro disponente, dando su anuencia para ser donador *post mortem*. Ninguno de ambos procedimientos parece ser óptimo; el segundo no es completamente legal.

5. **Consentimiento de familiares.** Deben cumplir los deseos del difunto, máxime si lo manifestó por escrito, pero tampoco pueden autorizar el uso del cadáver en caso de saber negativa del deudo. Cuando los familiares lo autorizan, deben sancionarlo por escrito ante las autoridades del hospital extractor.

- 6. Consentimiento tácito o presunto.** Es un procedimiento legal a seguir en caso de no existir ningún documento autorizando la extracción de órganos; pero que el muerto, tampoco haya formulado objeción de ello antes de fallecer. En este caso, de localizar familiares deben dar su anuencia. Puede procederse, cuando no se encuentren familiares o en abandono de cadáver. Mientras sea necesario recurrir a órganos de cadáver y escaseen, la solución sería que los gobiernos legislaran este concepto, para hacer del consentimiento tácito un imperativo legal aplicable siempre que no exista negativa manifiesta para donación *post mortem*. En México, al realizar autopsias de Ley, es válido tomar órganos para trasplante, (artículo 316 de la Ley General de Salud); desgraciadamente, por lo general, cuando se realiza esta acción legal el tiempo transcurrido resulta prolongado para toma de órganos útiles para trasplante.
- 7. Criterio legal actual.** En México, el diario Oficial de la Federación en el año 2002, publicó cambios para la utilización de cadáveres con fines de trasplantes de órgano:
- Artículo 320. Toda persona es disponente de su cuerpo y podrá donarlo, total o parcialmente...
 - Artículo 321. La donación consiste en el consentimiento tácito o expreso de la persona...
 - Artículo 322. La donación expresa constará por escrito... y deberá especificarse a favor de...
 - Artículo 323. Se requerirá consentimiento expreso para donación de órganos o tejidos en vida
 - Artículo 324. Habrá consentimiento tácito (o presunto) del donante, cuando a su muerte no exista negativa a que su cuerpo o componentes sean utilizados para trasplante con el consentimiento de algún familiar o haya expresado por escrito no desearlo...consentimiento expreso negativo.
 - Artículo 325. El consentimiento tácito se aplica al confirmar la pérdida de la vida del disponente...y podrán extraerse los órganos para fines de trasplante.

El concepto legal de consentimiento tácito, parece ser la solución temporal o cuando menos, abre un amplio campo para obtención de órganos de cadáveres útiles sin demora y por ello en condiciones óptimas para trasplante; mientras no se dispone de otro mejor recurso o de sustitución (mecánica, electrónica, biológica,...) y sea la escasez de órganos el principal problema para trasplante en humanos.

- 8. Donación obligatoria.** Es probable, debido a los resultados actualmente exitosos de los trasplantes, que los gobiernos legislen la donación de órganos *post mortem* como una obligación legal y no solamente como un acto de generosidad personal. No es concebible que a la luz de los adelantos actuales se desperdicien órganos y tejidos que pudieran continuar funcionando en otro humano que lo necesita y que de ello depende su vida. Órganos y tejidos, como córneas, sangre, huesos, piel, riñones, etc., deberían tenerse a disposición suficiente para trasplante o injerto, en bancos perfectamente controlados, sin riesgo de comercio ilícito, pero a disposición inmediata, como acontece con aparatos para prótesis, órtesis, implantes, marcapasos, etc.
- 9. Otros inconvenientes.** Se refiere que existe falta de coordinación entre hospitales para optimización de este escaso recurso (órganos para trasplante) y que cada institución trata de resolver sus propios problemas. Posiblemente algo exista de cierto, excusable por el temor a comercialización o a su sospecha. Es indiscutible y permisible que cada

hospital que está en condiciones de realizar trasplantes, haga proselitismo entre los familiares de pacientes en estado cerebral crítico. También debe considerarse que muchos órganos se deterioran rápidamente para fines de trasplante cuando se prolonga el tiempo entre la extracción y la implantación. Por ejemplo, el corazón sólo es útil insertado antes de cuatro horas de su obtención, a pesar de inmersión en líquido preservador, a cuatro grados centígrados y extraído latiendo.

No se concibe la escasez de órganos y tejidos que pudieran conservarse fuera del donador; esto es, córneas, sangre, huesos, tendones, piel, etc. en bancos perfectamente controlados, sin riesgo de comercio ilícito; pero a disposición inmediata, tal y como acontece con aparatos para prótesis, órtesis, implantes, marcapasos, etc.

SELECCIÓN DEL RECEPTOR

1. Requisitos que debe reunir el receptor de un órgano o tejido:

- Tener un padecimiento que pueda tratarse eficazmente con el trasplante planeado.
- No presentar otros estados patológicos que comprometan el éxito del acto.
- Haber solicitado por escrito el trasplante propuesto, bajo el concepto de consentimiento informado.
- Ser compatible con el órgano o tejido a trasplantar.

2. **Tipo de donación.** Cuando la donación de órganos (en vida o pos mortem) se hace a un determinado receptor no se presentaran problemas éticos, morales ni legales con el uso y distribución de los órganos. Surgen dificultades cuando la donación es a un hospital, banco o institución de salud. Debe partirse como premisa, que los órganos así donados, pertenecen ética y legalmente a la comunidad y por consecuencia su distribución debe ser equitativa entre centros de trasplantes y de éstos a los pacientes mayormente necesitados o por lista de espera, jamás al mejor postor.

3. **Hospitales receptores de órganos.** Con respecto a los hospitales que envían órganos a otros centros de trasplante deberán seleccionar entre los que tengan tecnología y personal adecuado para cada tipo de trasplante y de acuerdo a sus listas de espera.

4. **Selección del receptor.** Debe determinarse con estricta honestidad la urgencia médica y mayor posibilidad de éxito quirúrgico, la calidad de vida futura, estimación de supervivencia y capacidad de posterior rehabilitación.

Los "Comités Hospitalarios de Bioética del servicio de Trasplantes", con amplia representación pública, además de la médica, deben revisar y aprobar esta selección de receptor, para que sea justa, equitativa, desinteresada y corresponda a la mejor opción posible.

ADQUISICIÓN DE ÓRGANOS HUMANOS

El trasplante de un órgano es una intervención quirúrgica de alto costo, especialmente de corazón, hígado, pulmón o riñón, que requiere de alta tecnología en equipo y mantenimiento muy caros, posterior control y tratamiento inmunosupresor de por vida; que no puede

costearse particularmente, recurriéndose a “seguros de gastos médicos” o agobiar a los gobiernos con subsidios estatales. Esta última eventualidad, sería la única que ofreciera equidad teórica o práctica a todos los posibles receptores. Sin embargo, un gobierno especialmente de país pobre o poco desarrollado no tiene presupuesto para ello, debiendo atender problemas de salud más apremiantes, de acciones comunitarias en lugar de unitarias.

Bioéticamente es cuestionable, en países poco desarrollados, ¿si sería mejor que los recursos subsidiados empleados en “medicina de rescate” como los trasplantes mencionados de alto costo, para tratar de salvar temporalmente una precaria existencia; se emplearan mejor en beneficiar amplios grupos de población con acciones de medicina preventiva o comunitaria, dónde por el precio de un trasplante se pueden realizar miles de acciones? Es más, en países altamente desarrollados, dedicar parte de estos recursos a la atención médica, preventiva y curativa de pobres y marginados que viven en los cinturones de miseria de todas las grandes urbes; y solamente después de haber alcanzado un alto grado de salud general, dedicarse a resolver casos particulares de alto costo, poca repercusión social, pero mucha, mucha propaganda y mayor postín.

RECHAZO DEL TRASPLANTE

Uno de los grandes problemas técnicos del trasplante de órganos es el rechazo del receptor al “cuerpo extraño” que representa este órgano o tejido implantado. Este rechazo no solamente es inmediato, sino que perdura mientras se mantenga el trasplante. Para disminuir este fenómeno fisiológico de defensa del organismo, se utilizan inmunosupresores o depresores, corticoides, antiinflamatorios, y actualmente se investiga con modificaciones en los leucocitos T, tratando de acoplar en su superficie a un receptor capaz de reconocer el órgano trasplantado como propio y así no rechazarlo. Como estos receptores son los responsables de aceptación o rechazo del trasplante, se experimenta con anticuerpos capaces de anular esta reacción normal del organismo. No es remoto esperar a corto plazo la posible innovación inmunológica que pudiera lograr abolir el rechazo.

COMERCIALIZACIÓN DE ÓRGANOS HUMANOS

Existen dos principales factores que encarecen los trasplantes, y por consecuencia propician su comercialización: el referente a la tecnología y el que corresponde a los órganos a trasplantar.

- a) Comercio de tecnología necesaria para realizar trasplante de órganos: los gobiernos no pueden sufragar los gastos de adquisición y mantenimiento que acarrea la realización de esta actividad; pero tampoco pueden justificadamente negar este servicio a enfermos con medios económicos suficientes para adquirirlos. Mientras no se logre el trasplante subrogado por los gobiernos, organizaciones civiles, o instituciones de salud, los trasplantes se realizarán en forma particular a personas que puedan disponer de millonarias fortunas o seguros de gastos médicos (a muy alto costo los que amparan trasplantes), para costearse el gasto médico y hospitalario.

- b) Escasos centros de trasplante y bancos de órganos: existen pocos centros dedicados a esta actividad, en relación con la demanda: debido al alto costo del equipo y su operación, que lo hacen sólo negociable a muy reducido número de pacientes, por temor a problemas supuestos o reales de su mal uso, motivo por el cual no proliferan los bancos particulares de órganos y los gobiernos no los fomentan por el alto costo que representa su aplicación y por deficiente coordinación intrahospitalaria, de servicios donde mueren pacientes con órganos útiles y el centro de trasplante, e interhospitalaria de ofrecimiento de órganos a centros con tecnología para aplicación.
- c) Comercio de los órganos de trasplante: actualmente la demanda de órganos excede la oferta, esto sucede debido al desarrollo y éxito creciente de la tecnología y aplicación médica de la misma, y a la necesidad de los pacientes para mejorar sus condiciones de vida o incluso para retrasar la muerte, en cambio la oferta es poca por la escasa promoción y desinterés público para donación de órganos.
- d) Tráfico de órganos: en estas condiciones es probable que proliferen la venta y comercio de órganos humanos, a menos que se impida interponiendo controles éticos y legales. La perspectiva de libre comercio de órganos es bioéticamente intolerable; porque favorece a los receptores ricos en detrimento de los pobres; además de tentar a éstos a vender sus propios órganos; y lo que pudiera ser peor que el tráfico de órganos, el tráfico de vivos (principalmente menores) para obtención forzada de órganos y su sacrificio siendo órgano único.

Desde 1987 se citan casos, supuestamente comprobados (en Sudáfrica y en Sudamérica, no en México) de tráfico de niños de países subdesarrollados para ser vendidos y sacrificados en países desarrollados para trasplantes clandestinos; verdaderas mafias organizadas internacionales dedicadas al tráfico de órganos. Por ese tiempo los estadounidenses realizaron una película llamada "Coma" que mostraba al público el horror de la obtención, almacenamiento y distribución ilícita de órganos para trasplante.

Resulta un hecho abominable el tráfico de órganos o de humanos vivos para extracción de órganos; pero, esta posibilidad existe y existirá mientras no se disponga en forma ética y legal de órganos suficientes (o se logren sustituir de alguna manera) para cubrir esta creciente demanda.

Cabe mencionar también que en Latinoamérica no existen hospitales que puedan realizar trasplantes clandestinos de órganos, ni posiblemente para extracción de órganos utilizables que serán remitidos a grandes distancias; por lo que, supuestamente los futuros donadores vivos también deberían pasar ilegalmente las fronteras.

LEGISLACIÓN

Debido al auge que tomaron los trasplantes en el campo de la cirugía y de la multitud de implicaciones bioéticas y legales, en el año de 1987, la Organización Mundial de la Salud reconoció la necesidad de fijar pautas bien definidas para normar el trasplante de órganos; y la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la resolución 40.13 que instaba al estudio de los aspectos legales y éticos relacionados con dicha actividad. La misma Asamblea en 1989 en

su resolución 42.5 condenó el comercio de órganos y especialmente el comercio internacional de organismos humanos vivos para trasplante.

En México los trasplantes se encuentran normados desde 1973 y ampliados en 1976 en la Legislación Sanitaria y Ley General de Salud en su título décimo cuarto: “control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos”, artículos del 313 al 350; además el reglamento de la Ley General de Salud en materia de “control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres humanos”, con artículos del 1 al 136, ahonda en el mismo objetivo.

MORAL

El criterio de Antonio Hortelano, parece llenar todas las expectativas morales, éticas y hasta sociales referentes a trasplantes humanos de muerto a vivo, por lo que se reproduce literalmente:

“El trasplante de muerto a vivo es absolutamente moral, ya que el muerto, por su misma condición, es un cadáver condenado a la descomposición. El que un cadáver contribuya a la salud de un ser vivo, lejos de atentar contra la dignidad personal del muerto, incrementa su valoración, ya que contribuye de este modo a la vida del mundo, incluso después de la muerte”.

“En este sentido, habría que hacer conciencia a la gente para que hiciera donación en vida de sus restos mortales para bien de la humanidad. Y no está incluido en modo alguno que los familiares y el mismo estado puedan disponer del cadáver en beneficio de los demás. Parece equitativo que los muertos, que recibieron en vida tantos sacrificios por parte de la sociedad, contribuyan después de su muerte al bien común con algo que a ellos no les acarrea en realidad ningún perjuicio”.

BIOÉTICA MÉDICA

En general se puede considerarse bioéticos desde el punto de vista médico, los trasplantes que para su aplicación reúnan las siguientes características:

- La necesidad del receptor a recibir el órgano debe ser la única opción para su supervivencia o curación.
- La capacidad funcional del donante será respetada a pesar de la disminución en su integridad anatómica.
- El donador vivo, lo hará bajo consentimiento libre e información completa del proceso y consecuencias; sin ningún género de presión, coerción o retribución económica.
- El comercio de órganos para trasplante es contrario al más elemental principio bioético médico.
- La distribución adecuada de órganos disponibles debe hacerse con estricta justicia social; prioridad al que más lo necesita y no al que más “vale” o al que “mejor paga”.
- Realización de trasplantes solamente en hospitales que ofrezcan las mayores garantías de éxito.
- Considerar costo social y beneficio unitario para realización de trasplantes en hospitales gubernamentales en países pobres.

CONSIDERACIONES

Mientras no se logren implantes efectivos; con permanencia prolongada y eficiente función sustitutiva, sean de vivo, cadáver, prótesis electrónicas, mecánicas, biológicas o sintéticas, o bien órganos de animales tratados con ingeniería genética o desensibilización (hibridación) eficaz que evite rechazo, y que realicen las mismas funciones del órgano enfermo a desechar; deberá continuarse y fomentar, como deber ineludible de la sociedad y del gobierno la donación de órganos *post mortem* para tener provisión suficiente que cubra la demanda de órganos humanos para trasplante.

Sería ideal no tener que recurrir a órganos humanos (de vivo, solamente para tejidos u órganos múltiples, o de cadáver para órganos únicos vitales) para reponer los deteriorados causales de enfermedad mortal a corto plazo. Disponiendo de suficiente producción artificial para cubrir la demanda y evidenciar todos los problemas éticos, administrativos y legales que representa la actual utilización de órganos humanos.

En tanto se logra esta utopía actual, mas no futura, es deber ineludible de la sociedad y del sector salud estimular la donación de órganos *post mortem* para tener provisión suficiente y hasta sobrante para satisfacer la demanda. Posiblemente la bomba aspirante e impelente que representa el corazón, sea el primer órgano único vital artificial mecánico disponible con éxito funcional por su simplicidad. Se ha intentado y se espera su éxito total a corto plazo.

Los órganos con función compleja (hígado, riñón y pulmón, por ahora se descarta cerebro y médula espinal) difícilmente logren reducir su tamaño manteniendo su eficiencia para resultar práctico de llevar o insertar dentro del cuerpo humano. Sin embargo los avances tecnológicos no parecen tener límites. ¡Se espera su respuesta!

Reimplante de parte de una extremidad recién mutilada del propio paciente es práctica frecuente; pero Clinton Hallan, en Lyon, Francia trasplantó con éxito y sin rechazo un antebrazo (con mano) de cadáver a un paciente amputado antiguo; lo que abre esperanzas a millones de amputados de brazos y piernas, víctimas de accidentes, enfermedades o malformaciones.

La obtención de órganos para niño es difícil de lograr por lo cual podría ser promisoría, pero a todas luces insuficiente, la utilización de órganos obtenidos de anencéfalos mantenidos en condiciones de donar, a pesar de oposición moralista y repudio visceral que esta idea pudiera producir en la mayoría de las personas, a excepción de los afligidos padres con hijos desahuciados y posibilidad de curación con trasplante. No es remoto convencer a padres cuyo hijo nace muerto, a donar sus órganos para que así pudiera parcialmente sobrevivir en otro menor.

También deberían utilizarse en injertos y trasplantes tejidos y órganos fetales procedentes de clínicas de fertilización y de ser factible de abortos terapéuticos o espontáneos.

El médico tiene la obligación de sanar recurriendo a todos los mecanismos que sean necesarios (mientras no infrinja la ley de su país o gravemente los principios éticos actualmente aceptados), realizando en este caso trasplantes humanos logrados a expensas de quien no puede utilizar esos órganos o por estar condenados a su destrucción o putrefacción; hasta lograr tecnológicamente sustituir los órganos humanos por implantes de aparatos o tejidos tolerables y que funcionalmente suplan al órgano enfermo a desechar.

En cuanto al rechazo del trasplante se vislumbran dos alternativas promisorias: lograr la hibridación del órgano o tejido antes de su trasplante o una vez efectuado, lograr con medios terapéuticos eliminar la reacción de rechazo.

REFERENCIAS

- Arellano González M:** "Aspectos Bioéticos y Legales en Relación a la Disposición del Cuerpo Humano". Simposio: Aspectos legales y éticos de la práctica de la medicina en México. Asesoría Integral en Comunicación Educativa, S.C., febrero 1998, México.
- Aguiar F, Mateos H:** "Trasplante neuronal. Investigación y perspectivas clínicas". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 26, No. 5 y 6, p. 255-262, 1988.
- Argüero SR:** "Bioética y trasplantes de tejidos y órganos". Gac. Méd. de Méx., vol. 129, No. 6, noviembre-diciembre, 1993.
- Argüero SR et al.:** "Límites en la donación de órganos. Análisis de 5 años". Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 33, No. 2, p. 207-211, 1995.
- Argüero SR:** "Trasplante de órganos. Aspectos éticos". Cir. y Cir. (Méx.), 1991; 58;28-31.
- Borrero J:** "Aspectos éticos y legales de la diálisis y el trasplante". Publicación científica No. 520; p. 107-120. Organización Panamericana de la Salud, 1989.
- Cacho-Salazar J:** "Factores económicos y los trasplantes de órganos". Gaceta Médica de México, vol. 129, No. 2, p. 172-176, marzo-abril, 1993.
- Cano-Valle F:** "Derechos humanos y trasplante de órganos". Gaceta Médica de México, vol. 129, No. 2, p. 165-169 y 183, marzo-abril, 1993.
- CasaMarid-Mata OR:** El derecho a la disposición del cuerpo humano y los trasplantes de órganos. Gaceta Médica de México, vol. 134, No. 2, marzo-abril, 1998.
- Castellanos Coutiño J:** "Aspectos médicos de los trasplantes de órganos". Gaceta Médica de México, vol. 129, No. 2, p. 176-9, marzo-abril, 1993.
- Centro de Bioética de la Universidad del Sgdo. Corazón de Roma, "Identidad y estatuto del embrión humano". Rev. Medicina y Ética, vol. I, No. I, p. 39-52, 1990. Universidad Anáhuac, México.
- Ciccione L:** "Aspectos éticos y humanos del trasplante de órganos". Rev. Medicina y Ética. Edit. Universidad Anáhuac. vol. I, No. II, p. 215-230, octubre-diciembre, 1990, México.
- Comité de trasplantes: H.G., C.M.N.: "Trasplante de órganos: ¿equipo multidisciplinario o disciplina autónoma? Rev. Médica del IMSS, (México), vol. 22, No. 6, p. 367-369, 1984.
- Dickens BM:** "Tendencias actuales de la bioética en el Canadá". Rev. Bioética: Temas y perspectivas. Pub. Científica No. 527, p. 143-148. Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- Fuensalida Puelma HL:** "Trasplante de Órganos. La respuesta legislativa de América Latina". Bol. de la Org. Sanit. Panam. vol. 108, No. 5 y 6. p. 445-464, 1990, y también publicado en la Publicación 527 de la OSP, p. 67-69, 1990.
- González RJ:** "Hibridación de células humanas". Revista Médica del IMSS (Méx.), vol. 33, No. 2, 137-139, 1995.
- Gorbillo-Paniagua G:** "El ejercicio de la medicina, el médico y la muerte". Rev. Gaceta Médica de México, vol. 128, No. 1, p. 80-85, enero-febrero, 1992.
- Gordillo-Paniagua G:** "El impacto del trasplante de órganos a 40 años de su inicio". Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 2, p. 173-175, marzo-abril, 1995.
- Gordillo-Paniagua G:** "La muerte, el donador cadavérico y la obtención de órganos para trasplante". Gaceta Médica de México, vol. 128, p. 83-85, enero-febrero, 1992.
- Guarner V:** "El impacto del trasplante sobre la cirugía". Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 2, p. 176-178, 1995.

- Hallan Clinton:** "Trasplantes", *Life en español*, No. 2826, octubre 8 de 1998.
- Hortelano A:** *"Moral de bolsillo"*. Edic. Sígueme, Salamanca, España, 1989; p. 108-110.
- Kretschmer RR:** "Los aspectos inmunológicos de los trasplantes". *Gaceta Médica de México*, vol. 131, No 2, p. 183-185, 1995.
- Kuthy Porter J, Escosura de la G:** "Panorama bioético en México". *Boletín de la Organización Panamericana de Salud*, vol. 108, No. 5 y 6 , p. 561-563, 1990.
- Kuty Porter J, Escosura de la G:** "Ética y Medicina en México". *Rev. Medicina y Ética*, vol. 1, No. II, p. 247-260, 1990, Universidad Anáhuac, México.
- Kuthy Porter J:** "Los aspectos bioéticos del trasplante de órganos". *Gaceta Médica de México*, vol. 131, No. 2, p. 179-182, marzo-abril, 1995.
- Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos. Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, p. 126-136. Edit. Delma, 1995, México.
- Life en español*, No. 2826, Octubre 8 de 1998.
- Madrazo I et al.:** "Primer homotrasplante fetal homotópico de estriado para el tratamiento de la enfermedad de Huntington". *Gaceta Médica de México*, vol. 129, No. 2, p. 109-117, marzo-abril, 1993.
- Madrazo I:** "Trasplante de tejido embrionario al cerebro humano". *Gaceta Médica de México*, vol. 129, No. 2, p. 179-182, marzo-abril, 1993.
- Martín Alonso ME:** "Trasplante, derechos y bioética". *Rev. Medicina y Ética*, vol. IV, No. 2, p. 67-73, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Moctezuma-Barragán G:** "Aspectos ético-legales de los trasplantes en México". *Gaceta Médica de México*, vol. 129, No. 2, p. 169-172, marzo-abril, 1993.
- Niehans P:** *"La thérapeutique cellulaire"*. Librairie Payot. Lausanne, Suiza. 1958.
- Rodríguez D:** "Donación comercio y expropiación de órganos". *Rev. Medicina y Ética*, vol. I, No. 2, p. 231-246, 1990, Rev. Universidad Anáhuac, México.
- Roldán González J:** "Ética Médica". Cap. 13, Ed. Librería Parroquial de Clavería, México D.F., 1990. p. 141-151.
- Vawter DE et al.:** "Uso de tejidos fetales humanos y conexión con el aborto". *Rev. Medicina y Ética. Documentación*, vol. IV, No. 4, p. 122-125, 1993, Universidad Anáhuac, México.
- Wagensberg J:** *"Ética científica"*. Rev. Letras libres, año V, marzo 2003, No. 51, p. 19-21, Edit. Vuelta S.A. de C.V. México.
- Zycinski BJ:** "Bioethical issues in contemporary medical sciences". *Rev. Przegl-Lak.* 1996; 53 (3): 11-5. Polonia.

Investigación en humanos

*En ciencia: la ficción de ayer, ya se realiza hoy;
lo inimaginable hoy, aparecerá mañana.*

GENERALIDADES

La ciencia médica debe sus avances a la investigación y posteriormente a la experimentación en humanos, fundamentado en el legítimo deseo de curar o limitar una enfermedad. Es importante la investigación teórica y práctica de nuevos fármacos, técnicas, aparatos, fisiología, patología, etc., pero siempre, a corto o largo plazo, deberá aplicarse a quienes serán los beneficiados en última instancia, el ser humano.

El investigador debe comenzar su trabajo, fundamentando un protocolo que siga el método científico u otros medios de comparación, computación, etc., pero en la fase final deberá pasar irremisiblemente a la experimentación humana, donde la reacción fisiológica del organismo es diferente a la de los anteriores métodos y obtener la respuesta de causa a efecto en el humano, puesto que el hombre y su salud son el fundamento de la medicina.

Toda investigación y experimentación en humanos conlleva riesgos inherentes, complicaciones imprevisibles, reacciones inesperadas que pueden ser adversas, efectos colaterales molestos o graves, posibilidad de error, además de un alto costo económico y social.

PRINCIPIOS BÁSICOS

Existen cinco principios básicos de bioética médica fundamentales en investigación y experimentación en seres humanos:

1. **Humanitarismo.** Considerar ante todo que el sujeto de estudio es humano. Tratarlo con el debido respeto y consideración.
2. **Beneficencia.** Es obligación bioética del médico investigador procurar obtener los máximos beneficios con mínimos daños o molestias. Jamás arriesgar la vida del sujeto a investigación.
3. **Justicia.** Tratar a cada persona por igual; adecuarse a selecciones impersonales y realizar siempre (con bases éticas) la opción considerada correcta y apropiada.

4. **Equidad.** Considerar a todas las personas por igual. Sin diferencias de raza, credo o posición social.
5. **Consentimiento informado.** Para que autorice la investigación sin coerción alguna.
6. **Responsabilidad.** Para anteponer los intereses personales del sujeto a investigación sobre los suyos propios y los de la misma ciencia

DIVISIÓN

La investigación en humanos se divide en médica y clínica:

Por **investigación médica** se comprenden las actividades científicas necesarias para descubrir nuevos métodos de realización de actividades teóricas, prácticas y tecnológicas dirigidas hacia el ejercicio de la medicina (prevención, detección, curación y rehabilitación de enfermedades y del bienestar físico, mental y social del ser humano) y su finalidad es principalmente diagnóstica y terapéutica.

En su fase aplicativa, esta investigación también recibe el nombre de experimentación, término poco utilizado cuando se trata de humanos, reservándose casi exclusivamente este vocablo para cuando se trata investigación en animales.

La **investigación clínica** tiene como objetivo primordial ser puramente científica. Sin operar sobre seres humanos; pero puede a la postre pasar a categoría de médica y a los siguientes pasos, la experimentación en animales e investigación en humanos.

CÓDIGOS INTERNACIONALES EN INVESTIGACIÓN

Con base en la necesidad ineludible, de investigación biomédica en humanos, para poder aprobarse algún mejoramiento en métodos y técnicas; tendientes a preservar o restaurar la salud individual o colectiva; el médico investigador deberá conocer los principios básicos de la bioética que rige esta disciplina, con objeto de normar la actitud del investigador al iniciar la fase de experimentación y frenar la supuesta deshumanización de la ciencia, con tendencia a anteponerla al hombre y lograr actitudes y prácticas que no causen daño físico o mental al sujeto a investigación.

Puesto que el sujeto en estudio es humano, deberá tratarse con la dignidad que merece y protección a su bienestar físico (evitando o calmando molestias innecesarias), mental (eludiendo sufrimiento psíquico) y social (procurando mínima alteración en su condición). Además de conservar los derechos inviolables que como humano ostenta.

Durante la Segunda Guerra Mundial (1939-45), en la Alemania nazi, se realizaron brutales experimentos “científicos” en humanos presos en campos de concentración. Los responsables, durante el juicio que se les llevó a cabo (en Nuremberg), manifestaron haber realizado experimentos para conocer la tolerancia al frío, calor, tóxicos, presión, descompresión, desollamiento, mutilaciones, contagio de enfermedades, tratamientos, vacunas, etc., que resultaron ser las más viles torturas humanas jamás imaginadas.

Para tratar de evitar nuevas atrocidades “en aras de la ciencia y culto al estado” y derivado del mencionado juicio, se elaboró en el año de 1947 un tratado de normas éticas aplicable a la investigación y experimentación en humanos, llamado “Código de Nuremberg”; tratando de elaborar directrices más serenas que rigieran esta disciplina y sobre todo que

consideraran al sujeto de investigación como humano y no como raza indeseable e inferior. Este código se promulgó en 1964 y posteriormente enmendó en 1975 con la “Declaración de Helsinki”.

En 1982, el “Consejo de Organización Internacionales de las Ciencias Médicas” y la “Organización Mundial de la Salud”, promulgaron las “Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica relacionada con seres humanos”, en todos ellos se delinear, con fines de actualización, los principios de bioética que deben regir la investigación y experimentación médica en humanos.

La Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos en la Ley General de Salud, Título quinto de Investigación para la Salud, capítulo único, delinea la posición de México en materia de investigación humana.

A grandes rasgos, todos los Códigos actualizados observan las siguientes normas bioético médicas comunes:

- La justificación del protocolo de investigación en humanos se basará en antecedentes al respecto, datos de laboratorio y gabinete, simuladores, computadoras, experimentación previa en animales u otros medios.
- Efectuarse por investigadores médicos experimentados y calificados; previa autorización obligatoria de una “Comisión de Bioética Médica en Investigación” independiente de la entidad patrocinadora y de aplicación, además de la autorización del “Comité de Bioética Médica en Investigación” de la propia institución que la lleve a cabo. Ambas revisarán el protocolo desde el punto de vista ético y científico.
- Realizarse cuando el conocimiento a conseguir no pueda obtenerse de otra forma; que sea insustituible; cuando los beneficios esperados prevalezcan sobre los posibles riesgos; y que no se ponga en juego la vida o se produzcan daños al sujeto a investigación.
- La finalidad de la investigación siempre será para confirmar supuestos resultados benéficos para mejorar procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos; sobre etiología y patogenia de enfermedades; en calidad de vida individual o colectiva; o puede tener carácter puramente científico, en cuyo caso, jamás anteponer los intereses de la ciencia al bienestar del individuo.
- El experimento debe evitar sufrimiento o daño físico o mental; el sujeto a investigación puede, ejerciendo su propia voluntad, renunciar en cualquier momento al acto, los investigadores respetarán la decisión y deberán suspender el experimento en caso de presentar riesgo o ser inútil.
- Imprescindible será el consentimiento informado (sobre el objetivo, finalidad, posibles resultados, ventajas o desventajas, molestias, riesgos, etc.) del experimento; que sea voluntario, sin coerción ni premio alguno; con autorización por escrito ante testigos.
- Asegurar carácter confidencial de la investigación; respeto a su calidad de individuo y a sus derechos humanos; además de respetar su privacidad.
- Carácter especial reúne la investigación en menores de edad, por necesitar el consentimiento paterno o de tutor y realizarse solamente en caso de no poderse obtener los mismos resultados en los adultos; mujeres embarazadas o lactantes donde la investigación debe considerar al binomio madre-hijo y la finalidad dirigida hacia mejorar las condiciones maternas, fetales o del lactante; y de enfermos o retrasados mentales, que deben considerarse para fines de investigación como menores de edad.

- La experimentación con animales debe reunir aproximadamente los mismos requisitos que para los humanos: que sea necesaria e insustituible, trato adecuado y cuidados por personal especializado, en medio salubre, evitar lo que pudiera causar dolor o sufrimiento y en caso de sacrificio, debe realizarse sin crueldad.

NORMAS BIOÉTCICAS EXTRANACIONALES

Con respecto a la investigación y utilización de embriones humanos, en EUA se han señalado dos normas bioéticas importantes:

1. Para fines de investigación se considera ética la utilización de embriones humanos hasta antes de acontecer el cierre del tubo neural, que se presenta aproximadamente al décimo cuarto día de desarrollo embrionario.
2. Para fines de investigación, no se considera ético procrear embriones; los óvulos fecundados deben obtenerse de fuentes alternas (como clínicas de fertilización u otras). Algunos investigadores han hecho público que esta restricción representa un serio inconveniente.

El consentimiento informado

Desempeña en investigación un papel primordial, e invariablemente debe obtenerse por escrito, como especifica el Artículo I, Inciso 9 de la Declaración de Helsinki II y formar parte del protocolo de investigación.

CONSIDERACIONES

Siempre ha sido preocupante la investigación en humanos, sin embargo puede ser controlada por Comisiones o Comités de Bioética Internacionales y los propios de la institución donde se realiza la investigación, con amplio apoyo de organizaciones oficiales y privadas no gubernamentales.

Con los recientes resultados de la primera etapa del Proyecto Genoma, completado el desciframiento del código genético, se iniciará la era de la medicina génica y, por tanto, deberá realizarse previamente investigación médica comparativa entre los tratamientos terapéuticos clásicos y los génicos a evaluar. Es importante considerar una posible desviación a la ética con respecto a la investigación con placebos durante la fase de comparación de resultados previa a la autorización terapéutica.

Los adelantos científicos y tecnológicos recientes logrados en genética humana, con la decodificación de la molécula del DNA y sus implicaciones: clonación, terapia génica, diagnóstico preclínico, medicina de predicción, etc., han rebasado (o están a punto de lograrlo), los conceptos éticos internacionales actuales plasmados en los códigos de bioética vigentes.

En biogenética los adelantos se tornan avasalladores, sobrepasan toda concepción clásica y abren posibilidades insospechadas y aparentemente ilimitadas para el hombre (especialmente en el campo de la biogenética) difíciles de conciliar entre lo ético, humano, legal y moral, por su gran trascendencia al futuro.

Al inicio del tercer milenio de nuestra era, los científicos, políticos y moralistas tratan de acotar el campo de la investigación biomédica, en su fase puramente científica; por temor a que pase a la experimentación con humanos (p. ej., clonación), puesto que los participantes parecen no tener límite en sus investigaciones, que han llegado a ser consideradas como éticamente peligrosas, arriesgadas e incluso tachadas por algunos críticos de inaceptables y provenientes de científicos inconscientes ávidos de protagonismo.

La investigación es la fuente del progreso de la ciencia; sin ella no habría avances; seguirse sin evolución. Es menester apoyarla, fomentarla, propiciarla a todos los niveles posibles. Tampoco hay fuerza que se resista, los obstáculos que se le interpongan serán salvados de una manera u otra. Si las prohibiciones son estrictas, la investigación se hará clandestina; pero no desaparecerá.

Sin embargo, la sociedad científica y en especial el área médica sin embargo, desearía conocer de manera más explícita y mejor difundida información sobre el qué, cómo, por qué y para qué se realiza la investigación:

1. ¿Que están haciendo los investigadores?, ¿cuáles son los estudios en proceso?, ¿qué tipo de controles llevan?, ¿quién los supervisa y hasta donde su decisión tiene poder?
2. ¿Qué autorización tienen los protocolos de la actual y futura investigación?, ¿que comités los autoriza y supervisa?
3. ¿Qué finalidad y utilización tienen o tendrán los actuales y futuros protocolos de investigación?, ¿cuál será su aplicación y futuro beneficio?

En toda investigación realizada, donde el ser humano sea objeto de estudio, deberá prevalecer el respeto a su dignidad, la protección a sus derechos y buscando su beneficio. Actualmente, más que antaño, se corre el riesgo de traspasar (o acaso se haya ya rebasado) la frontera de lo ilícito –ético, moral y legal– bajo el prurito del progreso científico; tomando en cuenta, como contraparte, que todo buen investigador debe ser audaz.

Se concuerda con el eminente teólogo Hans Küng, con respecto a la ética en investigación actual, “el futuro debe requerir algo decisivo: la reflexión sobre lo que es lícito debe **preceder** a la realización de lo factible”. “El desarrollo de la **tecnología médico-genética** con su problemática de una procreación digna y una manipulación humana de los embriones puede conducir a monstruosas manipulaciones del hombre y su caudal hereditario”. “La investigación debe ser ética y convertirse, como asunto de primer orden, en instrumento para el bien del hombre y la supervivencia de la humanidad” y “la manipulación del caudal genético humano sólo podrá ser lícita cuando contribuya a potenciar la conservación, protección y humanización de la vida humana”. Sin embargo, se está en los primeros pasos de la investigación genética y después de este inicio titubeante (y de protagonismo de algunos), se espera que los investigadores lleguen a ofrecer éticos, novedosos y benéficos frutos para la medicina futura y la humanidad.

Uno de los principales temores es la **utilización de placebos en investigación farmacológica**, siempre pareció una actitud médica inadecuada por negativa. No es justo, ni ético privar a un paciente de un medicamento y dejar su padecimiento sin tratamiento, al azar, a pesar de que el fármaco administrado se considere de poca efectividad.

No se dispone de evidencia documentada indicando, que la agencia reguladora en EUA, la *Food and Drug Administration*, cambió en preferencia la utilización de placebos por otro

tipo de testigo, para otorgar autorización de comercialización a nuevos fármacos. Al respecto, existe gran resistencia a utilizar otros métodos alternos al control con placebo, pudiendo realizarse en su lugar, continuando el tratamiento que haya resultado el óptimo terapéutico demostrado a la fecha o el accesible utilizado en el área de estudio; sin embargo, las compañías que financian la investigación procuran reducir el costo del procedimiento. Cualquier medicamento es más barato que ninguno.

Por otro lado, las compañías financieras se hallan ubicadas en países industrializados, con prohibición para investigación humana con placebos y como solución, recurren a países subdesarrollados o en vías de desarrollo, donde no encuentran tenaz resistencia o riesgo administrativo. Lucha dispar entre la investigación médica con bioética y el enorme capital económico y político de las empresas que desean elaborar y comercializar los futuros productos terapéuticos.

En la actualidad, prácticamente no se usan los placebos, en países desarrollados, continuando el tratamiento en el grupo testigo, con el mejor fármaco disponible, cuyos resultados se toman como parámetro para valorar los efectos del producto a investigar. Este tipo de investigación es en la actualidad insustituible, reúne los requisitos bioéticos y debe realizarse. El Código de Helsinki refiere “...*los pacientes en cualquier estudio deben recibir el mejor método probado de diagnóstico o tratamiento...*”

¿No es acaso preocupante utilizar placebos: en pacientes con padecimientos controlables o curables con el fármaco que estaban utilizando durante el tratamiento que recibían?

¿Privar sin consentimiento informado del paciente de la mejor terapia accesible?

¡No es justo, ético ni moral dejar al descubierto de medicamentos (buenos, regulares o malos) y dejar su padecimiento sin tratamiento, abandonado, al azar, aun en el caso de ser una enfermedad no considerada grave o el fármaco abolido era considerado de baja efectividad!

Motivo decepcionante es la realización de investigación con placebo en países con escaso potencial económico, demostrando no apreciar su calidad humana y fuerte componente de superioridad racial, económica, política y social. El país elegido para investigación debería ser el que ofreciera mejores condiciones específicas; esto es, mayor número de pacientes, de prevalencia del padecimiento, condiciones ambientales, climáticas, de infraestructura médica y hospitalaria, etc., u otra eventual causa de predilección médica, no socio-económica. A propósito de esta preferencia, el Dr. Julio Frenk refiere “*no puede considerarse éticamente correcto que se realicen estudios en países en vías de desarrollo, cuando no son autorizados en países industrializados*”.

ANEXOS: CÓDIGOS INTERNACIONALES DE BIOÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN MÉDICA

1. CÓDIGO DE NUREMBERG

Experimentos médicos permitidos

Son abrumadoras las pruebas que demuestran que la mayor parte de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites definidos, satisfacen (generalmen-

te) la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo; sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos éticos, morales y legales:

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que deba tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento.
El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona.
2. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, y que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.
3. El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del problema en estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.
4. El experimento debe ser conducido de manera tal que evite todo sufrimiento o daño innecesario físico o mental.
5. No debe realizarse experimento alguno cuando hay una razón *a priori* para suponer que pueda ocurrir la muerte o una lesión irreparable; excepto, quizá, en los experimentos que los médicos investigadores son también sujetos de investigación.
6. El riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento.
7. Se deben tomar las precauciones adecuadas y disponer de instalaciones óptimas para proteger al sujeto implicado, de las posibilidades incluso remotas de lesión, incapacidad o muerte.
8. El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. En todas las fases del experimento se requiere la máxima precaución y capacidad técnica de los que lo dirigen o toman parte del mismo.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poder finalizarlo si llega a un estado físico o mental en el que la continuación del experimento le parezca imposible.
10. En cualquier momento durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo si tiene razones para creer —en el ejercicio de

su buena fe, habilidad técnica y juicio cuidadoso— que la continuación del experimento puede provocar lesión, incapacidad o muerte al sujeto en experimentación.

2. DECLARACIÓN DE HELSINKI: RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOÉTICA EN SERES HUMANOS

Introducción

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras *“velaré solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”*, y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que: *“El médico debe actuar solamente en interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la fortaleza mental y física de aquel”*.

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos y la comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades.

En la práctica actual de la medicina, la mayor parte de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y preventivos involucran riesgos: esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre investigaciones que, en último término, deben incluir la experimentación en seres humanos.

En el campo de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y la investigación, cuyo objetivo esencial es puramente científico y que no tiene valor diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Durante la investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente. Debe respetarse el bienestar de los animales utilizados en la experimentación.

Como para ampliar el conocimiento científico y aliviar el sufrimiento de la humanidad es esencial que los resultados de los experimentos de laboratorio se apliquen a sujetos humanos, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones como guía para los médicos dedicados a la investigación biomédica en seres humanos. Estas recomendaciones se reconsiderarán en el futuro. Debe subrayarse que las normas aquí descritas son sólo una guía para los médicos de todo el mundo. Los médicos no están exentos de las responsabilidades penales, civiles y éticas bajo la ley de sus propios países.

PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con los principios científicos generalmente aceptados y debe basarse en experimentos de laboratorio y en animales, bien realizados, así como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que se remitirá para consideración, comentarios y asesoramiento a un comité independiente del investigador y de la entidad patrocinadora, con la condición de que dicho comité se ajuste a las leyes y reglamentos del país en el que se lleve a cabo el experimento.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de un profesional médico clínicamente competente. La responsabilidad respecto al sujeto humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia de su objetivo esté en proporción con el riesgo que corre el sujeto de experimentación.
5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por una valoración cuidadosa de los riesgos predecibles para el individuo frente a los posibles beneficios para él o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho a la integridad del ser humano sujeto a la investigación y deben adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad del individuo y reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos cuando los riesgos inherentes a la investigación sean imprevisibles. Igualmente deberán interrumpir cualquier experimento cuando se compruebe que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
8. Al publicar los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de respetar su exactitud. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para publicación.
9. Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por información adecuada a cada participante potencial de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. Cada una de estas personas debe ser informada de que tiene libertad para no participar en el experimento y para anular en cualquier momento su consentimiento. Sólo entonces deberá ser solicitado por el médico el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.
10. Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cauto respecto a que esa persona se halle en una situación de dependencia hacia él o dé el consentimiento bajo coacción. En tal caso deberá obtener el consentimiento otro médico que no esté implicado en la investigación y que sea completamente ajeno a la relación oficial.
11. El consentimiento informado debe darlo el tutor legal en caso de incapacidad jurídica, o un pariente responsable en caso de incapacidad física o mental o cuando el individuo sea menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso. Cuando el menor de edad pueda en efecto dar su consentimiento, habrá que obtener éste además del consentimiento del tutor legal.

12. El protocolo de investigación debe contener siempre una mención a las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración.

INVESTIGACIÓN MÉDICA ASOCIADA A LA ATENCIÓN PROFESIONAL (INVESTIGACIÓN CLÍNICA)

1. Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe tener libertad para utilizar un nuevo método diagnóstico o terapéutico si en su opinión da esperanzas de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos o terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, cada paciente –incluidos los del grupo testigo, si lo hay debe contar con los mejores métodos diagnósticos o terapéuticos disponibles.
4. La negativa de un paciente a participar en una investigación no debe interferir jamás en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado deberá expresar las razones específicas para este propósito en el protocolo que se transmitirá al comité independiente.
6. El médico debe combinar la investigación médica con la atención profesional, a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero sólo en la medida que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO TERAPÉUTICA EN SERES HUMANOS (INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO CLÍNICA)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es seguir siendo el protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica no clínica.
2. Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionen con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo de investigadores debe interrumpir la investigación si piensa que, de continuarla, pueda ser perjudicial para el individuo.
4. En la investigación en seres humanos, los intereses de la ciencia y de la sociedad no pueden anteponerse al bienestar del individuo.

PROPUESTA DE NORMAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SUJETOS HUMANOS

Preámbulo: Todo adelanto en el ejercicio de la medicina y en el conocimiento de los procesos fisiológicos y patológicos pertinentes, debe necesariamente, en última instancia, ser probado

por vez primera en sujetos humanos. Éste es el sentido que se le da a la expresión “investigación en sujetos humanos”.

El contexto en el que se enmarca este tipo de investigación es muy amplio y abarca:

- a) El estudio de los procesos fisiológicos, bioquímicos o patológicos, o de las reacciones a una determinada intervención-física, química o psicológica –en sujetos sanos o en pacientes bajo tratamiento;
- b) los ensayos clínicos controlados de métodos diagnósticos, profilácticos o terapéuticos en grupos de pacientes de mayor tamaño, encaminados a demostrar una reacción específica en un contexto de variaciones biológicas individuales;
- c) los estudios para evaluar las consecuencias de determinadas acciones profilácticas o terapéuticas dentro de una comunidad;
por tanto, a los efectos de estas normas, la investigación en sujetos humanos se define como:
- d) cualquier estudio donde participen sujetos humanos, destinado al avance de los conocimientos biomédicos, que no pueda ser considerado elemento de las prácticas clínicas o de salud pública ya establecidas y que suponga: alguna intervención o evaluación física o psíquica, o la producción, almacenamiento o análisis de expedientes que contengan información biomédica atribuible a personas identificables.

Además de las intervenciones programadas en sujetos humanos, estos estudios también incluyen las investigaciones en que la manipulación de factores ambientales pueda crear riesgos para las personas expuestas incidentalmente.

Las expresiones utilizadas están formuladas en términos generales, de forma que abarcan los estudios de campo de organismos patógenos y de sustancias químicas tóxicas para fines médicos.

Se reconoce que las investigaciones orientadas a otros fines también pueden implicar riesgos similares, pero las investigaciones no médicas no están dentro del ámbito de este documento.

Debe asegurarse que las investigaciones en sujetos humanos sólo son conducidas por investigadores debidamente competentes y experimentados, conforma a un protocolo experimental que estipule claramente: el propósito de la investigación; las razones que justifiquen la participación de sujetos humanos; la naturaleza y grado de los riesgos conocidos; los grupos propuestos para la selección de candidatos, y las disposiciones tomadas para asegurar que estas personas pueden dar su consentimiento con conocimiento de causa. El protocolo debe ser evaluado desde los puntos de vista científico y ético por un comité de revisión cuya composición sea adecuada e independiente de los investigadores.

Las normas que se proponen a continuación ya existirán de una manera u otra en algunos países, han sido formuladas con particular atención a las necesidades de los países en desarrollo y elaboradas a la luz de las respuestas a un cuestionario enviado a 43 administraciones nacionales de salud y a 91 facultades de medicina; en países que hasta la fecha las investigaciones en sujetos humanos sólo se llevan a cabo en escala limitada o que carecen de criterios nacionales explícitos para la protección de tales personas contra abusos involuntarios. Se recibieron respuestas de aproximadamente 60 países en desarrollo.

DECLARACIONES INTERNACIONALES

La primera declaración internacional sobre la investigación en sujetos humanos fue el Código de Nuremberg de 1947, que surgió a raíz del enjuiciamiento de un grupo de médicos, acusados de haber sometido a prisioneros y detenidos a experimentos humanos durante la Segunda Guerra Mundial. El Código subraya especialmente el “consentimiento voluntario” (el término corriente en la actualidad es “consentimiento informado”) de la persona, que se considera “absolutamente esencial”.

En la 18° Asamblea Médica Mundial, celebrada en 1964, la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptó la Declaración de Helsinki (“Helsinki I”), un conjunto de reglas para orientar a los médicos en las investigaciones clínicas terapéuticas o no terapéuticas. En la 29° Asamblea Médica Mundial, celebrada en 1975, la AMA revisó dicha declaración (“Helsinki II”) y amplió su campo de aplicación a fin de incluir “la investigación biomédica en sujetos humanos”. La versión revisada de la Declaración contiene nuevas e importantes consideraciones que prevén que los protocolos experimentales para investigaciones en sujetos humanos “se remitan a un comité independiente especialmente designado para que los considere, haga observaciones y proporcione asesoramiento” (Artículo I, 2); que dichos protocolos siempre han de contener “una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y deben indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración” (Artículo I, 8).

El Código de Nuremberg y la primera Declaración de Helsinki de 1964, han sido sustituidos por la Declaración de “Helsinki II” cuyo contexto se incluye como anexo. Dicha declaración es el documento básico en este campo, y como tal, goza de gran aceptación.

Las presentes normas tienen en cuenta la diferencia que se establece en la Declaración de “Helsinki II” entre la investigación médica asociada a la atención profesional (investigación clínica) y la investigación biomédica no terapéutica (no clínica).

Si bien la validez de los principios establecidos en la Declaración “Helsinki II” puede considerarse universal, su aplicación concreta debe variar en función de determinadas circunstancias.

El propósito de las presentes normas no es repetir o enmendar dichos principios, sino señalar como podrían ajustarse a las circunstancias particulares de muchos países en vías de desarrollo tecnológico. Se hace hincapié en las limitaciones del procedimiento para la obtención del consentimiento informado de los participantes, y se estudian cuestiones relativas a investigaciones sobre comunidades y no sobre individuos.

EL CONSENTIMIENTO DE LOS PARTICIPANTES

La Declaración de “Helsinki II” (Artículo I, 9) requiere que no se utilicen sujetos humanos en investigaciones médicas sin que se obtenga su “libre consentimiento informado” después de haberles indicado debidamente “los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles” del experimento y la posibilidad de abstenerse de participar o retirarse en cualquier momento. Sin embargo, dicho consentimiento por sí solo no protege suficientemente al sujeto y por ello siempre debe ir acompañado de una evaluación ética independiente de las investigaciones propuestas.

Además, son muchas las personas que no están en condiciones de emitir un consentimiento consciente, entre ellas los menores, los adultos enfermos o deficientes mentales y todas las personas completamente ajenas a los conceptos de la medicina moderna, para quienes el consentimiento supone una participación pasiva cuyo sentido son incapaces de comprender. La evaluación ética independiente es imprescindible para estos grupos:

Menores

Es axiomático que los menores nunca deben participar como sujetos en actividades de investigación que pueda realizarse en adultos. Sin embargo, su participación es indispensable para la investigación de las enfermedades infantiles y de determinados trastornos propios de los niños. Siempre es necesario obtener el consentimiento del padre, la madre o el tutor legal después de haberle explicado los objetivos del experimento y los posibles riesgos, molestias o incomodidades.

En la medida de lo posible, lo cual variará en función de la edad, deberá también obtenerse la cooperación voluntaria del niño tras haberle explicado abiertamente las posibles molestias o inconvenientes. Puede suponerse que los adolescentes estarán en condiciones de ofrecer un consentimiento informado. Lo mejor es añadir éste al de los padres o tutores legales.

Los menores no deben ser incluidos bajo ninguna circunstancia en actividades de investigación que no encierren posibles beneficios para ellos, salvo cuando el objetivo sea para explicar los estados fisiológicos o patológicos típicos de la infancia.

Mujeres embarazadas y madres lactantes

Obtener el consentimiento informado en este grupo no supone ningún problema particular, pero nunca deberá considerarse la participación de mujeres embarazadas o madres lactantes en investigaciones no terapéuticas que puedan exponer al feto o recién nacido a riesgos, a menos que éstas tengan por objeto explicar problemas relativos al embarazo o la lactancia. Las investigaciones terapéuticas sólo se admiten cuando tienden a mejorar el estado de salud de la madre sin perjudicar al feto o lactante, a mejorar la viabilidad del feto o a promover el desarrollo saludable del lactante y la capacidad de la madre para alimentarlo debidamente. (Se considera que se trata de producto en lugar de feto.)

La investigación sobre la interrupción del embarazo o emprendida previendo dicha interrupción compete a la legislación nacional y depende de los preceptos religiosos y culturales. Por ello no se presta a una recomendación de orden internacional.

Personas enfermas o con retraso mental

Las consideraciones éticas aplicables a enfermos o retrasados mentales se asemejan en gran medida a las expuestas para los menores. Nunca deben ser incluidos en actividades de investigación que se puedan realizar con la participación de adultos en posesión de todas sus facultades pero, por otra parte, son los únicos sujetos disponibles para el estudio de las causas y tratamientos de la enfermedad o la discapacidad mental que padecen.

Se debe solicitar el consentimiento de la familia inmediata (cónyuge, padres, hijos adultos, hermanos,) aunque a veces sea de valor dudoso debido a que, en algunos casos, las

personas que sufren de trastornos o deficiencias mentales son considerados como una carga por sus familiares. En casos en que el sujeto haya sido internado por sentencia judicial, podrá requerirse una autorización jurídica para su participación en procedimientos experimentales.

Otros grupos sociales vulnerables

Es necesario considerar detenidamente la calidad del consentimiento de los posibles candidatos que sean miembros inferiores o subordinados de un grupo con estructura jerarquizada, puesto que su disposición a participar puede verse indebidamente condicionada por la expectativa, justificada o no, de beneficios adicionales. Los estudiantes de medicina y de enfermería, el personal auxiliar de hospitales y laboratorios, los empleados de la industria farmacéutica y los miembros de las fuerzas armadas constituyen ejemplos de estos grupos.

Personas en comunidades en vías de desarrollo

Las comunidades rurales de los países en desarrollo no suelen estar familiarizadas con los conceptos y técnicas de la medicina experimental. Estas comunidades sufren una pesada carga de padecimientos, discapacidades y muertes causadas por enfermedades no endémicas en los países desarrollados. Se considera urgente la investigación sobre la prevención y el tratamiento de dichas enfermedades que, en última instancia, sólo puede efectuarse en las comunidades expuestas.

En aquellos casos en que los miembros de la comunidad no puedan ofrecer su consentimiento, con adecuado conocimiento de causa, directamente a los investigadores, por falta de comprensión de las repercusiones de su participación en un experimento, se recomienda obtenerlo por mediación de algún dirigente comunitario respetado. El intermediario debe insistir en que la participación no es obligatoria y que cualquiera puede abstenerse de participar o retirarse del experimento en cualquier momento.

Investigación en nivel comunitario

Cuando se emprenden proyectos de investigación a nivel comunitario (p. ej., el tratamiento experimental del abastecimiento de agua, la investigación de los servicios de salud o las pruebas a gran escala de nuevos insecticidas, agentes profilácticos o inmunizantes, complementos o sustitutos alimentarios) resulta imposible obtener el consentimiento de cada persona. La decisión final sobre la conveniencia de la investigación dependerá de la administración de salud pública responsable.

No obstante, deben emplearse todos los medios posibles para informar a la comunidad en cuestión sobre las finalidades de la investigación, así como sobre los beneficios previstos y los riesgos o inconvenientes que pudiera conllevar. De ser factible, deberá permitirse de abstenerse a participar quienes lo deseen. En cualquier caso, las consideraciones éticas y los mecanismos de protección aplicables a la protección de individuos en la investigación deben trasladarse en la medida de lo posible al contexto comunitario.

PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN

Los criterios para la evaluación de la investigación en sujetos humanos dependen de las instituciones políticas, de la estructura orgánica de la actividad profesional, de la investigación médica y del grado de autonomía de los investigadores médicos. Sin embargo, en cualquier caso, la sociedad tiene la doble responsabilidad de asegurar que:

- a) Todos los medicamentos o dispositivos en etapa experimental utilizados en sujetos humanos cumplan con las normas de seguridad adecuadas;
- b) las disposiciones de la Declaración de "Helsinki II" se aplican a toda investigación biomédica con sujetos humanos.

DETERMINACIÓN DE LA SEGURIDAD

Una comisión consultiva multidisciplinaria de ámbito de acción nacional constituye el mecanismo más eficaz para determinar la seguridad y la calidad de los medicamentos o dispositivos nuevos que se pretenden utilizar en el hombre. Su labor puede beneficiarse de las valiosas aportaciones de clínicos, farmacólogos clínicos, toxicólogos, patólogos, farmacéuticos y estadísticos. En la actualidad, muchos países carecen de los recursos necesarios para efectuar evaluaciones independientes de los datos técnicos de la comunidad con procedimientos y normas consideradas obligatorias en muchos de los países más avanzados. Su capacidad para desempeñar esta función dependerá, a corto plazo, de un intercambio más eficiente de la información pertinente a escala internacional.

COMISIONES DE REVISIÓN ÉTICA

Es imposible trazar una frontera bien delimitada entre la revisión científica y la revisión ética: un experimento sin fundamento científico es *ipso facto* antiético, dado que puede exponer a los sujetos de experimentación a determinados riesgos e inconvenientes sin razón alguna. Por tanto, por regla general, las comisiones de revisión ética examinan los aspectos éticos y científicos. Una vez que una comisión considera que un proyecto de investigación es conveniente desde el punto de vista científico, tiene que determinar si los beneficios previstos justifican que el sujeto corra cualquier riesgo conocido o posible y, de ser así, tiene que averiguar si el mecanismo propuesto para obtener el consentimiento informado de la persona afectada es satisfactorio.

En las administraciones con un alto grado de centralización se pueden establecer comisiones supervisoras a nivel nacional, encargadas de examinar los protocolos de investigación desde los puntos de vista científicos y éticos. En los países donde la investigación médica no está centralizada, es más eficaz y conveniente que el examen ético se efectúe a escala local o regional. La responsabilidad fundamental de dichas comisiones locales es doble:

- a) Verificar que todas las intervenciones propuestas, y en especial la administración de medicamentos en su proceso de desarrollo, fueron evaluadas por un órgano competente de expertos y que éste consideró segura su aplicación en sujetos humanos;

- b) Asegurar que las demás consideraciones éticas a las que dé lugar determinado protocolo estén satisfactoriamente resueltas tanto en principio como en la práctica.

Pueden constituirse comisiones de revisión bajo los auspicios de administraciones sanitarias nacionales o locales, consejos nacionales de investigación médica o cualquier otro tipo de organismos médicos con representación nacional. El marco de competencia de las comisiones locales puede limitarse a una institución investigadora específica y cubrir toda la investigación biomédica en sujetos humanos llevada a cabo en una jurisdicción geográfica determinada.

Las comisiones de evaluación locales hacen la función de coordinadoras para reunir a personalidades del mismo rango que los investigadores y su composición debería permitirles realizar un examen completo y adecuado de las actividades de investigación que les son remitidas. Sus miembros pueden ser otros profesionales de la salud, en particular enfermeras, o personalidades ajenas al ámbito de la salud calificadas para representar a la colectividad y a sus valores culturales y morales. A fin de preservar su independencia con respecto a los investigadores habrá que excluir del proceso de evaluación a cualquier miembro que pudiera tener interés directo en una propuesta.

Los criterios exigidos por las comisiones de revisión tienen que ser particularmente rígidos cuando las actividades de investigación propuestas afectan a menores, mujeres embarazadas, enfermos o retrasados mentales, miembros de comunidades que todavía no se han familiarizado con los conceptos clínicos modernos o cuando la investigación es de carácter no terapéutico e invasora.

INFORMACIÓN QUE DEBEN PROPORCIONAR LOS INVESTIGADORES

Cualquiera que sea el mecanismo adoptado para el examen ético, deberá basarse en un protocolo detallado que incluya los siguientes elementos:

- a) Una exposición clara de los objetivos con respecto al estado presente de los conocimientos y las razones que justifiquen que la investigación se realice en sujetos humanos;
- b) una descripción precisa de todas las intervenciones propuestas, con las dosis de medicamentos que se pretende administrar y la duración prevista del tratamiento;
- c) un plan estadístico que indique el número de candidatos que se pretende seleccionar y los criterios para la finalización del experimento;
- d) los criterios que determinen la admisión y retirada de los candidatos individuales con todos los detalles relativos al procedimiento de consentimiento informado.

Asimismo deberá incluirse información que permita establecer:

- a) La seguridad de cada intervención, medicamento o dispositivo propuestos, incluidos los resultados obtenidos en experimentos de laboratorio y con animales;
- b) los supuestos beneficios y los posibles riesgos de la participación;
- c) los medios propuestos para obtener el consentimiento informado de participantes, o cuando esto no es posible, las suficientes garantías de que el tutor o la familia serán

debidamente consultados y el bienestar de cada individuo será protegido adecuadamente;

- d) pruebas que indiquen que el investigador tiene la competencia y experiencia apropiadas, así como los recursos suficientes para llevar a cabo su actividad en forma eficaz y segura;
- e) disposiciones bien definidas para preservar el carácter confidencial de los datos;
- f) cualquier otra consideración ética que se haga y una declaración que indique que se cumplirán los principios enunciados en la Declaración de "Helsinki II".

INVESTIGACIÓN PATROCINADA DESDE EL EXTERIOR

El patrocinio externo se refiere a las investigaciones llevadas a cabo, iniciadas, financiadas y a veces total o parcialmente ejecutadas por una agencia externa nacional o internacional, con la colaboración o el acuerdo de las autoridades competentes del país en cuestión.

Este tipo de investigación implica dos imperativos éticos:

- a) El protocolo de investigación deberá ser sometido a revisión ética por la agencia iniciadora del proyecto. Las normas éticas aplicadas no deberán ser menos rigurosas que las que se impondrían si la investigación se hubiera llevado a cabo en el país donde surgió la propuesta;
- b) una vez que la agencia iniciadora del proyecto da su aprobación, las autoridades competentes en el país anfitrión deben establecer, por medio de una comisión de revisión ética o por otros medios, que la investigación propuesta cumple con sus propios requisitos éticos.

Cuando es una empresa farmacéutica la que inicia y financia el proyecto, conviene que el país anfitrión requiera, para su propio interés, junto con la propuesta, la opinión de un organismo competente del país de origen (p. ej., administración sanitaria, consejo de investigación, academia de medicina o de ciencias).

Un objetivo secundario importante de la investigación exterior es la capacitación del personal de salud del país anfitrión para que los proyectos de investigación análogos puedan llevarse a cabo independientemente.

COMPENSACIÓN A SUJETOS DE EXPERIMENTACIÓN POR LESIONES ACCIDENTALES

Son muy raros los informes de la aparición de lesiones accidentales que lleven a discapacidad provisional o permanente o fallecimiento en voluntarios que participan en una investigación con o sin fines terapéuticos. En realidad, las personas que se someten a una investigación biomédica suelen beneficiarse de condiciones experimentalmente favorables, ya que se encuentran bajo la vigilancia continua y sistemática de investigadores muy competentes atentos a la más leve señal de reacción negativa. Estas circunstancias no suelen darse con tanta frecuencia en la práctica médica habitual.

Sin embargo, cualquier voluntario sometido a una investigación médica que sufra lesiones o daños como consecuencia de dicha investigación, tiene derecho a recibir asistencia financiera o de cualquier otro tipo que constituya una compensación por cualquier discapacidad provisional o permanente. En caso de fallecimiento, las personas a cargo del fallecido tendrán derecho a una adecuada compensación material.

Cuando se solicita el consentimiento de las personas que van a ser sujetos de experimentación no se les debe pedir que renuncien a su derecho a compensación en caso de accidente; tampoco se les debe exigir que demuestren la posible negligencia o incompetencia del investigador. Cada vez encuentran más aceptación los sistemas de seguros contra riesgos, financiados con fondos públicos, privados o mixtos, en los que la persona que ha sufrido daños personales sólo tiene que demostrar la relación causal entre la investigación y la lesión. Cuando el experimento es patrocinado por una empresa farmacéutica, ésta debe asumir la responsabilidad en caso de accidente. Esto es particularmente necesario en la investigación con financiación externa, cuando los sujetos no están protegidos por disposiciones de seguridad social.

CARÁCTER CONFIDENCIAL DE LA INFORMACIÓN

En el transcurso de la investigación puede que haya que compilar y almacenar información relativa a personas cuya revelación a terceros puede causar perjuicio o malestar. Por tanto, los investigadores deberán tomar las medidas necesarias para proteger el carácter confidencial de dicha información, por ejemplo, omitiendo los datos que pudieran facilitar la identificación de los participantes, limitando el acceso a los datos o tomando cualquier otra medida apropiada.

PROPUESTA DE ESTRATEGIA PARA LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA SOBRE EL SIDA Y VIH POSITIVOS

La presión de pacientes con SIDA o VIH positivos, aunada a las exigencias de la comunidad gay de EUA, para disponer de tratamientos o terapias eficientes para prevenir, contener y curar esta entidad nosológica, o retardar sus consecuencias y ampliar sus expectativas de vida; poniendo en la mesa de discusión los clásicos criterios científicos de reglamentación vigente para la investigación y particularmente experimentación de posibles fármacos en seres humanos.

Ante la premura con la que solicitan la aplicación de sustancias, en contraste con los formulismos actuales para que los organismos oficiales (*Food and Drug Corporation*) permitan la utilización de fármacos en humanos durante el proceso de experimentación; y ante la gravedad del padecimiento y su expansiva difusión, la *American Foundation for AIDS Research*, propuso medidas que agilicen algunos pasos del proceso de experimentación en humanos; modificando, acortando y simplificando el esquema aceptado universalmente en las Declaraciones de Helsinki II y las Propuestas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos.

REFERENCIAS

- Álvarez Campos F:** “Autorización bajo información”, Conferencia 2° Simposio: Aspectos legales y éticos de la práctica de la medicina en México. Asesoría Integral en Comunicación Educativa, S.C., febrero, 1998, México.
- Cárdenas ML:** “Problemas éticos de la Investigación Clínica”. Rev. Medicina y Ética, vol. IV, No. 2, p. 91-100, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Catrioni P, Mordacci R:** “Estrategia para la investigación clínica sobre el SIDA e infección por VIH. La propuesta de un grupo de trabajo estadounidense”. Revista de Medicina y Ética, vol. III, No. 2, p. 133-155, 1992, Universidad Anáhuac, México.
- Códigos Internacionales de ética en la Investigación:** 1.- Código de Nuremberg; 2.- Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos; 3.- Propuesta de normas Internacionales para la investigación biomédica en sujetos humanos; 4.- Normas internacionales para la investigación biomédica con animales; Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, vol 108, No. 5 y 6, p. 625-641, 1990, Washington D.C., EUA.
- Dickens BM:** “Tendencias actuales de la bioética en el Canadá”. Rev. Bioética: temas y perspectivas. Publicación Científica No. 527, p. 143-148, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
- Garduño Espinosa J et al.:** “Conflicto de intereses en medicina ¿censura, persecución o defensa de valores éticos? Rev. Médica del IMSS (Méx.), vol. 34 No. 5, p. 345-349, 1996.
- Hortelano A:** “*Moral de bolsillo*”. Edit. Sígueme, Salamanca, España, 1989; p. 84-86.
- Juan Pablo II:** “Carta encíclica Evangelium Vitae”. Documentos pontificios 44, cap. III, No. 63, p. 113-116, Ed. Ediciones Vaticanas.
- Küng, Hans:** “*Proyecto de una ética mundial*”. Edit. Trotta, S.A. Madrid, 1998.
- Kuthy Porter J:** “Ética en la investigación clínica” Simposium. Rev. Gaceta Médica de México, 1988; 119(3); 97-101.
- Kuthy Porter J, Escosura de la G:** “Ética y medicina en México” Rev. Medicina y Ética, vol. I, No. II, 247-259, 1990, Universidad Anáhuac, México.
- Lara M del C, Fuente de la JR:** “Sobre el consentimiento informado”. Bol. De la Of. San. Panam., vol. 108, No. 5 y 6, p. 439-444, número especial, 1990.
- Legislación Sanitaria de los Estados Unidos Mexicanos.** Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, Art. 1 al 132, p. 801-848, y Ley General de Salud, Art. 96-103, p 37-40. Ediciones DELMA, 1995.
- López de la Peña X:** “El consentimiento informado y la aprobación de comités evaluadores en investigaciones médicas”. Rev. Investigación clínica, vol. 47, No. 5, p. 399-404, septiembre-octubre, 1995.
- Martínez Cairo S, Amato-Martínez J:** “Principios éticos de la investigación médica en seres humanos”. Rev. Gaceta Médica de México. vol. 131, No. 2, p. 251-7, marzo-abril, 1995.
- Pascali VL, Berttone E, Fiori A:** “Problemas bioéticos y medico-legales de la medicina perinatal”. Rev. Medicina y Ética, vol. III, No. IV, p. 409-425, 1992, Univ. Anáhuac, México.
- Pérez-Miravete A:** “El consentimiento informado en investigación experimental”. Bolet. de la Oficina Sanitaria. Panamericana., vol. 91, No. 4, p. 289-301, octubre, 1981, Washington D.C., EUA..
- Pegoraro R:** “Comunicación de la verdad al paciente, reflexiones teológicas”. Rev. Medicina y Ética, vol. IV, No. II, p. 75-89, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Ramírez Villaseñor I et al.:** “La bioética y el uso de placebos en ensayos clínicos controlados”. Rev. Méd. del IMSS, vol. 41, No. 1, p. 65-73, 2003, México.
- Roldán González J:** “Ética Médica”, p. 87-93, Ed. Universidad Lasalle, México, 1984.
- Sala R:** “El niño moribundo: verdad, autonomía e intereses en conflicto”. Rev. Medicina y Ética, Univ. Anáhuac, vol. VI, No. 1, p. 39-55, 1995, México.
- Salvino Leone:** “Ética de las tecnologías instrumentales en medicina”. Rev. Medicina y Ética, vol. I, No. II, p. 261-271, 1990. Ed. Univer. Anáhuac, México.

- Salvino Leone:** "Bioética en la pediatría general". Rev. Medicina y Ética, vol. III, No. IV, p. 391-407, 1992, Univ. Anáhuac, México.
- Serrano de la Vertu D, Linares AM:** "Principios éticos de la biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe". Boletín. de la Of. San. Panam., vol. 108, No. 5 y 6, p. 489-499, número especial, 1990. Washington, D.C., EUA.
- Tortoreto F, Sgreccia E, Schiavoni G:** "El consentimiento informado: una experiencia en cardiología". Rev. Medicina y Ética, Univ. Anáhuac, vol. VI, No. 1, p. 57-75, 1995, México.
- Velasco-Suárez M:** "El consentimiento informado como deber bioético del cirujano". Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 3, p. 225-229, mayo-junio, 1997.
- Velasco-Suárez M:** "Responsabilidad científica y bioética del neurocirujano". Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 3, p. 213-219, mayo-junio, 1997.
- Villalpando Gutiérrez J:** "Ética Médica". Rev. Médica del IMSS (Méx.), No. 1, vol. 29, p. 5-12, 1991.

Biogenética médica

“Cada gran paso dado por la ciencia ha provocado inseguridad, temor y hasta repudio temporal de la humanidad; con el paso del tiempo, se razona y ponderan las ventajas de la aplicación del nuevo descubrimiento”.

CONSIDERACIONES

GENOMA

De acuerdo con datos extraídos del *Human Genoma Project*, se llama genoma al conjunto total de instrucciones que crean un organismo. Contiene el plano de todas las estructuras celulares y actividades para el tiempo de vida de una célula o de un organismo. El genoma humano se encuentra en el núcleo de cada una de los millones de células que componen una persona. Éste consiste en espirales estrechas de ácido desoxirribonucleico (DNA) y moléculas asociadas en proteínas organizadas en estructuras llamadas cromosomas. Los componentes de estas cadenas contienen toda la información necesaria para mantener y construir la vida, desde una simple bacteria hasta organismos complejos, como los seres humanos.

GENERALIDADES

El material hereditario se encuentra casi exclusivamente en el núcleo celular de las gónadas, donde la mitad (23 pares de cromosomas) proceden del espermatozoide y la otra mitad del óvulo. Estos 46 cromosomas están formados por ácidos nucleicos (ácido desoxinucleico o DNA). Este ácido nucleico está organizado en nucleótidos que se suceden en forma de dobles escaleras de caracol o espiral y contienen tres elementos: un ácido fosfórico, un azúcar (desoxirribosa) que forman los lados de la escalera y una sustancia aromática simple, que puede ser cualquiera de las siguientes cuatro: Adenosina (A), Timina (T), Guanina (G) y Citosina (C), siempre agrupados en pares. Estas cuatro bases (A,T,G,C) contienen las instrucciones de todos los organismos del género animal.

De los 46 cromosomas humanos, 44 son autosomas y 2 gonosomas o cromosomas sexuales; el hombre tiene como fórmula cromosómica somática 46XY y la mujer 46XX. Los 44 autosomas se agrupan en 22 pares de cromosomas homólogos, llamados así por contener material genético que determina las mismas características. Cada par de cromosomas se

integra por un cromosoma materno y otro paterno. A lo largo de los cromosomas se encuentran localizados aproximadamente unos 30 000 a 40 000 genes. Anteriormente se pensaba tratarse de hasta 100 000 genes. Resulta número curiosamente bajo, considerando los 18 000 genes que contiene un gusano o los 30 000 de una mosca. Además, es de considerarse que el ser humano comparte 99.8% de su material genético con otros animales y que solamente el 0.2 por ciento diferencia al hombre del resto y lo hace único.

La distribución de los átomos en esas bases nucleicas hace que normalmente sólo sean posibles las combinaciones AT y GC. Esto explica por que al dividirse la célula, previa duplicación del material celular, las dos partes contengan igual cantidad de DNA y además cualidades idénticas. Ocasionalmente esto puede fallar, provocando alteraciones en el número y estructura de los cromosomas o anomalías de los genes, dándose las siguientes variantes:

1. **Anomalías en el número de cromosomas.** Se producen por un trastorno en el aparato (mitótico) de división celular y puede suceder que:
 - a) Un cromosoma se “retrase” durante la división y “no pase” a las células hijas; se pierde un cromosoma; o
 - b) cuando al dividirse la célula madre, uno de los cromosomas no se separa, originando dos células hijas diferentes (una con tres y la otra sólo con un cromosoma), fenómeno de “no disyunción”, que se presenta con mayor frecuencia al tener edad biológica avanzada (la disyunción del cromosoma 21 causa la “trisomía 21” o mongolismo). Las trisomías del 1 al 12 y la 16 son mortales *in utero* (explicación de abortos espontáneos precoces); las del 21 en adelante son 80% viables.
2. **Anomalías en la estructura de los cromosomas.** En aproximadamente 1% se presenta transferencia parcial de un fragmento de cromosoma a otro. Como no hay pérdida de material, no acarrea trastornos, solo ocasionalmente crea “espacios frágiles” y ocasiona retraso mental (cromosoma X frágil).
3. **Anomalías de los genes.** Los genes son los responsables de las características individuales de cada ser y lo hacen genéticamente único dentro de su especie. El gen es la unidad funcional de actividad en los ácidos nucleicos. Las alteraciones dentro del DNA modifican los genes, esto puede ser provocado por manipulación (investigación y terapia genética), espontáneamente o por influjo de agentes mutantes (radiaciones, químicos, virus...). Cuando cambia la secuencia del DNA, se produce otro código genético (puede ser que un A sea sustituido por un T, un C o un G). Sea en forma espontánea o causada por agentes, estas anomalías genéticas son causantes de la espina bifida, paladar hendido, labio leporino, fenilcetonuria, mucoviscidosis, etc.

DIVISIÓN

Dentro de la investigación biogenética humana, se diferencian tres grandes ramas:

1. Eugenesia.
2. Desciframiento del Código Genético (también llamado Cartografía del Genoma Humano, Proyecto Genoma, Desciframiento de la Molécula de DNA y Proyecto Internacional del Genoma Humano).
3. Ingeniería Genética (orientada a mejoramiento de calidad de vida de las nuevas generaciones, corrigiendo principalmente las desviaciones genéticas actuales).

EUGENESIA

Definición

Vocablo acuñado en 1869 por Francis Galton y lo definió como “el estudio de los factores que mejoran los rasgos raciales de las generaciones futuras en todos los términos” y lo derivó de las palabras latinas “*eus*” bueno o normal y “*genis*” creación o nacimiento.

“Estudio científico de las condiciones más favorables para la reproducción humana”.

Historia

De hecho, la preocupación por el nacimiento de niños sanos data desde los espartanos que sacrificaban los niños nacidos débiles por no llegar a ser buenos soldados. Platón también sugiere que el estado debería regular los matrimonios sobre una base filosófica y eliminar a los niños varones débiles.

Algunas razas humanas (p. ej., judíos, blancos, negros) tratan de mantener la pureza de su raza no mezclándose con otros supuestamente inferiores. Los judíos por motivos religiosos procuran matrimonios intraraciales, los estadounidenses discriminan al casado(a) con negro(a), y a mediados del siglo XX evitaban la entrada de europeos al país, mientras que en la Alemania nazi exterminaban judíos por raza indeseable.

Antecedentes

Algo logró rescatarse de este genocidio de judíos en los campos de concentración, donde la investigación genética (para lograr lo que ellos más deseaban, una raza superior) alcanzó gran desarrollo, a pesar de caer en la más vergonzosa degeneración; este impulso perduró y cambiando sus principios hacia los éticos, después del proceso y Código de Nuremberg, aparece el primer gran paso en genética: Jérôme Lejeune comprueba la relación entre la trisomía 21 y el mongolismo. Desde entonces se concibió el riesgo de que los padres pueden engendrar niños con problemas genéticos.

División

Todo humano es portador de 8 a 10 genes recesivos que (en combinación homocigótica) pueden dar lugar a trastornos de la progeñe, por tanto, es posible pensar que todo individuo debería acudir a un centro genético para conocer sus posibles deficiencias; demanda que actualmente sería imposible satisfacer, dejándose los exámenes genéticos para las personas que presentan (ellas o sus familias) hijos con problemas genéticos (deformaciones o malformaciones congénitas, mortinatos de repetición, abortos múltiples, etc.).

Los exámenes genéticos deberían realizarse antes de tener hijos, incluso podrían solicitarse anexos a los certificados médicos prenupciales; sin embargo, el momento psicológico para solicitar el asesoramiento genético es cuando ya existe el embarazo; denominándose:

Diagnóstico genético prematrimonial

Antes del embarazo, es posible predecir probable patología génica en el futuro producto de la concepción, realizando diagnóstico genético a los futuros padres. No es factible todavía

predecir con certeza el resultado de esta unión cromosómica en el futuro producto; sin embargo, ante estos posibles resultados, los futuros padres podrían tomar las medidas precautorias en caso de resultado positivo.

Con asesoría de genetista, psicólogo o médico general, deberá determinarse (en caso positivo): conveniencia de enlace con formación o cambio de pareja, confirmarse deseo a enlace, conveniencia de procrear y la decisión de pareja, preferencia por adopción o riesgo de tener hijos..

Diagnóstico genético prenatal

Derivado del conocimiento reciente de que los problemas genéticos de los fetos, puede sin grandes riesgos, diagnosticarse antes del nacimiento; de hecho, antes de la semana 16 de embarazo; surge la necesidad, especialmente en casos de riesgo conocido por antecedentes, de realizar diagnóstico y pronóstico prenatal y bajo asesoramiento genético definir la conducta a seguir.

Según Rubín, deberían acudir a recibir asesoría genética:

1. Pareja que ya tiene un hijo con trastornos genéticos o en sus familiares.
2. Pareja consanguínea.
3. Mujer con antecedentes de dos o más abortos espontáneos o un mortinato.
4. Mujer con rubéola al principio del embarazo.
5. Mujer o marido expuestos a teratogénicos, rayos X, radiaciones, etc., el hombre antes y la mujer antes o durante el embarazo.

El grupo de investigación del *Hastings Center* publicó unas "Recomendaciones concernientes a los problemas morales, sociales y jurídicos; relativas al diagnóstico prenatal" (publicado en *Le Diagnostic Prenatal-Cahiers de Bioethique 2*, Quebec, Canadá, 1980) con el propósito de establecer criterios para la elaboración e institucionalización de la investigación genética prenatal y el asesoramiento genético a fin de poder adoptar medidas bioéticas.

En caso de diagnóstico genético prenatal positivo (posibilidad o certeza de patología fetal), surgen diversas alternativas, donde los padres deberán decidir en conciencia perfectamente informada cual alternativa elegirán:

1. Continuar con el embarazo hasta nacimiento del hijo.
2. Tratar de modificar las causas *in utero*.
3. Procurar transformarlas después del nacimiento.
4. Interrumpir el embarazo.

A pesar de los avances actuales, todavía no es posible actuar sobre el genotipo modificando o eliminando el defecto genético cromosomático. La genoterapia no alcanza este objetivo y muy raras veces puede influir en el fenotipo para modificar padecimientos genéticos.

Existen algunas malformaciones congénitas detectadas antes del parto, factibles de corrección quirúrgica intrauterina, que evolucionan sin dejar cicatrices al nacimiento. También se realizan exitosamente trasplantes de médula o sus fracciones para tratamiento de ciertos padecimientos, introduciendo estos tejidos al peritoneo del feto. Esta cirugía se encuentra actualmente en fase experimental, con resultados por ahora alentadores.

En otros casos la corrección de la malformación puede hacerse después del parto, en ocasiones sin graves secuelas, buena función y estética aceptables; pero en otro tipo de malformaciones a pesar de intentos medicoquirúrgicos no lograrán un individuo “normal”.

Estos métodos no son corrientes, están en fase de experimentación y mientras no se logre el tratamiento y curación del padecimiento o malformación congénita del feto o del hijo, el diagnóstico genético prenatal positivo lleva irremisiblemente a dos posibilidades de acción: esperar el parto o inducir el aborto.

Esta última decisión no es terapéutica y, por tanto, no será médica ni éticamente deseable, pero pudiera ser justificable de acuerdo al tipo de padecimiento o malformación, su posible corrección, vida futura del producto, aparte de aliviar sufrimientos que pudieran ser graves y futuras cargas familiar y social. He aquí uno de los enfrentamientos ambivalentes que plantea la ética actual, donde mucho cuenta la opinión del médico, aunque la decisión final corresponda a la madre junto con el cónyuge.

Actualmente en México todavía no se legisla la realización obligatoria del análisis genético prenatal como obligación, por motivo de su poca disponibilidad, alto costo, ocasional beneficio y graves dilemas bioéticos que plantea.

Asesoramiento genético

Los futuros padres deben estar perfectamente enterados de la certeza del diagnóstico genético positivo, ¿qué seguridad existe de trastorno en el producto?, ¿cuán grave serán las consecuencias?, ¿podrá tratarse y desaparecer su patología o persistirá por toda la vida?, ¿qué calidad de subsistencia le espera al futuro hijo? Esto es, el genetista tiene que proporcionar información veraz y sustentada sobre diagnóstico, pronóstico, posible tratamiento y sus resultados, con base en lo cual, los padres y solamente ellos tomarán una decisión que debe ser ilimitadamente respetada.

En principio, debe respetarse la libertad de los padres para decidir en consecuencia y acatar el consentimiento informado para resolución de continuar o suspender el embarazo; siempre supeditado a la formación ética, moral y social de la pareja y no al consejo del médico puesto que éste debe ser imparcial.

Criterios en eugenesia

Criterio moral. Seguirá siendo invariablemente el respeto a la vida humana y la inviolabilidad de la misma. Un feto humano potencialmente minusválido, no deja de ser humano y resulta amoral cualquier decisión que no sea la evolución normal del embarazo.

Criterio bioético médico. Desde este punto de vista del genetista no debe ejercer ninguna presión sobre la futura madre o familiares en cuanto a la decisión de interrumpir o no el embarazo. Su misión es dar información completa, su campo de acción le impide ser resolutivo.

CONSIDERACIONES GENERALES

Actualmente se realiza casi exclusivamente el estudio genético cuando la mujer está embarazada, esto es, el diagnóstico genético prenatal y generalmente tardío (más allá del primer

trimestre); por indicación médica o directamente de la gestante y se solicita como consecuencia de problemas previamente detectados (malformaciones, Down, abortos, etc.). Método reciente que todavía no ofrece certeza del 100 %, por lo que solamente cuando se demuestre fehaciente y categóricamente que la malformación o trastorno genético no será compatible con la vida o con futura vida digna y con el conocimiento y decisión de los padres de interrumpir el embarazo, se justificará el planteamiento de aborto en base a razones eugenésicas.

La mujer o la pareja son los determinantes, no el médico; si existe embarazo y solicitan asesoría prenatal, es porque en caso positivo están decididos al aborto, de otra forma no se justificaría el examen considerado extemporáneo. Recurrir al diagnóstico genético durante el embarazo, hace presuponer disposición al aborto positivo, mientras no sea factible corregir *in utero* o en el posnatal el padecimiento o deformación detectada.

No se trata de liberar o poblar a la sociedad de minusválidos como resultado del diagnóstico genético prenatal. Los padres deben aceptarlo o rechazarlo, puesto que el futuro hijo debe responder a las expectativas que en él hayan fincado. Esta rama de la ciencia está comenzando, todavía en algunos casos, existen dudas en certeza de diagnóstico y correspondiente trastorno genético y mientras no se tenga una certeza absoluta el genetista debe ser cauto en su proceder.

En caso de no embarazo, con diagnóstico genético llamado pregestacional, de intervalo o inter genésico, el ideal, el código genético dará a la pareja, al hombre o mujer, la posibilidad de determinar su conducta reproductiva y prevenir o diferir un embarazo y tratar oportunamente algún padecimiento genético de posible aparición posterior. El asesoramiento genético debe ser, por tanto, realizado preferentemente en periodo inter genésico, para tener oportunidad de decidir previamente el manejo del supuesto futuro problema genético y tener tiempo suficiente para su posible prevención.

En futuro cercano, se podrá disponer con mayor facilidad y seguridad la predicción de enfermedades genéticas en parejas con deseos de procreación, entonces deberá exigirse la compatibilidad genética previa al embarazo. Se volverá examen de rutina prenatal y deberá incluso exigirse legalmente como examen prematrimonial. Una vez descifrado el Código Genético de la pareja y cotejada su compatibilidad este examen dará la pauta para los futuros contrayentes, para casarse de estar dispuestos a enfrentarlo y tratar por los medios existentes de corregir las alteraciones marcadas en el código genético para lograr productos sanos cuando decidan embarazarse.

PROYECTO GENOMA HUMANO

Descifrado el código genético humano, alcanzaremos finalmente la añorada panacea terapéutica; posiblemente con otra concepción y práctica de la profesión médica.

SINONIMIA

Desciframiento del Código Genético Humano (HUGO por sus siglas en inglés), Proyecto Genoma, Cartografía del Genoma Humano, Desciframiento de la Molécula de DNA. Proyecto Internacional del Genoma Humano.

CONSIDERACIONES PRELIMINARES

El DNA enrollado en doble espiral forma un cromosoma. En los 23 pares de cromosomas de cada célula existen unas 3 000 000 000 de bases. Se desconoce todavía la función, uso o razón de ser de la mayor parte de ellas. Solamente unas 1 000 poseen a la fecha un conocido orden preciso y determinado. Los aproximadamente 100 000 genes dentro de los cromosomas son los encargados de transmitir la herencia.

El “Proyecto Genoma Humano” iniciado en el año 1990 y dirigido por James Wilson, trata de comprender por una parte la secuencia completa de estas 3 000 000 000 de bases y por otro lado, la ubicación precisa de los genes dentro de los cromosomas y posteriormente descifrar su código para poder conocer la función que desempeña cada uno de ellos, se pretendía completar en el año 2005.

Los avances en ingeniería genética, que han logrado clonar el DNA, ampliarlo, fragmentarlo y la selección de sus porciones, con técnicas de electroforesis y especialmente con las modernas computadoras; leyendo unas 100 000 bases al año, predecían reducir en forma sorprendente el tiempo para descifrar el código a partir del uso perfeccionado de los llamados *genechips*, que hicieron factible, se diera a conocer el 14 de abril del año 2003, haber identificado 97% de los pares químicos, logrando 99.99% de precisión en el mapa genético humano; concluyendo la primera fase del proyecto.

Deberán seguir otras fases: esclarecer dentro del código genético el texto extra de información llamado “epigenética” para lograr la total relación del proceso patológico con los cromosomas y después de investigación clínica (posiblemente con miles de voluntarios) y acaso, al cabo de unos 10 a 15 años, comience el uso comercial terapéutico con genes. Aparecerá una nueva especialidad, la de genetista clínico.

Como dice García Carrancá, se tienen las piezas de tal vez la totalidad de los genes, pero falta ordenarlos completamente y conocer las regiones intragénicas, que seguro deparan sorpresas para los próximos años.

Desde el punto de vista médico, la lectura y desciframiento del código genético puede significar el descubrimiento mayor de la humanidad, cuando menos el más espectacular y trascendental de la medicina, con promisorias implicaciones clinicoterapéuticas que posiblemente cambiarán el curso, concepción, bases y práctica médica y puede provocar obsolescencia en gran parte o casi toda la medicina actual.

Se contemplan inmensos beneficios; pero se debe ser muy cauto para no desatar errores inimaginables. En un parpadeo histórico el hombre ha adquirido la capacidad de transformar a todo ser viviente incluyéndose a sí mismo, animales y plantas, lo cual representa una enorme responsabilidad y un peligro inconmensurable. Es imprescindible realizar una moratoria ética para no manipular material genético de las células gaméticas, porque se desconocen las posibles consecuencias en el patrimonio genético de futuras generaciones.

Consideraciones bioeticomédicas

Desde el año 1997, la Confederación General de la UNESCO (Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) proclamó la “Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos”, estableciendo **el genoma humano era patrimonio de la humanidad**; y que su protección tiene como objetivo garantizar la integridad

de la especie humana y la dignidad de cada uno de sus miembros. Este mismo organismo, la UNESCO, elaboró un documento con recomendaciones éticas, para uso del genoma humano.

Diagnóstico genético

En los albores de la prueba genética posnatal pudieron detectarse, las mutaciones cromosómicas que producen la fibrosis quística, síndrome de Down, retinoblastoma, distrofia muscular de Duchenne, anemia de células falciformes, síndrome de Marfán, corea de Huntington, inmunodeficiencia congénita, ciertos tipos de cáncer de colon, ovario y mama, enfermedad de Tay-Sachs, las que siguieron y seguirán.

Hasta principios del siglo XXI, se tenían relacionados unos 3 500 estados patológicos con alteraciones genéticas entre ellas, enfermedades conocidas como congénitas, crónico-degenerativas, neoplásicas, susceptibilidad a padecer enfermedades infecciosas, etc., y serán detectadas como entidad nosológica incluso antes del nacimiento y desde luego previas a su manifestación clínica; pero, sin la seguridad de posible presentación de la enfermedad o fecha de inicio.

La interpretación del resultado del genoma humano la solicitará el médico a los laboratorios que a ello se dediquen, siendo inicialmente un estudio elitista (en acceso y costo); que posteriormente se tornará posiblemente en examen de rutina. Conforme aumente la demanda se ampliará la oferta y cuando ésta sea mayor, la competencia regulará el precio en el mercado. He aquí uno de los primeros problemas bioéticos planteados, la falta de equidad en accesibilidad por elevada carestía en tecnológica de punta.

Con el resultado del genoma, el médico genetista clínico estará en condiciones de indicar posibilidad de padecer ciertas enfermedades, sin poder (actualmente) predecir el inicio de patología, ni garantice la seguridad del desarrollo clínico, ni el intervalo de su presentación (que podría ser mañana o nunca).

MEDICINA GENÓMICA

Actualmente está entrando a la “medicina molecular”, caracterizada por tratar las causas de la enfermedad y no sus síntomas. El conocimiento del genoma humano y de microorganismos (que también se está decodificando) permitirá mejorar el diagnóstico de enfermedades, detectar la predisposición a enfermedades hereditarias, diseñar drogas sin efectos colaterales y realizar terapia genómica.

Debe considerarse también que el desciframiento del genoma de microorganismos, incluyendo los patógenos, permitirá el desarrollo de nuevos antibióticos y facilitará el conocimiento de su vulnerabilidad.

La información genómica será utilizada para crear terapia genómica personalizada, con selección de fármaco, sin reacciones secundarias.

El genetista podrá predecir el futuro médico con el diagnóstico genético, tendrá diagnóstico nosológico correcto antes de presentarse los síntomas del padecimiento(s) detectado(s), con posibilidad no determinada de presentar el inicio de patología.

El médico con este estudio, conjuntamente con los datos de historia clínica (antecedentes familiares patológicos y no patológicos, presentación de síntomas premonitorios o probables detonadores, raciales, ambientales, laborales, costumbres, tipo de vida, etc.), conformará diagnós-

tico completo para estar en condiciones de emitir un diagnóstico indicar un tratamiento y aventurar un pronóstico acerca de inicio clinicopatológico con o sin terapia génica.

La comercialización de los genes a utilizarse para realizar la terapia génica, serán producto de grandes laboratorios o consorcios empresariales con fines lucrativos, por lo que se ha iniciado una carrera competitiva para ver cual pone a disposición de genetistas los genes terapéuticos a utilizar.

Será factible primero la terapia monogénica por su simplicidad sobre los padecimientos poligénicos, esto es, que afectan a más de un gen. Sin embargo, solamente 2% de los padecimientos genéticos afectan a un solo gen.

Los principales protocolos registrados de investigación seguidos a la fecha son dirigidos a padecimientos frecuentes, graves y desgastadores como son los cánceres de mama, ovario, próstata y colon) y padecimientos como Alzheimer y mal de Parkinson, padecimientos que por su frecuencia y gravedad serán rentables a cualquier precio. El costo del desciframiento del genoma será alto; pero, resultará más oneroso el tratamiento genómico.

Genética microorgánica

Conjuntamente con el Proyecto Genoma, se está descifrando el genoma de los microorganismos, incluyendo los patógenos y causantes de cientos de enfermedades y miles de defunciones. Esta genómica microbiana tiene dos vertientes:

1. Ayudar a los investigadores farmacéuticos a lograr una mejor comprensión de cómo los microorganismos patógenos producen las enfermedades, que permitirá el desarrollo de nuevos antibióticos.
2. El secuenciamiento del genoma de estos microorganismos (microbios) será muy útil para revelar su vulnerabilidad e identificar objetivos para diseñar nuevas drogas, especialmente para ataque a enfermedades hasta ahora incurables.

Véase también Medicina de Predicción.

Consideraciones generales y éticas

Los pesimistas; que sólo ven el lado oscuro de las cosas, pero que en cierta forma alertan sobre posibles futuros problemas; concluyen que el uso y manejo de la información genética puede constituir un potente instrumento para vulnerar los derechos y garantías del ser humano y posible causa de discriminación para los servicios de salud, seguros de vida o enfermedad, derechos laborales y sociales al conocerse existentes, pero todavía no presentes posibles enfermedades.

En el área laboral es posiblemente donde puedan surgir mayores problemas bioéticos, pero realizándose el diagnóstico genético solamente para relacionar una enfermedad con predisposición genética hacia ella, excluyendo la investigación hacia la personalidad del trabajador o de patología futura no profesional, no debe representar ningún conflicto.

Existe también temor por difusión de datos a compañías de seguros de enfermedad, puesto que al conocer posibles enfermedades futuras que pueda padecer el asegurado, las primas a pagar podrían aumentar considerablemente. Lo mismo podría suceder con respecto a seguros de vida.

También les preocupa la difusión del documento (resultado del código genético), escollo que se salvará incrementando la salvaguarda del documento con verdadero celo, por el genetista, el instituto o laboratorio que lo realiza y transcribe, archivo de guarda como “confidencial”, personal que lo maneja, etc. Al igual que debe realizarse (quizá con más esmero) con todos los datos médicos (expediente clínico), que por ser confidenciales, no pueden ser consultados, entregados o difundidos a terceras personas, solamente entregados bajo orden judicial a la autoridad solicitante, quedando a su cargo la confidencialidad.

Podrá existir incertidumbre del médico a violar esta confidencialidad, como acontece en enfermedades donde debe guardarse el secreto médico, o cuando sólo un miembro de la pareja conozca el resultado y afectando a su pareja, no desea informarle la posibilidad del riesgo de afectar a su descendencia. El dilema ético del médico será considerar violación del secreto o la obligación de proteger a terceros; callar el diagnóstico genético positivo conlleve en caso de embarazo, riesgo de consecuencias al producto.

Además, se adecuarán leyes y normas en códigos para evitar estos problemas, que son de poca monta comparados con los beneficios esperados.

Con respecto a implicaciones bioéticas del desciframiento del código genético y su utilización como diagnóstico preclínico y medicina de predicción, no ofrece ninguna duda el beneficio humanitario esperado, que posiblemente marque un parte aguas entre la medicina convencional y la génica.

Consideraciones morales

No se tiene conocimiento de pronunciamiento moral en contra o a favor sobre el proyecto genoma; esto es, con referencia al desciframiento del código genético y posible curación de enfermedades. Posiblemente la polémica se establezca cuando se juzgue la información y desde luego, con la manipulación llamada ingeniería genética.

Consideraciones legales

El debate se centrará posiblemente en la coalición de los derechos individuales frente a los colectivos, como actualmente sucede con los VIH positivos, con la diferencia de que en este caso, la afectación a terceras personas nunca será de contagio, solamente afectará indirectamente a la comunidad y directamente actuará en forma probabilística como futura patología individual.

La UNESCO se ha preocupado por los adelantos surgidos en biología molecular y en particular de genética, llegando actualmente el “Comité Internacional de Bioética” de este organismo a proponer una declaración con respecto a las implicaciones bioéticas en la aplicación y consecuencias del desciframiento del código genético humano.

CONSIDERACIONES

Siguiendo los principios éticos básicos de humanitarismo, privacidad, confidencialidad, autonomía, trato no discriminatorio, consentimiento informado, etc., los sujetos a examen, información genética o terapia génica tendrán los siguientes derechos y ventajas:

1. Información sobre los riesgos genéticos y opciones disponibles para enfrentarlos.
2. Atención médica preventiva o curativa con relación a las enfermedades genéticas de posible presentación.

3. Decidir libremente sobre su reproducción incluyendo la decisión de procrear aun en presencia de riesgo genético, de continuar el embarazo aun con diagnóstico prenatal que indique afección fetal o de interrumpirlo si así lo desea la madre o pareja.
4. Confidencialidad, es decir, que la información relativa a su estado de salud sea estrictamente restringida al uso de los profesionales de la salud. Ni las compañías de seguros ni agencias de salud pública, ni la justicia o alguna otra persona puedan tener acceso a esa información sin el consentimiento del individuo u orden judicial.
5. Sin embargo, cuando la información genética prenatal o posnatal afecte a familiares o terceras personas, el médico deberá seguir el mismo criterio de protección a terceras personas; esto es, participar el secreto profesional ante la negativa del paciente a realizarlo (información a la pareja y dado el caso, también a los hijos).
6. La autonomía individual a decidir libremente sobre cuestiones relacionadas con su salud.
7. Ser tratado(a) como ser humano y a no ser discriminado(a) por sus características genéticas.
8. Tener protección jurídica para que las predicciones sobre consecuencias derivadas del conocimiento del genoma no influyan negativamente en su vida social.
9. Oportunidad de contar con diagnóstico genético que le proporcione la oportunidad de conocer probables padecimiento futuros (diagnóstico preclínico) y anticipadamente a la enfermedad (medicina de predicción) poder tratarla el defecto cromosómico y evitar el padecimiento.
10. De acuerdo con los genetistas, llevando control del genoma y realizando terapia génica correctora de desviaciones cromosómicas, el individuo será capaz de vivir bastante más de 100 años en buenas condiciones.

Se ha logrado la transcripción completa del genoma humano, la aventura apenas comienza; a este nuevo cúmulo de información se abre la tarea de identificar en los 30 000 genes hallados, sus funciones, conexiones recíprocas, dependencia de las condiciones ambientales en que vive el portador, raza de éste, etc., igualmente habrá que considerar a las proteínas que forman al propio gen, desde su comportamiento al alterar el genoma, hasta su asociación al modificar la estructura del gen.

INVESTIGACIÓN EN GENÉTICA HUMANA

“Es responsabilidad del investigador en genética conservar inalterables las características del ser humano, respetando absolutamente la evolución biológica natural, sin modificar los aspectos que la definen, determinan y diferencian de otras especies. Sin embargo, tiene el deber de continuar esmerada e invariablemente su labor para lograr avance en conocimientos que beneficien a la humanidad”.

DIVISIÓN

Los riesgos de la biotecnología y en especial los referentes al conocimiento reciente de la posibilidad para manipular la evolución de la especie humana, obligan a plantear nuevas cuestiones fundamentales acerca de las responsabilidades éticas del investigador médico.

Actualmente o acaso a mediano plazo el progreso de la actividad del genetista, hará posible la prevención y curación de múltiples enfermedades afectando o sin afectar generaciones futuras. Esto con base en la posibilidad de penetrar en el núcleo de la célula viva, en sus cromosomas y reordenar y trasplantar a voluntad moléculas de ácido nucleico. Esta tecnología ha conferido al genetista un poder sin precedentes y con límites imprevistos para influir en la vida de nuestra generación y de las venideras.

La ingeniería genética se halla actualmente en fase de investigación experimental en laboratorio, mas bien que en fase operativa de aplicación en humanos. Se realiza con fines de investigación y terapéuticos, conservándose como tabú las acciones en los genes que alteran las características del género humano. Para fines prácticos se divide la ingeniería genética en:

I. Investigación en terapia génica.

1. Investigación génica –con genes somáticos.
2. Investigación genómica –con genes germinales.

II. Investigación eugenésica.

III. Duplicación y clonación.

I. INVESTIGACIÓN EN TERAPIA GENÉTICA

La investigación en terapia genética puede subdividirse en: la realizada con genes de células somáticas o embrionarias y con genes de células germinales o cigóticas, dependiendo en ambos casos del desarrollo alcanzado y siempre con objetivos terapéuticos.

Cuando se trate de investigación o experimentación con genes, se denomina génica y se reserva el término genómica para la investigación con y para genes somáticos, evitando el vocablo genética, cuyo concepto puede sugerir que el cambio logrado o deseado tenga por objeto afectar a generaciones futuras (eugenesia).

1. Investigación en terapia génica

La investigación en terapia génica se inicia a principios del decenio de 1970-79 del siglo XX, después de lograr aislar y “colocar” uno o más genes o un fragmento de ADN en un “vector” capaz de integrarse al material genético de la célula receptora (“célula blanco”); con lo cual la “obliga” a fabricar la proteína que se desea modificar. Esta técnica se conoce como “DNA recombinante”. Actualmente se conocen más de 200 de estas proteínas.

Los vectores utilizados para introducir los genes adecuados solos o la molécula de DNA dentro del organismo pueden ser: células del propio paciente con genes modificados *in vitro* (médula ósea, leucocitos, y otras); sustancias como interferones, interleucinas, hormonas (insulina, somatotropina, relaxina, etc.), a las que se cargan con genes; incluso virus insertándoles genes con productos o medicamentos (supresores de tumores) o tóxicos (tratamiento de neoplasias).

Esto permitirá que a futuro sea posible reordenar la combinación del DNA alterada y lograr emparejamiento de genes para curar enfermedades genéticas humanas; desde luego, superando las actuales dificultades técnicas. Esta terapia génica consiste en introducir un gen que funcione adecuadamente para corregir los trastornos producidos por inadecuados genes o por deficientes mutaciones de ellos.

Se conocen unos 4 000 trastornos genéticos patológicos, la mayor parte por afección de un solo gen (monogénicos); pero otros tienen afectados varios genes (poligénicos); en otros casos se debe a la inserción de material genético de un virus patógeno en la molécula de DNA humano.

Probablemente se logre corregir primero las alteraciones monogénicas, por ser más fácil actuar sobre un solo gen (caso de la hemofilia, β -talasemia y la anemia de células falciformes, que producen carencia de componentes esenciales de la molécula de hemoglobina), y las causadas por material viral (p. ej., VIH); ofrecerá posiblemente mayor dificultad lograr recombinar las enfermedades con más de un gen afectado. Por tanto, es probable que las primeras aplicaciones clínicas o “medicamentos” que se logren con terapia génica, sean los empleados para atacar afecciones médicas como deficiencias de producción, después las utilizadas para combatir infecciones virales y finalmente las dirigidas a oncología.

Algunos investigadores aseguran que esta terapia génica será capaz de retrasar el proceso de envejecimiento de las células del organismo humano. Implica la alteración en los genes de las células somáticas sin que esta transferencia pueda afectar a generaciones futuras. Si esto se logra en las deficiencias de un solo gen (casos mencionados), los individuos tratados se mantendrían normales, pero serían portadores homocigóticos del trastorno genético y seguiría afectando a su herencia.

El DNA recombinante se experimenta para tratamiento de enfermedades: diabetes, osteoporosis, enanismo, etc.; de padecimientos virales: hepatitis, herpes, VIH, gripe, etc.; para disminuir efecto de tratamientos agresivos para cáncer, SIDA, etc.; para tratamiento de neoplasias malignas, leucemias, etc.; entre otros muchos protocolos de investigación, con inversión de enormes fortunas por parte de laboratorios particulares.

Además de investigarse la aplicación de genes y DNA, se está experimentando en animales a base de ribosomas (molécula de RNA), capaces de actuar sobre el material genético de los virus, lo que permite actuar sobre más de un gen al mismo tiempo.

Otra posible y casi real forma terapéutica, son las vacunas génicas con base en el DNA, para prevenir y también curar enfermedades virales y oncológicas; inyectando genes del agente causal en los tejidos del individuo a proteger o al paciente para producir una reacción (antígeno-anticuerpo) y por consiguiente reforzar la respuesta del sistema inmunológico frente a la infección o neoplasia. Se prueban vacunas para virus de hepatitis B y C, VIH, rabia, herpes, tuberculosis; enfermedades crónicas como artritis reumatoide; parasitosis como paludismo, leishmaniasis; neoplasias de colon, hígado, pulmón, etc.

Todo lo anterior, hace suponer que el incipiente tratamiento con genes, DNA o RNA, puede convertirse a muy corto plazo, en la terapia ideal (la panacea médicamente añorada); por medio de la introducción al organismo de genes terapéuticos que viajarán por la sangre hasta las células enfermas, o se fusionarán *in situ* con ellas, y transferirán la información que logrará cambiar (hacia fisiológico) el comportamiento de las células afectadas.

Terapia génica

Se define como la: “manipulación deliberada del material genético (DNA) de células vivas con objeto de prevenir o curar una entidad patológica manifiesta o potencial”, “introducción de material genético exógeno (es decir, el gen considerado terapéutico) dentro de una célula o al organismo afectado con objeto de corregir una enfermedad”. “Introducción a un organismo, de un gen normal para remplazar a uno con anomalías en la información (codificada

por el ácido desoxiribonucleico (DNA), con el fin de lograr la curación definitiva de dicho defecto, incluso antes de presentar sintomatología clínica”.

En terapia génica se requiere de un vector capaz de garantizar el envío del gen y su efecto al llegar a las células blanco y corregir su función. Existen por tanto, diversos medios de transferencia de los genes a las células blanco (eucarióticas), de acuerdo a las diferentes funciones que ésta realice. La respuesta terapéutica es rápida, generalmente pocos días y puede ser temporal o definitiva.

Primero debe consolidarse la investigación en terapia génica (con genes de células somáticas), y una vez dominado este campo, pasar como segunda fase a tratar de eliminar las alteraciones genéticas que producen trastornos hereditarios, logrando “sanar” los genes germinales (terapia genética) y “desaparecer” el trastorno actual y a futuras generaciones.

Estas investigaciones son muy prometedoras para el futuro, pero es preciso desarrollar métodos que permitan introducir con seguridad genes funcionales con éxito en las células somáticas. La investigación debe continuar, está casi concluida y en algunas especialidades se está en la fase operativa con aparente éxito funcional.

Sería irresponsable y éticamente reprochable precipitarse e iniciar actualmente algún tratamiento con células germinales, puesto que cualquier falla podría perjudicar a futuras generaciones derivadas de un error. Estos posibles problemas iatrogénicos podrían ser peores que los sujetos a corrección.

Consideraciones sobre investigación en terapia génica

Mientras que los genes afectados sean de células somáticas, no se alterarán las características de la humanidad. Esta investigación será aceptada por la medicina y la ética, sin ninguna discusión posible. Sería reprochable que no se realizara.

Esta experimentación pretende lograr otra forma alterna y hasta posiblemente sustitutiva para tratar padecimientos actualmente incurables (con los procedimientos en uso), sean crónicos, degenerativos, neoplásicos, virales, etc.

La terapia con genes de células somáticas no plantea problema ni discusión bioética médica, cuando es sometida a los mismos principios de cualquier protocolo de investigación experimental, puesto que su finalidad es terapéutica.

2. Investigación en terapia genómica

La investigación con células germinales o cigóticas es la aplicada a óvulos humanos fecundados mediante manipulación del DNA (simultánea o no con técnicas de fecundación *in vitro*), afectará a todas las células incluidas las germinales del embrión en desarrollo. Esta terapia cigótica conlleva una alteración en la herencia genética para las generaciones futuras; garantiza la descendencia genotípicamente normal, de aquí la gran diferencia con la precedente.

Consideraciones sobre terapia genómica

Con fines curativos, la terapia genómica no ofrece duda bioética; puede ser una vez superados los impedimentos o inseguridades técnicas (que se resolverán a corto plazo), una verdadera revolución terapéutica, perfeccionamiento genético y somático de individuos para generaciones futuras.

No sería ético el estancamiento científico, evitar el progreso de la humanidad, aplazando negligentemente la curación potencial de padecimientos hereditarios y corrección de defectos congénitos que afectan actualmente la humanidad. Esta nueva tecnología debe cimentarse y después utilizarse (hasta obligatoriamente), pero con gran responsabilidad por parte de los investigadores.

La ética procesual debe estar abierta a todo progreso tecnológico porque entraña una mejora potencial en la naturaleza humana futura. Además “la evolución científico-tecnológica es un proceso humano-social irrefrenable, no se detiene con normas ni con leyes”.

II. INVESTIGACIÓN EUGENÉSICA

Se realiza sobre genes de células germinales y consiste en la manipulación del DNA con fines no terapéuticos, sino que estas técnicas se realizan con propósitos eugenésicos, esto es, tendientes a cambiar para supuestamente mejorar las características básicas de la naturaleza humana. He aquí donde se inicia la polémica filosófica, ética y moral entre los que consideran aceptable o reprochable esta actividad.

Unos autores (como Hans Jonas entre otros moralistas) condenan y solicitan suprimir políticamente esta nueva tecnología. Así la ciencia jamás avanzaría.

Algunos de los filósofos y escritores del tema, aceptan sin reserva el progreso de la tecnología (p, ej., Tristán Engelhart) y sostienen que la responsabilidad para el futuro exige la aplicación de la terapia de las células germinales, no sólo para curar enfermedades genéticas, sino también para cambiar, con objeto de mejorar la naturaleza humana; asegurando que “la biotecnología ha otorgado el poder para convertirnos en arquitectos de nuestra propia naturaleza”.

Lógicamente, entre ambos extremos aparecen las opiniones, más acordes a la ética, de quienes (como A. H. Whitehead) valoran los adelantos científicos como avances de la creatividad humana y toman muy en cuenta las consecuencias que toda posible innovación provocaría en el presente y futuro de la raza humana. Resaltando la responsabilidad de nuestras acciones actuales con respecto a las consecuencias futuras.

Consideraciones morales en la investigación eugenésica

“El efecto del presente sobre el futuro es el tema de la moral” y también una característica de la ética procesual. En este sentido “La estructura genética es herencia de las generaciones pasadas, no es patrimonio de la actual, ya que es herencia común de la humanidad y deberá ser transmitida a las generaciones futuras sin deterioro, sin alteraciones que pudieran resultar negativas”.

Consideraciones bioeticomédicas en la investigación eugenésica

La ética marca “ser al mismo tiempo responsable y previsible; responsables con lo que se hace y previsible con las consecuencias futuras derivadas del proceder genético”.

El riesgo ético en investigación eugenésica es que a futuro se utilice no solamente para tratamiento de desviaciones patológicas (terapia génica o genética), sino para mejoramiento

o supuesto perfeccionamiento de la especie humana, lo cual actualmente no es éticamente permitido.

Los protocolos de investigación con fines eugenésicos, deberán ser aprobados con estricto rigor por comités muy especiales, bajo supervisión constante para vigilar que la experimentación eugenésica se lleve a cabo siguiendo el protocolo aprobado, que impidan ciertas alteraciones, mutaciones o cambios en los genes que pudieran ser indeseables para la humanidad.

Consideraciones sobre investigación eugenésica

Sin alterar la constitución genética básica del género humano, deben existir muchos aspectos que puedan mejorar la humanidad, que presenta un cambio evolutivo lento, pero aparentemente ascendente, que bien valdría la pena hacerlo más positivo, activarlo y dirigirlo. Sin embargo, es el ritmo biológico propio de la evolución de la especie, por lo que posiblemente no debería ser alterado.

Se plantea, por ejemplo, la posibilidad de modificar la adaptabilidad social, o ciertas características de personalidad que realmente sería conveniente adecuar a lo "normal", a fin de lograr mejor armonía entre los humanos. Esto no modificaría en sí las características de la raza humana, pudiendo disminuir al cabo de 1 o 2 generaciones crímenes, desigualdad social, y otras necesidades futuras condicionadas por el crecimiento demográfico y sus consecuencias, pero se pregunta ¿sería ético? ¿Pudiera serlo!, pero no realizable sin grave riesgo de homogenización del carácter, lo cual pudiera resultar en docilidad extrema, sin líderes sociales, todos pasivos, ¡un caos general!

Parece a todas luces, inaceptable la formación de **hombres transgénicos**; esto es, la introducción al genoma humano de genes de animales para incrementar aptitudes en ellos más desarrolladas en intensidad o calidad. Ejemplo: memoria, vista, olfato, fortaleza, etc., con lo que se lograrían verdaderos superhombres. Ciencia-ficción ¡que se considera por ahora no ética!, y que prácticamente está al alcance de los investigadores genetistas.

Debería observarse la experimentación en animales antes de poder asegurar cuales serían los resultados en la raza humana. Pudiera llevarla a perfeccionar todos los sentidos ¿acaso no envidiamos el ojo del águila, la memoria del elefante, el olfato del perro, el oído de la liebre, el radar del murciélago, el sonar del delfín, etc.?

En ganadería y agricultura el adelanto científico en el campo genético es una realidad palpable y divulgada. Todo lo logrado en ambos campos puede extrapolarse al hombre: hibridaciones, duplicaciones, clonaciones, procreación artificial hasta término, incremento o decremento en talla, sentidos, inteligencia, fortaleza, secreciones, cambios de facciones a voluntad, coloración de tegumentos, etc.

Todas estas consideraciones quiméricas son extremadamente riesgosas, por lo que no es admisible dejarse llevar sin reflexionar el inmenso error que pudiera acarrear, ante la posibilidad de globalización de características físicas y psíquicas. Definitivamente no, jamás deberá autorizarse la terapia eugenésica global. No es ética y mucho menos moral.

El criterio bioético concuerda absolutamente con los anteriores, no se debe, cuando menos por el momento clonar seres humanos por las dificultades técnicas e incertidumbres futuras del clonado; pero tampoco se puede desalentar la investigación en animales.

Los tiempos cambian, antes lentamente y actualmente los acontecimientos caen en vertiginosa cascada y los criterios éticos deben adecuarse a las circunstancias y tiempos reales.

La experimentación con animales debe continuar, puesto que puede traer beneficios para la humanidad, como ejemplo mejoramiento en ganado para leche o carne, pero detener definitivamente la idea de clonar seres humanos, no parece ser una solución ética ni moral; además, los hechos informados por los investigadores de esta rama indican que todavía debe diferirse la fase humana en vista de los serios peligros existentes para la salud y seguridad del producto y la madre involucrados en el proceso.

Los investigadores están en los albores de un nuevo campo que puede ser muy promisorio, pero debe detenerse mientras no se conozcan perfectamente los resultados a obtener; es menester seguir los pasos que marca la investigación clínica, experimentación en animales: agotando las posibilidades de desventajas que se suponen y ventajas que se desconocen para que posteriormente de acuerdo a expectativas plantear la investigación en seres humanos y no antes.

Deben existir posibilidades irrefutables de certeza, sin posibilidad de fallas o producción de anormalidades (como sucedió con las ovejas antes de llegar a Dolly) y usarse animales (simios) cuyo coeficiente mental (por su similitud cromosómica) serviría de parámetro para poder determinar la posible reacción del humano clonado.

Cuando se tengan las seguridades completas de no fracaso, lograr lo propuesto y que se considere ético, lo cual difícilmente acontecerá, deberá plantearse nuevamente la posibilidad de clonación humana con base en posibles logros específicos bajo los cuales se realice el protocolo de investigación y su aprobación por los Comités de Bioética que se consideren pertinentes.

Es muy loable mejorar las características personales indeseables con terapia génica, pero la clonación de seres humanos completos, implica reproducciones exactas humanas realizables en serie.

No se especula, pero sin estas bases, no debería autorizarse la clonación humana y vetarse indefinidamente o hasta garantizar seguridades y justificación ética para su realización. debe evitarse de alguna forma, la precipitación en la carrera científica y protagonismo profesional, institucional o gubernamental.

Células madre

Cuando se realiza la unión intrauterina del espermatozoide con el óvulo maduro, se produce su fertilización natural. A partir de este incidente se inicia la reproducción celular dentro del óvulo, con la formación de **células madre** llamadas así por su falta de especificación y diferenciación.

Desde el punto de vista de la evolución estas células madre o preembriones se consideran como tales desde la fecundación hasta la cuarta semana de evolución; de las semanas 4 a 9 se denominan embriones y posteriormente se catalogan como fetos humanos al cerrarse el tubo neural (véase al final del capítulo 11 de Anticoncepción), a partir de lo cual se llama embrión. Algunos autores consideran que inicia la vida humana cuando el óvulo fecundado se implanta en el endometrio, lo que sucede al séptimo día de la fecundación.

Por su obtención se dividirán a estas “células madre” en “células madre preembionarias” o simplemente “embrionarias” y en “células madre adultas”.

A grandes rasgos se sintetiza la técnica utilizada para la obtención de células madre en investigación; es la misma empleada desde el inicio de la clonación y consiste en extraer el núcleo de la célula a clonar (puede ser el óvulo u otra célula) y sustituirlo por otro núcleo de una célula o tejido a clonar. Una vez obtenida esta célula (madre) se estimula su crecimiento y reproducción *in vitro* para utilización sea inserción intrauterina en procreación artificial o para su uso en investigación terapéutica.

Cada una de estas células tiene el potencial de convertirse en cualquier tipo de célula corporal, siempre que reciba el cultivo necesario y se les oriente adecuadamente.

Células madre preembrionarias. Se les denomina de muy diferente manera: simplemente como células embrionarias madre, germinales, *Stem cell* de los anglosajones, pluripotenciales, totipotenciales, primordiales, estimales etc.

Se obtienen de un óvulo fecundado con espermatozoide, sea de los sobrantes a la inseminación o los congelados próximos a su destrucción al transcurrir más de 10 años, en las clínicas de fertilización o los donados por usuarios. Cuando son almacenados, la congelación debe realizarse antes de los 14 días después de la fecundación artificial para evitar el desarrollo del conglomerado celular y la formación del embrión. Estos preembriones congelados son ética y legalmente utilizables antes de su destrucción inútil para su uso en investigación genética y terapéutica.

Estas células madre, por su evolución son inespecíficas, por lo que producen rechazo y se adaptan a cualquier ser humano y como todavía no se diferencian, pueden evolucionar hacia cualquier tipo de tejido humano. La congelación impide su evolución y el descongelarlas no sufren alteración alguna, iniciando su desarrollo.

Cuando la utilización de estas células es con fines de reproducción en caso de requerirlo la donante, no existe impedimento ético ni legal en su aplicación. Tampoco en caso de utilizarse las células sobrantes o en caso de destrucción por incineración deberán existir trabas para su aplicación en investigación terapéutica, puesto que las células sobrantes o las que van a destruirse por haber vencido el tiempo de conservación y las remanentes de las clínicas de fecundación asistida debido a que están destinadas a su destrucción y no podrían ser útiles en investigación ni en terapéutica.

Referente a la aceptación de este procedimiento, se han vertido diversas opiniones, de las cuales solamente se mencionan algunas.

- a) La Autoridad de Embriología y Fertilización Humana (HFEA, por sus siglas en inglés) tramitó en el año 2001 la clonación terapéutica en Gran Bretaña, consiguiendo su legalización, al considerar (se dice con cautela) los aspectos científicos, éticos, legales y médicos del proyecto.
- b) En febrero del año 2004, expertos subcoreanos anunciaron haber clonado un embrión humano para usarlo como fuente de células madre.
- c) La Universidad de Harvard en EUA comunica en noviembre del año 2004 a través del Director Ejecutivo del Instituto de Células Madre, haber solicitado permiso para realizar el proceso llamado “transferencia nuclear de célula somática, conocido como clonación terapéutica”. En este país, no se tienen asignados fondos gubernamentales

para experimentación con embriones humanos; sin embargo, el Sr. Presidente no se pronunció con respecto a fondos procedentes de fuentes privadas.

Células madre adultas. Estas células son procedentes de tejido de adultos y no de preembriones, donde en lugar de utilizar un óvulo, se opta por una célula sana, a la cual se le extrae el núcleo y inserta el de la célula a clonar. No se utilizan preembriones. Se comportan al igual que las células embrionarias al ser cultivadas en la misma forma anteriormente descrita para la técnica con óvulos. Se comportan al igual que las embrionarias, faltando solamente por definir el tiempo que puedan conservar sus cualidades al ser congeladas. Esto no ofrece ningún impedimento ético, legal ni moral.

Pudieran utilizarse también las células madre procedentes de placentas y cordones umbilicales, en forma sistemática y a gran escala, con la participación de los servicios de maternidad de clínicas y hospitales.

Las células madre preembrionarias tienen aparentemente mejores perspectivas terapéuticas que las llamadas células madre adultas; sin embargo estas células no procedentes de embriones humanos, sino de células adultas clonadas, pudiera determinar el final del laberinto ético-moral presentado cuando es utilizan células germinales.

Clonación de células humanas

La clonación de células humanas, para uso terapéutico es una realidad muy promisoria en aplicación para el mismo donante y debe considerarse perfectamente ética y pudiera ser legalmente prohibida por desconocimiento de los medios jurídicos que autorizan o vetan la clonación humana, sin diferenciación entre organismos completos o simplemente células del mismo paciente. Para su comprensión se especificarán someramente el procedimiento a realizar cuando un órgano o el organismo entero (en ciertos padecimientos sistémicos) están parcialmente deteriorados:

1. En caso de órgano doble, cuando no pueda (o no sea necesario) extirparse el órgano afectado, se tomará por biopsia, la muestra del órgano sano y se procederá a clonación celular, para posteriormente hacer la siembra en el órgano afectado.
2. Para órgano único, tomar por biopsia parte del tejido a clonar, lo cual incluirá posiblemente células sanas y otras deterioradas por proceso patológico. Realización de cultivo de la muestra y aislamiento de células sanas y eliminación de las patológicas, para continuar con el proceso de clonación hasta obtener suficientes células sanas para su implantación, que tendrán integración biológica y lograrán mejoría funcional.

Progresando esta investigación, quizá se logren completar órganos funcionales. Se investiga también cultivo de células clonadas sobre moldes de órganos idénticos a los deteriorados, para suplantar por trasplante al del donante.

En esta técnica de clonar células humanas de un paciente para utilización en la propia persona, no existe donante ni células remanentes, es un autoinjerto o autotrasplante de células sanas y aptas logradas por medio de cultivo (y para aceleración del proceso de reproducción), se clonan las sanas y aplican al mismo donante (pudiendo incluso dar reacción de rechazo a otra persona), por lo cual es un acto médico no recriminable ética, moral ni legalmente. Su enorme potencial curativo no debe ser coartado, sino alentado.

CONCLUSIONES BIOÉTICO-MÉDICAS EN BIOGENÉTICA HUMANA

En términos generales se citan los siguientes criterios básicos; incluyendo la opinión personal:

1. El diagnóstico genético prenatal tiene por objeto detectar posibles padecimientos genéticos y el asesoramiento no debe influenciar en el comportamiento de la pareja con respecto a la evolución del embarazo. Debería realizarse antes de la gestación para tener opción a otras alternativas de solución.
2. El desciframiento del código genético o análisis del genoma humano, resultará una vez concluido gran adelanto técnico-científico con amplio y nuevo campo para la medicina y las siguientes investigaciones clinicoterapéuticas. Sin haberse concluido, se empiezan a tener resultados muy prometedores.
3. El genoma humano no debe alterarse con fines eugenésicos por más tentador que parezca (alteración de caracteres humanos) porque es herencia de la humanidad y debe respetarse como su patrimonio. No debe alterarse la evolución propia del ser humano.
4. No ofrece discusión bioética la posible ordenación del DNA alterado y logro de emparejamiento de genes para curar enfermedades genéticas humanas; que podrían corregir primero alteraciones fenotípicas monogénicas y posteriormente poligénicas; pero que continuarán siendo portadores homocigóticos del trastorno genético.
5. Posteriormente deberá justificarse la terapia genética aplicada a células germinales, lo que garantiza la descendencia genotípicamente normal. Con finalidad de eliminar padecimientos genéticos sin alterar las características raciales humanas, estará plenamente justificada.
6. La ingeniería biogenética mientras se realice con fines terapéuticos en padecimientos genéticos físicos o psíquicos, corrigiendo desviaciones en los genes de células somáticas o germinales, deberá considerarse ética, pero cuando se manipula para cambiar la naturaleza humana, se debe proceder con mucha cautela.
7. Demostrar primero la posibilidad de cambiar primero fenotípicamente algunos caracteres individuales y esperar los resultados obtenidos (p. ej., la agresividad) y posteriormente valorar la alteración del genotipo.
8. Esta terapia germinal, por otro lado, bien orientada puede representar una verdadera revolución médica; pero al mismo tiempo representa acciones sumamente arriesgadas (¿podrán ser controlables?).
9. Debe propiciarse el progreso de la humanidad, curación potencial de padecimientos y defectos congénitos o su diagnóstico oportuno, incremento inmunológico y resistencia a padecer ciertas enfermedades, etc.; pero debe evitarse alterar las características raciales, físicas o mentales. Los biogenetistas tienen una gran responsabilidad bioética al manejar esta posibilidad.
10. En ingeniería genética pudiera pensarse en mejorar actitudes fuera de lo "normal"; aptitudes para lograr mejores destrezas; mentales para evitar trastornos psiquiátricos y agresividad; pero jamás deberían modificar características de la raza humana. Cambiar el genotipo de las características humanas individuales modificaría al paso de generaciones a toda la raza, con resultados posiblemente mortales como estandarización

universal y unificación de todos los individuos en actitudes y aptitudes físicas y psíquicas; el resultado sería un verdadero caos, sin líderes ni escalas jerárquicas, sin diferencias ni preferencias. Ni más ni menos, ¡otra raza humana!

11. La clonación en seres humanos no debe autorizarse al considerarse inaceptable por los resultados actuales en animales de experimentación y ofrecer resultados éticamente no deseables.
12. No puede detenerse el progreso ni la evolución de la especie; pero no sería ético, ni siquiera humano el producir “clonos humanos” o “humanoides” (como es la concepción no científica sino especulativa y fantasiosa actual), para utilizarlos como seres de segunda categoría (servidumbre, esclavos o robots) o duplicar humanos para disponer de un “doble” físico o depósito de probables trasplantes.
13. Posiblemente se realicen duplicaciones y embarazos gemelares por encargo en clínicas de fertilización, lo cual no representa grave desviación a la bioética médica; actualmente se producen embarazos múltiples estimulando la ovulación, con fecundación normal o *in vitro* y se considera bioéticamente aceptable, tratándose de fertilización.
14. Se clonarán células utilizadas para producir tejidos *in vitro* con fines de remplazo quirúrgico de órganos afectados del mismo o de otro donador humano o hibridado, con objeto de injertarlas *in situ* y mejorar la calidad deteriorada de las células orgánicas, lo cual parece ser a todas luces perfectamente ético y un procedimiento terapéutico innovador y promisorio que podría incluso suplantar a los trasplantes (la terapia celular del siglo XXI).
15. Deben crearse y respetarse bases éticas y legales que afirmen la responsabilidad bioética del genetista. Que la investigación se realice con base a protocolos perfectamente definidos, autorizados, evaluados y supervisados por “comités especiales de investigación biogenética”, y la experimentación también frecuentemente evaluada en su desarrollo y sancionada de ser necesario.
16. Los protocolos aceptados deben basarse en la investigación para curación de padecimientos genéticos actuales o futuros descubiertos al descifrarse el código genético. Éste es el perfeccionamiento que debe buscar la ingeniería genética: desaparición de padecimientos, aumento de sus defensas y resistencia a las enfermedades, esto es, “salud para todos los seres humanos, sin distinciones”.
17. Estos protocolos de investigación biogenética deben también actualizarse para adecuarse a las nuevas conquistas logradas en este campo de acción médica con interacción e injerencia multiprofesional, siendo menester que: se realicen con bases futuros avances; estén perfectamente definidos y evaluados por comisiones multidisciplinarias; sean autorizados por “Comités Especiales Multidisciplinarios de Investigación en Biogenética Humana”. Tengan supervisión y evaluación frecuente por parte de Comisiones Especiales y remitan informes al Comité encargado de autorización y supervisión, en tiempo acorde al desarrollo del programa.
18. Deberán acatarse irrevocablemente las disposiciones de esta Comisión hasta incluso suspender los programas de investigación, si así lo consideran necesario. Legalizar graves penalizaciones a los investigadores genéticos que transgredan las disposiciones autorizadas, o que lleven a cabo esta actividad sin protocolos autorizados ni rígida supervisión. Deberá realizarse amplia difusión hacia la comunidad científica para su conocimiento, opinión y sanción pública.

19. El futuro desafío de la bioética, consistirá en lograr unificar los esfuerzos de los investigadores y genetistas de todo el mundo para precisar los objetivos de este nuevo poder dado por el conocimiento del genoma humano e instaurar estrictos dispositivos de vigilancia destinados a evitar la utilización abusiva del poder que concede el genoma para modificar la vida humana, animal y vegetal.
20. Finalmente se agregan dos citas de Hans Hüng, que son concluyentes:

"La ética (en la investigación) debe convertirse como asunto de primer orden, en instrumento para el bien del hombre y la supervivencia de la humanidad".

"La manipulación del caudal genético humano sólo podrá ser lícita cuando contribuya a potenciar la conservación, protección y humanización de la vida humana".

REFERENCIAS

- Benitez-Bibriescia L:** "El paradigma de la medicina moderna: la genética molecular". Rev. Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 2, p. 197-203, marzo-abril, 1995.
- Bishop JE, Waldholz M:** "*Genoma*". Edit. Plaza & James. Colec. Saber más, España, 1992.
- Bougerol I:** "Reserch in psychiatry and Legislative restricciones". Rev. Encephale. 1996 May ; 22 spec No. I: 63-68. Francia.
- Calvo VC:** Una mirada a la terapia génica. Rev. Med. del IMSS, vol. 41, No.1, p. 45-55, México.
- Carter CO:** "*Consejo Genético*", Clínicas Médicas de Norteamérica, Genética en Medicina, julio 1969, p. 990-999; Edit. Interamericana, México.
- Concilium. "*Ética en las ciencias naturales*", No. 223, Ediciones Cristiandad, Madrid, España, 1989.
- Cordera A, Boberiet M:** "Administración de Sistemas de Salud". Tomo I, p. 73-75. Edit. Los autores. Prado Norte 440, México, D.F., 1983.
- Cotera G:** "Great Scientific & Tecnological Discoveries of the Twentieth Century", Chap. 4, Genetic Engineering, p. 79-90, Mc.Graw-Hill, Inc., México, 1996.
- Chimal C, Rudomín P:** "Quimeras científicas". Rev Letras libres, año V, No. 51, p. 22-23. Edit. Vuelta S.A. de C.V. México, 2003.
- El Proyecto Genoma Humano y México. <http://ww.jornada.unam.mx/2000/abr00/00417/cien-proyecto.html>
- Fukuyama F, Stock G:** La biotecnología: ¿nuestro despeñadero?. Rev. Letras libres, año V, No. 51, p. 12-17. Edit. Vuelta S.A. de C.V., México, 2003
- Hernández AJL:** *Bioética general*. Edit. Manual Moderno, p. 105-122, México, 2002.
- Garduño A, Zavala M:** "Implicaciones bioéticas en niños con malformaciones congénitas". Rev. Médica del IMSS (Méx.), 1996;34(4):313-321.
- Genética y aplicaciones. http://www.inserm.fr/ethique/ethesp.nsf/7adab9aba_61569c9005670_ca/68ad30ce..
- Guizar-Vazquez JJ:** "Criterios Clínicos para el Médico General", Rev. Foro Silanes, Genética en México, p. 10-12, Año 2, N° 5, 1998.
- Hernández Cáceres JL:** "Modelos matemáticos en biología y medicina". <http://www.informed.sld.cu/instituciones/cecam/amcim33.htm>
- Hortelano A:** "*Moral de bolsillo*" No. 112, p. 17-53. Ediciones Sígueme, Salamanca, España, 1989.
- James V. Neel:** "Consideraciones sobre el futuro de la genética humana", Clínicas Médicas de Norteamérica, Genética en medicina, julio 1969, p. 1001-111; Edit. Interamericana, México.
- Juan Pablo II:** carta encíclica "Evangelium Vitae". Documentos Pontificios 44, cap. III, No. 63, p. 113-116. Edit. Ediciones Vaticanas.

- Kofman-Alfaro S, Armendares S:** "La genética humana en México". Gaceta Médica de México, vol. 127, No. 1, p. 85-103. enero-febrero, 1991.
- Küng Hans:** "*Proyecto de una Ética Mundial*". Edit. Trotta, S. A., Madrid, 1998
- Kuthy Porter et al.:** "*Introducción a la bioética*", Edit. Méndez editores. p. 239-251, México, 1997.
- La nueva medicina francesa. [Uttp://www.france.diplomatie.fr/label_france/ESPANOL/SCIENCES/MEDICINE_fr/medec...](http://www.france.diplomatie.fr/label_france/ESPANOL/SCIENCES/MEDICINE_fr/medec...)
- Laugman J:** "*Embriología Médica*", 3° edición. Edit. Interamericana, México, 1976.
- Lisker YR:** "*Algunas consideraciones éticas sobre el proyecto internacional del genoma humano*". Introducción a la Bioética, pag. 237-251, Editores Kuty Porter y Col. 1° Edic., Mendez Editores S.A. de C.V., México, 1997.
- Lisker YR:** "El código ético de HUGO". Gaceta Médica de México, vol. 132, No. 4, p. 457-458, 1996.
- Lisker YR:** "El Comité Internacional de Bioética de la UNESCO". Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 5 y 6, p. 621-623, septiembre-diciembre, 1995
- Lisker R:** "La medicina genómica". <http://www.amc.UNAM.mx/Agencia-de-Noticias/Notas-Cientificasnp-cceron14-lisker.html> 24/04/2003
- Mc Gregor C:** "Decisiones sobre la procreación". Gaceta Médica de México, vol. 120, No. 7 y 8, 1984.
- Martínez-Bullé Goyri VM:** "Genética humana y derecho a la vida privada". Gaceta Médica de México, vol. 131, No. 5 y 6, p. 613-619, 1995 y 1996.
- Melle V et al.:** "El diagnóstico genético en los trabajadores: recientes adquisiciones científicas, problemática ética y ético-jurídica". Rev. Medicina y Ética, vol. I. No. II, p. 183-213, 1991, Universidad Anáhuac, México.
- Melle V:** "Derechos y Deberes de la Medicina de Predicción". Rev. Medicina y Ética, vol. II, No. 2, p. 183-199, 1991, Universidad Anáhuac, México.
- Muñoz de Alba M:** "Del derecho a la intimidad, al conocimiento de la información genética". Rev. Gaceta Médica de México, vol. 132, No. 2, p. 234-238, 1996.
- Navarro AR, Estrella J:** Tres consecuencias del Proyecto Genoma. Dirección electrónica: bioetic@unt.edu.ar
- Pascali VL, Bettone E, Fiori A:** "Problemas bioéticos y médico legales de la medicina perinatal". Rev. Medicina y Ética, vol. III, No. IV, p. 409-425, 1992, Universidad Anáhuac, México.
- Roldán González J:** "*Ética Médica*", p. 165-172, Librería Parroquial de Clavería, México, D.F., 1990.
- Seed R:** "Simposium sobre técnicas de reproducción", Chicago, USA, AP y EFE, The Boston Globe, 5 dic. 1997, reproducido en Novedades, 8 enero 1998, México.
- Terrés Speziale AM:** Medicina del tercer milenio. Rev. Med. IMSS 1998;36(3):239-244.
- Thompson JB, Thompson HO:** "*Ética en enfermería*". Edit. El Manual Moderno S.A. de C.V., México, 1992.
- Valdés Gómez Ma. L:** "Patología genética. Clasificación". Rev. Médica del IMSS (Méx.), 1996; 34(4): 313-321.
- Velázquez-Arellano A:** "El diagnóstico presintomático ¿es legislable? Rev. Gaceta Médica de México, vol. 133, No. 5, p. 493-495, septiembre-octubre, 1997.
- Wagensberg J:** "Ética Científica". Rev. Letras libres, año V, No. 51, p. 18-20. Edit. Vuelta S.A. de C.V., México, 2003.
- Yeyha Naief:** Apuntes parta una historia de la posteridad. Rev. Letras libres, año IV, No. 49, p. 22-24. Edit. Vuelta S.A. de C.V., México, 2003.

Medicina del futuro

Jamás digas lo que supongas; expón y asegura solamente lo que sabes realmente y puedas demostrar.

Armando Cordera Pastor

INTRODUCCIÓN

Obviamente el autor olvidará momentáneamente esta magnífica enseñanza, que siempre procuró respetar; para aventurar ciertas posibilidades de cambios a futuro en la medicina de inicios del siglo XXI.

El autor no es investigador ni académico, por lo que no cuenta con autoridad para predecir el futuro bioético de la profesión médica, y los datos que se presentaran en este tema, pueden dejar al lector más preguntas que respuestas.

Los conceptos vertidos en la elaboración de todo el texto anterior, se basan en publicaciones serias consignadas en la bibliografía, pueden ser considerados por unos como bueno o malos, avances o retrocesos, dependiendo del punto de vista prospectivo o conservador del lector. Fueron tomados de publicaciones vertidas por reconocidos autores y publicados en libros y revistas por editoriales de intachable prestigio.

Ahora bien, predecir el futuro de la medicina es tarea compleja, se tiene el riesgo de caer en la llamada “ciencia-ficción”. Se procurará partir de bases consideradas bioéticas consignadas en los temas antes expuestos; pero, predecir el futuro es ingresar a un mundo de elucubraciones irreales, que distan mucho del contenido del texto anterior; sin embargo, se toma como un reto el predecir el porvenir médico-técnico-ético-científico.

Existe mucha información patrocinada por empresas privadas, de filiación económica más que científica, con protocolos no autorizados por instituciones científicas que dejan mucho que desear desde el punto de vista ético médico científico; son trabajos anónimos, no publicados en medios científicos, con carácter no oficial que llenan los espacios de medios de difusión popular y no son tomados en consideración en esta obra.

La secuencia de este tema, será con base en pensamientos y especulaciones del autor, sin quizás suficiente o ningún soporte en literatura científica, por lo cual no se presentará otra bibliografía, será la consultada para cada tema criticado. Se presentarán ideas y comentarios, unos más o menos factibles, bajo responsabilidad del autor. Se seguirá la secuencia de los temas tratados en la obra.

Se especuló un poco en cada tema anterior y en lo que se pretende serán:

CONSIDERACIONES FUTURISTAS A LOS TEMAS TRATADOS

*Resulta clara la preocupación por el futuro
y la sentida necesidad de anticipación,
para prevenir problemas futuros.*

Arturo M. Terrés Speciale

Prestación médica

Las principales modificaciones a la medicina actual, cuando es está al principio de la inclusión de conceptos como: medicina basada en evidencias y de predicción y medicina génica y hasta genómica, se debe considerar grandes cambio al otorgamiento de la medicina, consecuencia de su evolución científica, pero especialmente tecnológica, que motivó un cambio que transformará la esencia misma de la concepción actual de la medicina, variando:

- De medicina curativa a medicina preventiva.
- De terapia farmacológica a terapia molecular.
- De sistemas manuales a sistemas automatizados.
- De innovación gradual a innovación acelerada.
- De sistema tecnológico a sistema cibernético.
- De comunicación por correo a comunicación por correo electrónico.
- Con población infantil o joven a población adulta o anciana.
- Con tasas de morbi-mortalidad altas a tasas de morbi-mortalidad bajas.
- Con expectativas de vida de menos de 60 años a más de 100 años.
- Con patología infectocontagiosa a patología cronicodegenerativa.

Éstas son solamente algunas de las transformaciones que influyen en la modificación a la cual deberá adaptarse la medicina, el personal que labora en esta profesión, las instalaciones necesarias para operar, la tecnología que deberá adaptarse para las que parecen ser simples variaciones, pero que implican una transformación trascendental.

Como se verá más adelante, con la tecnología que se imagina, la medicina no perderá calidad o será en mínima proporción, lo cual se verá ampliamente compensado, al ser más expedita la obtención de la atención (mayor fluidez), muchísimo más económica para las instituciones del Sector Salud, al igual que la particular y privada, siendo al mismo tiempo accesible y a costo superable para el sector gubernamental, que prácticamente absorbe la atención médica con programa social, denominado de diferentes maneras (IMSS-Coplamar, IMSS-Solidaridad, Oportunidades) para población no atendida en los regímenes antes señalados (IMSS, ISSSTE y PEMEX); que posiblemente a futuro no sean manejados por el gobierno, sino que pasen a control de compañías de seguros de capital privado.

Actualmente la Secretaría de Salud, que posiblemente conservará el programa de Seguro Popular, está considerando la aplicación de “**Telemedicina**” utilizando el correo electrónico mediante un programa de acción **e-Salud** para proporcionar atención médica a la población marginada y dispersa en el medio rural y ser atendida en esta nueva denominación de medicina popular.

Relación médico-paciente

A mediados del siglo XX se inicia en la sociedad rica de México la moda de recurrir a EUA para realización de “Chequeo Médico”; consistente en que al arribar a ese Centro en ayunas, pasaban a una serie de exámenes de laboratorio de rutina: biometría hemática, química sanguínea, general de orina y reacciones febriles, etc.; y estudios de gabinete: teleradiografía de tórax, electrocardiograma, ultrasonido de pelvis y abdomen, revisión ginecológica en la mujer y rectal en ambos sexos, etc.; después de lo cual, les proporcionaban un formato para llenar, consistiendo en preguntas a contestar sobre: ficha de identificación e historia clínica reducida, dejando abierta la pregunta del motivo de la solicitud, lo que puede considerarse como padecimiento actual o simplemente una detección oportuna de algún padecimiento asintomático. Una especie de historia clínica no dirigida.

Al siguiente día, procesados los datos anteriores le solicitaban estudios complementarios de ser necesario (pudiendo ser: tomografías, electroencefalografía, series gastroduodenales, colon por enema, urografía excretora, endoscopias, etc. Al tercer día les aparecía un Sr. vestido de blanco que les decía ser el médico a su cargo e informaba del resultado del chequeo. De no presentar patología despedía y felicitaba al consultante, que muy contento pagaba la generosa cuenta. En caso de existir alguna patología, les indicaba el diagnóstico y la necesidad de pasar con un especialista, médico o quirúrgico para tratamiento.

En todo este proceso, el solicitante del servicio estuvo atendida por técnicos; nos preguntamos: si era un chequeo médico ¿dónde estaba él? ¿qué relación médico-paciente pudo existir? Esta metodología persiste todavía, con más tecnología pero sin médico.

Este inicio marcaba en el vecino país el final de la tan cuidada relación durante tantos milenios (cuando menos desde Hipócrates, más de 500 años antes de nuestra era).

¿Qué nos depara el futuro de la medicina de primer nivel de atención? Llenar formatos o hablar por una cinta magnética para alimentar de datos a un aparato llamado “ordenador o computadora”, operado por un técnico que recopilará los datos, procesará y llegará a un diagnóstico matemático probabilístico basado en evidencias y que determinará tratamiento médico de predicción, ordenando la prescripción de medicamento o droga recomendada, con posología acorde y tiempo a seguirla o la necesidad de atención especializada, que también indica.

En México llamamos a este aparato “computadora”, pero en España lo denominan “ordenador” (porque ordena datos o nos da órdenes) se considera por este segundo posible significado íbero, utilizar este vocablo.

Cuando el paciente es enviado a segundo nivel de atención médica le sucederá lo mismo, un chequeo de segundo nivel, con un programa idéntico al anterior, pero con modelo adaptado a la especialidad correspondiente y a su alta, regreso al primer nivel de atención. Tampoco hubo presencia del especialista. Solamente aparece el cirujano en caso necesario para realizar la intervención quirúrgica indicada y programada por el ordenador. El cirujano tendrá como única misión realizar correctamente la operación indicada y programada por un ordenador sustituto del médico y funcionará así hasta que aparezca un robot que la realice (incluso guiado a distancia).

Para supuestos padecimientos banales, por las cuales antes se recurría al boticario o a la automedicación recomendada por familiares o amigos, se realizará simplemente acudiendo al ordenador que captará las palabras del supuesto paciente e indicará tratamiento o en caso

de que el aparato lo considere conveniente, le indicará pasar el caso a su compañera de primero o segundo nivel de atención médica.

La segunda generación de ordenadores médicos, funcionará con tarjeta de identificación y sistema de atención médica al que pertenecen, el aparato localizará inmediatamente el expediente y ordenará al consultante a que exponga su estado de salud actual mediante micrófono. Con estos datos, podrá solicitar exámenes de laboratorio o gabinete mediante una ficha que recogerá el usuario y regresará a insertar la identificación y la tarjeta con el resultado. El ordenador localizará el programa clínico terapéutico adecuado para el nivel de atención correspondiente.

El médico de primero o segundo nivel de atención, será necesario para realizar ciertas exploraciones que solicite el ordenador y poder completar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento que indique al haber conjuntado y ordenado toda la información. Disminuirán en número los médicos especialistas; pero las especialidades como tales, sean clínicas o quirúrgicas, deberán seguir, también al servicio de apoyo a los ordenadores.

Como puede suponerse de esta especulación, la consulta a médico de primero y segundo nivel de atención disminuirá considerablemente al ser muchos sustituidos por ordenadores, lo cual permitirá (con sobrantes monetarios) costear los equipos electrónicos necesarios.

La anterior especulación, garantizaría cobertura médica completa y global. Negocio para todos, menos para los médicos desplazados.

Perfil del médico

Mencionamos los mil y un requisitos necesarios que debería reunir la persona y proceder del médico para ser considerado ético. Con la nueva relación médico-paciente sospechada con base en la historia de la medicina en un país rector de la medicina tecnológica, parece ser que la medicina cambiará irremisiblemente, sea apoyada por la tecnología o sustituida por ella. Así también el perfil del médico deberá cambiar.

El humanitarismo, la disposición de servicio, la entrega al paciente, el trato amable y cortés, etc., principales funciones del médico en el tratamiento de padecimientos de salud mental y social, desaparecerán al sustituirse la relación médico-paciente por la de solicitante de servicio o paciente-ordenador.

Dentro de sus habilidades el médico deberá contar, desde el inicio de su licenciatura, con enorme facilidad para las matemáticas, para comprender, conocer y aplicar en su momento los “modelos” y “programas” que alimentarán a los ordenadores. Conocer a fondo la medicina basada en evidencias y la medicina predictiva y en caso de pretender ingresar a esta nueva especialidad de “programador médico electrónico”, deberá tener conocimiento a fondo de la medicina, para discriminar las verdaderas de las falsas evidencias; esto es, ser un perfecto clínico teórico para cooperar con los ingenieros electrónicos en la programación de los modelos y programas. Éste será su perfil a exigirle.

Como enseñanza de la medicina, esta nueva especialidad en “cibernética médica” debería ser cátedra de posgrado a iniciar lo antes posible, en facultades de medicina conjuntamente con facultades de matemáticas elevadas con cátedra de tecnología cibernético-programática.

Atención medicoquirúrgica

Se retoma el inciso de relación médico paciente y los *check up*; a pesar de no aparecer directamente el médico, no deja de participar en la atención del paciente, puesto que los

estudios y exámenes realizados por lo técnicos, serán interpretados y reportados por médicos especialistas en imagenología, patología, laboratorio, endoscopia, ginecología, etc. y el informe diagnóstico final integrado por internistas o de la especialidad que el médico coordinador determine. Asimismo según el resultado final, se turnará al paciente al correspondiente médico general en caso de considerarse padecimiento psicossomático o al especialista de segundo nivel de atención que el médico coordinador considere adecuado. Para que en su caso solicite mayor información o para tratamiento medicoquirúrgico correspondiente.

Seguirá existiendo atención médica privada, donde los médicos seguirán funcionando de la misma forma como se realiza actualmente, por solicitud directa del paciente con el médico o especialista elegido. Las compañías de seguros privados proporcionarán la misma o similar atención a la actualmente impartida por los servicios particulares en instalaciones privadas o gubernamentales que operarán en las instalaciones de los actuales institutos del sector salud, conservando además el mismo personal médico y paramédico.

Padecimientos psicossomáticos

Sigmund Freud llamó la atención sobre el enfoque de la medicina hacia padecimientos de causa externa, sin considerar los propios de la mente, ajenos al cuerpo.

Se han olvidado los padecimientos de origen funcional o psicossomáticos, como: enfermedad ácidopéptica, gastritis, úlcera gastroduodenal, colitis por colon irritable, estreñimiento, bulimia y obesidad, anorexia y caquexia, asma bronquial, hipertensión arterial, etc. que representan casi la mitad de la atención médica de primer nivel.

La enseñanza de la medicina es orientada hacia hechos físicos, anatómicos, químicos, etc. determinables objetivamente, fijando el diagnóstico en medicina basada en evidencias; mientras que los padecimientos psicossomáticos son solamente subjetivos, no cuantificables ni demostrables.

El paciente con diagnóstico (obtenido por exclusión de otras entidades nosológicas) de padecimiento psicossomático, deberá ser atendido en medicina general de primer nivel y solamente en caso de que el médico lo considere necesario, especialmente en situaciones extremas de su padecimiento, remitirá al enfermo a interconsulta en segundo nivel de atención, al servicio de psiquiatría, psicología, medicina interna o al especialista que considere más conveniente.

La tensión nerviosa a la que se somete actualmente a los seres humanos parece ser mucho mayor que antaño, por lo cual los padecimientos psicossomáticos aumentan gradualmente y corresponden 40 a 60% de la consulta del médico general.

Se han encontrado evidencias de que una amplia gama de padecimientos orgánicos, como angina de pecho, infarto de miocardio, hipertensión arterial, úlcera gástrica o duodenal, colitis ulcerosa e incluso ciertos tipos de cáncer, aparecen durante episodios de mayor tensión psicológica; esto es, en el transcurso de estados depresivos por fallecimiento de la pareja, hijos o padres queridos, la soledad y el aislamiento, empobrecimiento repentino, etc. y en profesionistas sometidos a mucha tensión (los médicos entre ellos y en especial los cirujanos (p. ej., Barnard, pionero del trasplante cardíaco).

El suicidio en jóvenes del Japón es muy elevado, siendo consecuencia de la exigencia estudiantil y laboral que los llevan a la desesperación y optan por quitarse la vida. Así mismo, el creciente abandono de los ancianos improductivos condiciona la llamada "salida de la vida por la puerta falsa".

Terapia médica

A fines del siglo XX, debido a los avances logrados en nuevos antibióticos, bacteriostáticos, antivirales y medidas higienicopreventivas, utópicamente se pensó que las enfermedades infectocontagiosas desaparecerían sino de inmediato con las armas terapéuticas utilizadas, sino cuando menos al término del siglo. Sin embargo, continuaron afecciones como el paludismo, dengue, fiebre amarilla, cólera, tuberculosis (estas dos últimas ligadas a la pobreza y que todavía se presentan como endémicas en zonas con poblaciones de paupérrima economía); donde los antimicrobianos no actúan por cambios bacterianos que los volvieron resistentes y deberán crearse nuevos bactericidas. Las enfermedades infecciosas siguen provocando 33% de la mortalidad mundial anual; además existen millones de portadores temporalmente asintomáticos de VIH positivos y con virus de la hepatitis C, que potencialmente desarrollarán la enfermedad.

Terapia génica

El cáncer a principios del siglo XXI más de 6 000 000 de muertes mundiales anuales y su etiología parece deberse a que se inicia la enfermedad cuando las células predispuestas acumulan mutaciones, generalmente por varios años y al final logran superar las restricciones fisiológicas de su proliferación; entonces es cuando aparece la enfermedad. Se señalan dos tipos de cancerígenos: los que dañan genes involucrados en la proliferación celular y los que potencian el crecimiento de células tumorales: En ambos casos se tienen esperanzas de lograr a corto plazo tratamiento curativo a base de terapia molecular.

Asimismo, se espera que con terapia génica curación y hasta desaparición de padecimientos cronicodegenerativos (diabetes, artritis reumatoide, cánceres en general, arteriosclerosis, que serán prevenidas o curadas con terapia génica, implantes celulares, trasplantes de órganos o tejidos y nuevos medicamentos especialmente los biomoleculares, que atacarán la enfermedad desde niveles subcelulares. Se ha logrado (y al continuar las investigaciones sobre cáncer en la gama terapéutica) mejorías espectaculares en el tratamiento de corioepitelioma en la mujer, tumores de testículos y próstata, leucemia; ello con apoyo en mejores conocimientos epidemiológicos, marcadores tumorales, biología molecular del cáncer, genética y nuevos desarrollos en cirugía, patología oncológica, radioterapia y quimioterapia, etc. Estas mejorías significativas en varios tipos de carcinomas cifran grandes esperanzas de lograr a corto o mediano plazo “curar diversos tipos de cáncer”.

Avances en tecnología

A partir del descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Konrad Von Roentgen en 1895, este aparato mejoró y evolucionó tecnológicamente y fueron surgiendo la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear, la tomografía por emisión de positrones; primero en blanco y negro y después se logró aplicando colorantes por vía endovenosa, imágenes a color, con lo cual se logró una mejor diferenciación de las estructuras, falta solamente ampliación de las imágenes, que llevaría a óptimo diagnóstico diferencial entre estructuras sanas y patológicas.

Se divulgarán los *robots* y multiplicará su uso, especialmente en telecirugía y hasta en teletacto, donde un cirujano operador especializado en robótica puede manejar e intervenir a distancia manipulando unos robots quirúrgicos destinados a operaciones de alta precisión

e intervenir como si se tratase de cirugía endoscópica por miniincisión o por microcirugía. No causa cansancio ni fatiga (el cirujano trabaja sentado) y evita el fino temblor de las manos del cirujano; además como amplía la imagen se tiene mejor precisión. Se emplean y emplearán como nueva especialidad quirúrgica, aprendida con simuladores para cirugía virtual, en operaciones de alta precisión en corazón, cerebro, arterias, abdomen, tórax, cadera, ojos, etc.

A partir del año 2001 se inició su empleo corriente en endoscopias, pero posteriormente se inicia su difusión y se realizan también operaciones a distancia (incluso transcontinentales), para apoyo quirúrgico en países donde no se tiene esta tecnología y se considera imprescindible, para enseñanza de su uso y retroalimentación quirúrgica.

Consideraciones

La medicina futura deberá asumir el reto de no perder el humanitarismo que la ha caracterizado a través de siglos de historia, de adaptarse a los principios éticos que la han regido y prestigiado. Se concluirá con el pensamiento de Eduardo Pellegrino (citado por el Dr. Federico Ortiz Quesada) “La medicina es la más humana de las ciencias, la más científica de las artes y la más artística de las humanidades”.

Códigos de bioética médica

Se anota en el texto la “bioética no puede ni pretende limitar a la ciencia ni a la tecnología”. Son los códigos los que desde la antigüedad tratan de adaptar la ética a los avances de la ciencia y actualmente deberán hacerlo a la tecnología.

Los códigos actuales no perderán vigencia; pero, tendrán que surgir por parte de los organismos mundiales reguladores de la Bioética, un capítulo anexo a los códigos que adapte la ética médica a la tecnología o viceversa.

Podría tratarse frente a un parte aguas, entre por un lado la medicina clásica y un avasallamiento tecnológico sin códigos que éticamente lo regulen.

Derechos y deberes

Los derechos y deberes de médicos y pacientes pueden a futuro cambiar al igual que la relación médico-paciente; sin embargo, deberán existir normas que apoyen a la medicina para mantener incólumes los principios ético-médico pragmáticos de: prioridad del paciente, beneficencia para el enfermo, humanitarismo del médico, laborar con autonomía, solidaridad a toda costa, autodeterminación del paciente y obtener el consentimiento informado en el trato al enfermo y mantener las prioridades determinadas desde el año 1981 en la “Declaración de Lisboa”.

Se ha considerado un avance médico a la “medicina basada en evidencias” y su complemento la “medicina predictiva”, por ser una forma de estudio del caso y apoyo al médico general, especialistas y principalmente a los urgentólogos al ofrecerle una rápida solución clinicoterapéutica.

Desde luego, es para servicio del médico, no para su segregación como podría suceder. ¡No se puede desplazar al médico, no es justo ni ético depender de un ordenador!, ¿dónde

está el criterio del médico, su ojo clínico, su hegemonía ante el paciente?, ¿a quién recurriría para apoyo?, ¿a una máquina?, ¿sería este tipo de medicina un avance o un retroceso para la profesión y el paciente? La transición puede ser rápida o lenta, pero ¿se dará?

Comités de bioética médica

Con esta concepción tecnológica de la medicina, se corre el riesgo de perder la realidad y no lograr los objetivos de los Comités de Bioética Médica en los puntos enunciados en el texto como:

1. Búsqueda de equidad, humanitarismo, solidaridad y calidad de la prestación.
2. Prioridad del individuo sobre cualquier alternativa, política y económica.
3. Problemas socioeconómicos relacionados con la salud. Véase texto en comités.

Medicina basada en evidencias y de predicción

Éste es uno de los temas promotores del dilema especulativo entre la bioética médica actual y la futura prestación de la medicina.

La medicina basada en evidencias provoca que el médico deba prepararse, estudiar, consultar bibliografía en libros, revistas o en medios electrónicos (internet), para toma de decisión clinicoterapéutica. Método que ocasionalmente es tardado e inoperante en caso de urgencia. Un médico con abundante trabajo en consulta externa o en hospital, no suele disponer de horas extras para estudiar cada caso en particular, debiendo tomar decisiones de acuerdo a su propia experiencia y decisión.

El médico para conservarse vigente en su trabajo y mantener la calidad que se le exige, debe continuar actualizándose y por lo mismo, es de considerar que conoce la patología y terapia de todas las situaciones patológicas que maneja y es poco probable que deba con frecuencia confirmar sus conocimientos diagnóstico y terapéuticos para tratar un caso concreto. La medicina de predicción es, por tanto, un elemento de gran ayuda médica en la actualización médica del paciente, no en la práctica directa con el paciente.

Con respecto a la medicina de predicción, el caso es diferente, aquí se trata de aplicar modelos matemáticos con base en evidencias (signos, síntomas, datos de historia clínica, de laboratorio y gabinete) incluido incluso el diagnóstico, resultan ser datos clave, que combinados con estadísticas y matemáticas, confirman de diagnóstico, e indican pronóstico y tratamiento, en forma de modelos de inmediata aplicación. El médico no pierde tiempo ni el control del proceso y cede prioridad a la tecnología electrónica, que combinando los anteriores elementos diagnósticos ofrece la mejor opción cibernética clinicoterapéutica para su seguimiento.

Cuando el tiempo apremia (como en cuidados intensivos o urgencias), el médico debe comenzar tratamiento convencional y después instituir la terapéutica definitiva con base en medicina de predicción.

Se difundirá la aplicación de Protocolos o Programas de atención medicoquirúrgica de acuerdo al padecimiento diagnosticado y a la etapa de evolución, desarrollados por universidades altamente calificadas mundialmente. Estos esquemas terapéuticos lograrán nivelar la calidad médica en los diferentes niveles de atención y supervisando o comparando sus

indicaciones con el seguimiento, servirá de parámetro para comprobación de calidad terapéutica seguida.

Visto de esta manera, esta nueva forma de medicina es médicamente ética por su utilidad y beneficio para el paciente y esto conlleva a que el médico deba interiorizarse y aplicar el procedimiento de elaboración de estos modelos predictivos. Los resultados, le darán mayores éxitos profesionales; siempre y cuando no afecte a su humanitarismo ni a su relación médico-paciente.

Cambio de sexo

Respecto a la cirugía de cambio de sexo, se considera que los argumentos de los transexuales son justos; puesto que no existe otro método que les restaure la salud mental.

El hecho esgrimido para no legalizar la intervención quirúrgica ha sido el alto costo y tiempo prolongado de tratamiento, lo que repercute en gasto de recursos humanos y de estructura, que gravitaría sobre el gobierno. No consideran que este tratamiento sea no ético, simplemente no justificable desde el punto de vista costo-beneficio, para una minoría de casos.

La religión católica aduce razones teológicas no determinantes de desviaciones concretas a la moral; sin considerar la necesidad individual de cambiar un cuerpo aborrecido por otro idealizado; pero la intervención quirúrgica no se contrapone a los principios cristianos.

Esta intervención quirúrgica o mejor dicho estas terapias medicoquirúrgicas se realizan y se realizarán en todo el mundo y al final de cuentas, será legalizada y posiblemente moralmente tolerada.

En bioética médica debe considerarse el criterio de salud mental, que no se alcanzará a menos que se cambie de sexo al o a la transexual con “idea fija” de cambio de sexo. Sin género de dudas, esta cirugía es perfectamente ética y se generalizará a futuro.

VIIH-SIDA

Los médicos esperan con impaciencia e impotencia que la industria farmacéutica, apoyada por enormes recursos económicos y gran aparato de investigación en nivel mundial, logren encontrar un fármaco capaz de curar y detener esta pandemia; azote de la humanidad del siglo XX; cuya expansión fue causada por seguir criterios políticos y olvidar o desdeñar los lineamientos epidemiológicos que deben privar en caso de enfermedades infectocontagiosas como ésta.

Los defensores a ultranza de los “derechos humanos consideran prioritario el bienestar y derecho particular sobre el derecho y bienestar público”, cuando “los derechos de una persona acaban al perjudicar a terceros”.

Pretendían no ser reportados al Sector Salud e impedían el estudio epidemiológico de contactos; sin embargo, los médicos siguieron comunicando los casos como era su deber, se realizaron estudios epidemiológicos correspondientes y parece ser que los “usuarios del sistema” tomaron finalmente más precauciones y aparentemente los nuevos casos han disminuido en porcentaje.

El hecho de repartir condones a diestra y siniestra no es muy ortodoxo, pero pudo o puede ser buena opción para evitar nuevos contagios y siendo el único recurso actual posible a utilizar, deberá considerarse éticamente aceptable.

La comunidad gay (que no es la única fuente de contagio, pero sí la más numerosa) ha hecho conciencia del mal que se hace al desprotegerse, puesto que se afecta él o a su pareja, con lo cual se ha hecho finalmente algo de conciencia epidemiológica.

Aparentemente al ir en descenso el número de nuevos casos, es de preverse que la pandemia empieza a descender y logre controlarse hasta aparición de un método realmente curativo. No obstante, el número de recién nacidos VIH positivos se ha incrementado recientemente.

Anticoncepción

A futuro desaparecerán todas las barreras que dificultan su realización, incluso las morales; actualmente muy relajadas al dejar a conciencia individual femenina la aplicación de metodología anticonceptiva eficaz; por tanto, se generalizará su uso y las parejas ocasionales o estables podrán disfrutar de sexo seguro, sin riesgo de embarazo no deseado, con consiguiente disminución del aborto inducido.

La distribución masiva de preservativos, además de disminuir el embarazo no deseado, evita el contagio de enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual.

Aborto inducido

Lográndose generalizar el acceso a metodología anticonceptiva a bajo o nulo precio disminuirán los casos de aborto inducido. Se considera errónea la postura de legislación del aborto en primer lugar por no ser acto médico, no ético y prestarse al descuido anticonceptivo, toda vez que en países donde se ha legalizado hay muchas mujeres que optan por legrado y a los siete días de retraso menstrual, acuden a “limpieza uterina por aspiración”.

La legalización del aborto equivale a obtener gratuitamente este recurso como una prestación de ley y por ende exigirlo ante los medios del Sector Salud. La posición actual del gobierno de la República Mexicana ha optado acertadamente por facilitar y promover la anticoncepción, posición muy loable y a nuestro entender la más adecuada.

Desde tiempos inmemoriales se realiza el aborto inducido y difícilmente dejará de realizarse, máxime que deja pingüe ganancia a los “aborteros”, sean médicos, comadronas, o simplemente comadres. Además, cuando está penalizado en un estado o país, la embarazada con recursos económicos suficientes, simplemente viaja a otro lugar donde esté legalizado y se deshace del embarazo.

Procreación asistida

Este procedimiento es de reciente iniciación y, por tanto, existen pocos centros donde se realiza a alto costo. No se ha legalizado, la moral lo condena, legalmente no es delito por no estar legislado y como puede ser muy útil para casos selectos, se considera ético y se divulgará conforme haya mayor solicitud al crearse la necesidad médica; la competencia, bajará los costos.

En los laboratorios de fecundación extracorpórea (abreviado FIVET por sus iniciales en inglés) se realizan duplicaciones del cigoto y se escoge para fecundación la considerada idónea o en caso de desear gemelos, trillizos o cuatrillizos, pueden separarse y fecundarse en

útero. Esto representa la obtención de células madre, cuyo estatuto ético no está bien definido entre negativa moral a producirlas y necesidad científica de utilizarlas; sin embargo, para fines de experimentación y obtención de células madre, se prefiere el método de obtención por clonación.

Hace 25 años se comenzó a realizar la fecundación *in vitro* para obtener embarazos en parejas infértiles, sin manipulación genética para “mejorar” al embrión; esto es, sin modificar las posibles patologías hereditarias de los padres. Desde entonces se han logrado más de 1 000 000 de recién nacidos sanos. Ahora se está considerando como una posibilidad la manipulación genética para lograr embriones “sanos”, sin taras genéticas y cuando se publica como posibilidad, podemos tener la certeza de estarse realizando. Esto debe considerarse loable, evitar la transmisión de padecimientos hereditarios de padres a hijos.

El temor es que dada la posibilidad (actualmente considerada todavía remota) de modificar aumentando o disminuyendo ciertos caracteres propios se cambie la estructura humana; esto es, como ejemplo: aumentar la inteligencia, la agudeza sensorial, visual, auditiva, muscular, etc..., logrando con ello verdaderos superhombres que dominarían en poco tiempo a todo el mundo, creándose una raza superior y quedando la actual como inferior. Algo similar a lo que está ocurriendo con algunos países de África, donde la falta de nutrientes impide el desarrollo físico y mental de niños y adultos.

Sería fatal formar unos cuantos superhombres, porque en poco tiempo, se estaría creando una nueva raza humana, muy superior a la actual que se apoderaría del mundo y esclavizaría al resto. Por lo que debe considerarse que realizar una sola vez con éxito la creación de un superdotado en cualquiera actividad, física o mental, es abrir el camino para su futura realización en serie.

Estas mutaciones deben evitarse a toda costa, no es ético, moral ni debe ser legal. Se sabe de antemano que es prácticamente imposible detener lo que se considera progreso de la ciencia; pero en este caso deberá crearse a la brevedad posible no solamente normas éticas y morales estrictas, sino también graves penas legales a quien realice este tipo de mutaciones humanas. Quizás se sea pesimista, pero es casi imposible evitar su realización, las normas no importan a cierto tipo de gentes y tampoco las leyes, puesto que se realizaría en anonimato. Por desgracia, hasta ahora las normas, reglamentos y leyes, han ido a la zaga de la acción, cuando aparecen, años después, cuando ya hace tiempo se están realizando las acciones que se tratan de propiciar o evitar. El riesgo es enorme y los resultados de este tipo de mutaciones sería nefasto para la humanidad.

El riesgo no son los laboratorios serios establecidos, sino los semiclandestinos, que pululan con alta tecnología para poder realizar este tipo de mutaciones y que están al servicio del mejor postor, cobrando altas sumas de dinero. Por tanto, establecidas en países ricos, donde se realizan los más estrafalarios caprichos. Crear un hijo superior a los demás, tener un superinteligente en la familia, debe ser ambición de muchos individuos que pueden costear la creación de este embrión y criarlo *in utero* materno.

Muerte y prolongación de la vida

La muerte no se tornará más aceptable, continuará el misterio. Algunos la consideran como algo natural, como nacer, vivir y morir; si uno es el principio de la vida, el otro el final de la existencia.

En ciertas culturas o estratos sociales, hay gente que rinde culto especial a la muerte, como algo viviente que puede aparecer y desaparecer, que se presenta cuando quiere, en el momento menos pensado. Derivado de las antiguas culturas mesoamericanas, tiene la muerte esa magia latente místico-religiosa donde representaba una deidad muy prominente. Posteriormente, la conquista de mediados del siglo XVI por los españoles, conserva esta espiritualidad dentro de la religión impuesta como algo propio de los ancestros. Por lo anterior, tiene la muerte diferente cariz en nuestro país. Es algo que difícilmente se comprende, La muerte forma parte de la gente, se le celebra un día especial para los “chiquitos” y los adultos, se hacen ofrendas, se les lleva de comer al panteón y se comparte con ellos. Algunos aseguran que realmente comen las ofrendas. Se adora a la muerte, pero se le teme. No se acepta fácilmente que se lleve a los seres queridos.

Esta concepción de la muerte, influye en la medicina, solicitan perpetuar la existencia más allá del máximo esfuerzo médico. El ser humano no debe morir, tenga la edad o el padecimiento que irremisiblemente lo mata. Hay que recurrir a todos los medios para evitarlo. Es menester incluso prolongar la agonía. ¿Está seguro que se murió? Siempre les parecerá poco el tiempo en que pueda prolongarse una fugaz vida. Después viene el velorio y el sepelio a los cuales el médico acudía, y todavía acude dependiendo de amistad o jerarquía del difunto.

Estas creencias hay que respetarlas y comprenderlas para auxiliar al paciente y a los deudos psicológicamente, con apoyo, tacto, hasta cariño, si quiere el médico ser o seguir siendo aceptado como médico de cabecera. Es un momento psicológico muy importante para los deudos, es cuando consideran al médico humano y bueno o todo lo contrario.

Eutanasia, suicidio asistido y muerte digna

La eutanasia y el suicidio asistido, no progresarán en un futuro, manteniéndose si acaso con el mismo rango actual (mínimo comparado con otros países). Nuestra cultura en este sentido es aguantadora y respeta la muerte; pudiera incrementarse en mestizos o residentes de otras culturas, lo cual no incrementaría considerablemente el porcentaje de casos.

La muerte digna es una acción ético-médica primordial en el tratamiento del paciente terminal; se considera debe fomentarse e incrementarse, por ser acción psicológica y física muy importante para el paciente y es una de las muestras más elocuentes del humanitarismo médico. Esta práctica debe ser universal. Asistencia en el último sufrimiento mental proporcionando calma, tranquilidad, paz y hasta cariño y al dolor físico aplicando potentes y modernos calmantes y analgésicos que logran mitigarlo completamente. Deberán proliferar los hospitales para pacientes terminales, sea por parte del Sector Salud o en hospitales particulares o privados. Estos servicios implican poco costo de instalación, no es necesaria tecnología de punta ni de alto costo de adquisición o mantenimiento. El paciente terminal ya no necesita de esta sofisticación, está debidamente estudiado, diagnosticado y pronosticado; esperando su defunción a corto plazo.

Utilización de tecnología

Desde mediados del siglo XX se inicia un incremento inusitado de tecnología en toda actividad humana; un florecimiento como lo fue el Renacimiento para las artes y la ciencia;

expansión que rebasa la imaginación humana; afectando obviamente a la medicina; desplazando médicos y aumentando técnicos al servicio de la tecnología; con especial énfasis en cibernética, tan sofisticada que puede procesar miles de datos en pocos segundos, realizar intrincadas operaciones y cálculos instantáneos y ofrecer probabilísticas soluciones casi infalibles.

Esta influencia cambiará en pocos años la medicina, se generalizarán los inventos técnicos y se harán más accesibles, la medicina cambiará el arte que tiene por tecnología, que hará más igualitaria a la prestación médica; todos los profesionales, tendrán la misma oportunidad diagnóstico-terapéutica por disponer de las mismas fuentes de información.

Habrá mayor disposición y utilización de tecnología de punta, que beneficiará a la medicina y en consecuencia al paciente; pero se establecerá otro tipo de relación en la cual el médico no será el “determinante en última instancia” de su profesión, sino que dependerá del resultado de la tecnología utilizada.

Los avances tecnológicos y científicos se traducirán en mayor longevidad, aumentando por consiguiente la esperanza de vida al nacer y el número de mayores de “la tercera edad”. Se prevén cambios en la edad de jubilación, que deberá prolongarse para disminuir la carga de pensionados y desocupados improductivos. Como estos ancianos estarán en perfectas condiciones físicas y mentales, cambiarán sus expectativas, aptitudes y actitudes, ampliando el campo de actividades de los actuales adultos.

Trasplante de órganos

Los trasplantes adquirirán gran relieve en el futuro; pero no de homoplásticos (órganos o tejidos de humano a humano), sino de aloplásticos (órganos o tejidos de animal a humano) y sintéticos (materiales que reproducen la composición y propiedades de algunos cuerpos naturales).

- a) **Homoplásticos.** En poco tiempo desaparecerán, no serán necesarios los órganos extraídos de cadáveres, los habrá en más que suficiente cantidad entre aloplásticos y sintéticos, sin problema de conservación, extracción ni rechazo. No será tan espectacular, no se extraerá un corazón latiendo ni odiseas para que el traslado sea oportuno, dado el precario tiempo de “supervivencia” del corazón.

No será necesario el calvario del receptor de órgano mientras siente acabar su existencia y todavía no se encuentra un donador de hígado o riñón que sea compatible. Desaparecerá la angustia, el temor, la zozobra, pasarán a la historia los días de espera y para la medicina y los médicos involucrados en trasplantes, será una tranquilidad saber que en el momento en que se indique un trasplante, podrá desecharse ese órgano inservible y sustituirse por otro funcional.

Desaparecerá el tráfico de órganos de niños y adultos y el negocio de donadores, se utilizarán los órganos adquiridos en el mercadeo normal que ofertarán laboratorios o empresas productoras a costo accesible para atención privada y social.

La aplicación de estos implantes se hará en la mayor parte de los hospitales de segundo y tercer nivel, donde existirá esta especialidad quirúrgica, reservándose el trasplante cardiaco para centros médicos debido a requerir de alta tecnología (circulación extracorpórea).

Será tal vez posible, reparar o curar un órgano afectado, sin necesidad de sustituirlo, aplicando células madre o del propio órgano de su parte sana, directamente al órgano enfermo (se piensa posible realizarlo a la zona infartada del miocardio, o acaso por venoclisis).

b) **Aloplásticos.** Con grandes esfuerzos, pero con aparente éxito se está haciendo investigación seria y en poco tiempo se anunciará oficialmente obtención de animales hibridados para obtención de órganos para trasplante a seres humanos. La hibridación es un procedimiento genético que (no humaniza) evita la reacción de rechazo humano al trasplante de órganos o injerto de tejidos de animal.

Se investiga sobre corazón de cerdo (lo cual a primera vista parece una aberración, pero puede ser compatible en funcionamiento); para implantes se utilizan en traumatología, ortopedia y cirugía reconstructiva, cartílagos y huesos de animales (becerro principalmente).

c) **Sintéticos.** Aparte de los materiales utilizados actualmente en cirugía (principalmente vascular), se utilizarán para formar “armazones” donde implantar células del propio receptor o de animal hibridado y formar órganos funcionales. Estas células del propio receptor, pueden ser seleccionadas y las sanas clonadas para ser aplicadas en suficiente cantidad; también pudieran utilizarse células madre embrionarias humanas o de animal hibridado, sea localmente o por venoclisis.

Investigación en humanos

La investigación médica, en especial la farmacológica en humanos deberá seguir, no será posible sustituirla, a menos que se logre imitar el sistema inmunológico y de defensa humano. Los fármacos antes de salir al mercado, deben mostrar sus cualidades terapéuticas en pacientes humanos: ser eficientes terapéuticamente (y superiores en comparación a otros productos en el mercado), inocuos, sin efectos colaterales y de fácil aplicación. Siempre siguiendo los lineamientos de los códigos de investigación en humanos. Véase el texto.

La investigación clínica, seguirá a futuro con la misma o mayor intensidad; no perderá el impulso actual, sino que cada día se realizarán nuevos programas en las nuevas ramas de la medicina. Esto es, en biogenética. El riesgo es la investigación realizada al margen del control y sin protocolos autorizados, donde se realizarán, a pesar de todas las precauciones y “candados” para evitarlo.

Biogenética médica

Al comenzar el ciclo escolar 2003 (el 18 de agosto), la Universidad Autónoma de México –UNAM– inicia en Ciudad Universitaria la enseñanza de “Ciencias Genómicas”; avalando el reconocimiento de la comunidad científica a esta floreciente actividad, elevándola a la categoría de cátedra. Con este decoro las ciencias genómicas adquirirán, además del aval científico, la preparación de personal en esta disciplina, asegurando un futuro promisorio y amplio campo de acción.

La principal preocupación bioética es la futura aplicación del desciframiento del DNA. Es perfectamente ético tener diagnóstico presintomático (medicina genómica de predicción), poder ejercer tratamiento genómico preventivo y definitivamente curativo. Es ético

utilización de métodos terapéuticos para padecimientos genéticos antes no curables, solamente manejo sintomático e incluso posteriormente, cuando sea seguro, uso de terapia germinal para borrarlos definitivamente de la herencia y de futuras generaciones. Con la decodificación del genoma humano, el hombre ha adquirido la capacidad (todavía incipiente) de transformar a todo ser viviente, a cualquier escala animal o vegetal, incluyéndose a sí mismo, lo cual implica una enorme responsabilidad y desde luego un riesgo gigantesco inminente.

El temor bioético es que existe realmente una corriente de científicos “entusiastas” que se han lanzado a celebrar la posibilidad de “tomar en sus manos el control de la evolución, al aprovechar la mayor expresión de la conquista de nuestro destino”, mediante manipulaciones genéticas capaces de ser heredadas a generaciones futuras. Estos científicos (entre ellos Gregory Stock) consideran que las “mejoras a la especie humana son inevitables, a pesar de impedimentos éticos, morales o legales”. Un esfuerzo para obstruir las “tecnologías benéficas” que podría cambiar nuestra naturaleza humana, a su juicio requeriría de políticas tan severas y agresivas, que sus perjuicios podrían ser mucho mayores que los que se temen podrían causar las propias tecnologías. Citan por ejemplo la guerra contra las drogas (con todo y sus inmensos recursos) ha fracasado y el gobierno tiene pocas esperanzas de negar el acceso a tecnología que la gente considera benéfica. Incluso, sin una imposición implacable, tales restricciones resultarían sólo en beneficio de los más privilegiados; como sucedió cuando el aborto era ilegal en algunos estados de EUA, los ricos solamente paseaban a otro Estado tolerante. Posiblemente no sea deseable una prohibición amplia de la tecnología futura, sino una reglamentación estricta ante los riesgos en que puede caer.

Otro grave riesgo es la clonación humana; parece imposible detener esta quimérica inquietud. Es técnicamente fácil de realizarse, sin embargo todavía no se tiene la seguridad de resultados con excelencia del nuevo ser. Posiblemente se haya realizado sin divulgación científica puesto que muchos laboratorios tienen la tecnología suficiente para realizar las clonaciones humanas; máxime que el ser a clonar, no tiene ningún riesgo a sufrir trastornos, solamente el clono, al cual se puede desechar sin mayor contemplación. El humano que desea un clon suyo debe tener mentalidad especialmente egoísta y no le causaría el menor empacho desechar al imperfecto. El Congreso de EUA, en su afán por prohibir legalmente la clonación humana, proscribió también en el año 2003 la investigación y clonación de células madre; cerrando la posibilidad de terapia celular prometedora de incalculables beneficios para la humanidad.

Otro ejemplo de desacierto legal podría ser la selección de embriones, donde se podría optar por el más sano, del sexo adecuado a la necesidad o gusto de la pareja y sin problemas de identidad. Esta selección se efectúa a los espermatozoides, no interviene el óvulo, y se realiza cromosómicamente antes de la fecundación; pero priva a los futuros padres de elegir el sexo deseado para su descendiente. Pudiera ser muy benéfico para ciertos miembros de la sociedad, puesto que se podría evitar que el llamado “sexo equivocado” se presentase y decepcionase a los padres.

Si se consideran los procedimientos genéticos para evitar el envejecimiento como un “mejoramiento terapéutico”, pudiera no considerarse ético por algunos, pero visto como una prevención de futuros padecimientos propios de la senectud (cardiopatías, arteriosclerosis cerebral o generalizada, demencia senil, etc.), debe considerarse a esta tecnología como extremadamente útil; sin considerar el posible problema del aumento proporcional de ancianos.

Con estos simples ejemplos, se debe concluir:

- a) Los legisladores y moralistas deben ponderar el criterio científico.
- b) Considerar a la comunidad científico-intelectual como responsable.
- c) No dejarse llevar por sentimientos dogmáticos estrechos y recalcitrantes.
- d) Supervisar aprobación y seguimiento de protocolos de investigación.
- e) Estricta rigidez legal y penal a los que realicen investigación no aprobada.

Deben modificarse las normas, leyes y reglamentos que rigen la investigación genómica para adecuarse a las nuevas circunstancias que dictan los dilemas tecnológicos de “mejoramiento humano” con las normas bioéticas acordes a las circunstancias. Pudiera ser coercitivo para algunos investigadores, pero las leyes deben tener sustento científico y social, ser prospectivas para poder no adelantarse, sino simplemente para no ir a la zaga de los acontecimientos propios de la evolución, ser vigentes y previsores hasta donde sea posible.

De todas formas, los científicos “entusiastas” predicen que tarde o temprano los embriones humanos serán objeto de manipulaciones rutinarias, de manera como hoy se aplican vacunas, que la clonación humana pasará a ser repertorio de herramientas de planificación familiar, que se detectará y reparará en nivel genético cualquier imperfección del óvulo fecundado y que mediante procesos transgénicos será posible introducir nuevos genes tanto humanos para corrección de patología, como de origen animal, vegetal, mineral o artificial, con finalidad de corregir, ampliar o mejorar las funciones y facultades humanas.

Sección IV

Legislación médica profesional

Capítulo 21. Responsabilidad médica	277
Capítulo 22. Responsabilidad médica profesional	281
Capítulo 23. Responsabilidad médica laboral	295
Capítulo 24. Responsabilidad médica civil	301
Capítulo 25. Responsabilidad penal	303
Capítulo 26. Desviaciones a la responsabilidad médica	305
Capítulo 27. Comisión Nacional de Derechos Humanos	319
Capítulo 28. Comisión Nacional de Arbitraje Médico	321
Capítulo 29. Casos selectos no identificables	325
Capítulo 30. Desviaciones al “buen quehacer médico”	337

CONCEPTO

El médico, además de tratar con el paciente, actúa inmerso dentro de una sociedad que tiene un orden, con normas y leyes de conducta que debe acatar como individuo y durante el ejercicio de la profesión, hacia las personas a las que atiende y hacia las instituciones a las que sirve.

Se tratará de orientar sobre la responsabilidad que tiene el médico en el ejercicio de la profesión que pueden ocasionar problemas personales o laborales, directamente con el paciente o con las instituciones para las que trabaje.

La ética es una responsabilidad individual libremente asumida no punible; mientras que el derecho fija normas específicamente ligadas a las necesidades, creencias y deseos del hombre que deben acatarse forzosamente por todos los miembros de la sociedad.

Cuando las normas éticas se alteran y pasan del orden individual a la afección de intereses de otros individuos o público en general, rebasando el concepto puramente ético, se penetra en el campo de las normas jurídicas o legales.

Estas leyes que establece el estado o la sociedad para garantizar y regular el ejercicio de la práctica profesional dentro de “límites normales” forman la responsabilidad profesional y en el caso que nos ocupa, la “responsabilidad médica”. Sirven estas normas jurídicas para asegurar un orden social, son exigibles mediante coacción y su trasgresión implica una determinada penalidad. El desacato a estas leyes constituye un delito tipificado en los Códigos Civiles o Penales.

Al final de esta sección, se agregan algunos casos reales o ficticios, que pueden ejemplificar algunos criterios seguidos o de posible aplicación por empresas contratantes de personal médico y paramédico. Además de acciones médicas, no contempladas en normas, códigos o leyes, no consideradas propias de actuación ética. De alguna manera deben considerarse desviaciones o corruptelas a la óptima actuación médica.

Responsabilidad médica

“Si los médicos y cirujanos forman un cuerpo necesario a la sociedad, sus funciones exigen de parte de la autoridad legislativa una consideración particular que prevengan los abusos”.

N. Jadelot (1790), citado por Michel Foucault

HISTORIA Y EVOLUCIÓN

Posiblemente el cariz legal más antiguo que implica el castigo material sea el Talión (del latín *talio*), pena que consiste en hacer sufrir al infractor un daño igual al que causó. Esto es, “ojo por ojo, diente por diente” o dicho de otra manera “tal harás, tal hallarás”.

Uno de los primeros Códigos legales en los cuales se hace referencia a la responsabilidad profesional y castigo al infractor, es el de Hammurabi, 2000 años a.C. Dentro de las profesiones mencionaba a los médicos y especificaba los castigos a los incumplidores, algunos tan drásticos como pérdida de manos e incluso de la vida.

Los códigos legales mejor elaborados y de los cuales derivan las leyes actuales en casi todo el mundo, con pequeñas variantes en cada país, son el Código Romano y las reformas que se le hicieron después de la Revolución Francesa.

Actualmente las leyes de todos los países tipifican y penalizan los delitos a la desviación de las normas legales profesionales, incluida desde luego la medicina.

OBSERVACIONES

En naciones de origen latino, la afinidad entre normas éticas, leyes civiles, penales y laborales es muy marcada; por lo cual en el texto se seguirá, por ser de nuestro conocimiento y manejo, las normas, reglamentos y leyes establecidas en la República de los Estados Unidos Mexicanos, con la seguridad de ser extensiva a la mayor parte de las naciones de habla hispana; haciendo la salvedad, que los códigos puedan tener otras sinónimas denominaciones, los artículos diferencias semánticas y distinta numeración. Siempre existirán diferentes interpretaciones y localismos a las normas, reglamentos o leyes; dicen los abogados *locus regit actum*“(el lugar rige el acto).

No se pretende que el médico aprenda leyes, solamente se mencionan artículos representativos de Leyes, Códigos y Reglamentos, de los problemas a los cuales se puede comprometer en el desempeño de su profesión.

En caso de imputársele al médico algún error en su proceder profesional (*malpraxis* médica o iatropatogenia), éste debe procurar obtener pruebas (médico-científicas, circunstanciales, etc.), que considere puedan utilizarse en su descargo, con el fin de que un abogado lo defienda legalmente. No debe tratar de litigar ni usurpar una profesión tan delicada y complicada como la abogacía; ellos conocen su trabajo, como relacionarse, instancias que deben seguirse, etc., son expertos en la materia. El médico carece de práctica, experiencia y conocimientos para pretender (como en la práctica sucede) “atender su propio caso”; estaría condenado al fracaso. Es imprescindible ponerse en manos de un buen abogado para trámite y resolución de demandas o quejas médicas, tanto para casos legales como los tramitados ante Comisiones de Derechos Humanos o Arbitraje Médico. El “médico jamás podrá ser al mismo tiempo parte y juez”.

Por lo anterior, se considera que los artículos señalados a continuación sirvan como representantes y útiles para países Latinoamericanos.

Algunas divergencias nacionales de criterio ético, civil o penal se exponen al tratar el criterio legal en cada tema particular en la sección correspondiente.

En este capítulo de la Responsabilidad Médica Profesional, se hará referencia solamente y acaso por su relevancia se transcribirá literalmente, los artículos de las leyes Mexicanas que tengan relación con la Bioética Médica, omitiendo los relativos a toda la Legislación Sanitaria, y obviamente los del Código Civil y Penal.

Cabe también mencionar que cada Estado de la República tiene su propio Código Civil o Penal, pero solamente se hará mención al del Distrito Federal.

DEFINICIÓN

Se define como responsabilidad médica profesional “al delito en que puede incurrir un médico durante el ejercicio de la profesión al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norman su conducta profesional”. Esto es, cuando un médico desacata consciente o inconscientemente las normas legales que rigen su profesión, incurrirá en un delito y se hará acreedor al castigo que las propias leyes fijan.

CONSIDERACIONES

La responsabilidad médica, es considerada como un error (generalmente involuntario), falla u omisión en el desempeño del ejercicio profesional del médico. Para considerar su adecuada calificación deberá imputarse responsabilidad del ejecutor solamente cuando la consecuencia del acto sea producto directo (con relación causa-efecto manifiesta) e indiscutible de la acción del profesionista.

Debe establecerse relación causal entre la conducta del médico (activa o pasiva) y el resultado no satisfactorio obtenido, de tal manera que pueda atribuirse a la no observancia de principios bioéticos, desviación a las normas de procedimientos médicos y administrativos, además de omitir las leyes civiles y penales que rigen el quehacer del médico.

Al médico o a las instituciones para las que labora no se les puede responsabilizar por los resultados terapéuticos obtenidos, puesto que dependen de factores ajenos a la buena o mala práctica, al corresponder principalmente al tipo de patología y muy especialmente a la reacción del propio paciente ante la evolución del padecimiento o acaso de la acción terapéutica. Además, todo paciente tiene la posibilidad latente de recaída o reactivación de la misma enfermedad o presentar otra patología diferente a la tratada y no ser el médico directamente responsable de la evolución de la enfermedad o surgimiento de otra agregada; como tampoco es responsable de consecuencias acarreadas por la no observancia de sus indicaciones.

DESARROLLO

Se analizarán somera y sucesivamente:

- I. Responsabilidad Médica Profesional.
 - Responsabilidad Médica Profesional en la República Mexicana.
 - Ley General de Salud para la República de los Estados Unidos Mexicanos y sus Reglamentos.
- II. Responsabilidad Médica Laboral.
 - Responsabilidad Médica Laboral en la República de los Estados Unidos Mexicanos.
 - Ley Federal del Trabajo.
- III. Responsabilidad Civil.
 - Código Civil para el Distrito Federal en materia Común y para toda la República en materia Federal.
- IV. Responsabilidad Penal.
 - Código Penal para el Distrito Federal en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal.
- V. Desviaciones a la Responsabilidad Médica.
 - Queja o Demanda al Médico.
 - Queja o Demanda a las Instituciones de Atención Médica.
- VI. Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- VII. Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Responsabilidad médica profesional

La legislación sanitaria indica obligaciones que deben seguir los médicos en el adecuado ejercicio de la profesión, sin representar leyes coactivas.

Se define como responsabilidad médica profesional “al delito en que pueda incurrir un médico durante el ejercicio de la profesión al infringir alguna de las leyes civiles o penales que norma su conducta profesional”. Esto es, cuando un médico desacata consciente o inconscientemente las normas legales que norman su profesión, incurrirá en un delito y se hará acreedor al castigo que las propias leyes fijan.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se define la facultad de utilización profesional en su Artículo 5° indicando “A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito”.

Dentro de las profesiones, incluida la médica se establecen las causas de responsabilidad y las penalidades en el Código Civil y Penal para el Distrito Federal y con pequeñas variantes, más bien semánticas que de fondo en los correspondientes códigos de cada estado de la República Mexicana, en la Ley Federal del Trabajo, las Comisiones Nacionales o Estatales de Derechos Humanos y de Arbitraje Médico.

RESPONSABILIDAD MÉDICA PROFESIONAL EN LA REPÚBLICA MEXICANA

La Legislación Sanitaria en su Ley General de Salud y las Leyes de Salud tanto del Distrito Federal como las de los Estados, además de los Reglamentos que de ellas se derivan no tienen carácter punitivo, son simplemente normativas, mientras no se infrinja en su desviación ninguna de las leyes civiles o penales establecidas.

En el Código Civil y Penal para el Distrito Federal y con pequeñas variantes más bien de semántica que de fondo, en los correspondientes códigos de cada estado de la República Mexicana, en la Ley Federal del Trabajo, las Comisiones Nacionales o Estatales de Derechos Humanos y Arbitraje Médico, se establecen las causas de responsabilidad médica y las penalidades al infractor.

LEY GENERAL DE SALUD PARA LA REPÚBLICA MEXICANA

Se nombrarán los títulos, capítulos y artículos de esta ley y los reglamentos específicos correspondientes, que tengan relación con los temas de bioética tratados antes, haciendo una sucinta mención como referencia para el lector.

Título primero. Disposiciones generales

Capítulo único. Art. 1º: La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud...Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social. Art. 2 al 4 especifican las finalidades, lo que es materia de salubridad y cuales son las autoridades sanitarias.

Título tercero. Prestaciones de Servicios de Salud.

Capítulo IV. Usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad.- Art. 50 al 60: definen los derechos a obtener atención oportuna y de calidad, éticamente responsable y trato digno. También los usuarios deben ajustarse a las reglamentaciones de médicos e instituciones y cuidar sus bienes. Las autoridades sanitarias darán orientación y asesoría en quejas y reclamos por faltas o deficiente atención médica.

Capítulo VI. Servicios de Planificación Familiar. Art. 67: dar también información y orientación a adolescentes y jóvenes; edad gestacional conveniente entre los 20 y 35 años y su carácter voluntario en decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos, con pleno respeto a su dignidad. Quienes practiquen esterilización sin la voluntad del paciente o ejerzan presión para que éste la admita serán sancionados independientemente de la responsabilidad penal en que incurran.

Título quinto. Investigación para la salud.

Capítulo único. Art. 96 al 99: su constitución. Art. 100: se desarrollará conforme a las siguientes bases: adaptarse a principios científicos y éticos; realizarse cuando no exista método alternativo; no se exponga a daños innecesarios y suspenderla cuando exista algún riesgo; tener consentimiento informado por escrito del paciente o representantes; realizarse por profesionales bajo supervisión de las autoridades sanitarias competentes. Art. 101: las sanciones al contravenir estas disposiciones. Art. 102: la Secretaría de Salud autorizará los medicamentos y el protocolo de investigación. Art. 103: en el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos con autorización del paciente o familiar, etc.

Título octavo. Prevención y control de enfermedades y accidentes

Capítulo II. Enfermedades transmisibles. Art. 136: es obligación notificar a la Secretaría de Salud... Asimismo, será obligatoria la notificación inmediata a la autoridad sanitaria más cercana, de los casos en que se detecte la presencia del VIH o de anticuerpos a dicho virus, en alguna persona. Art. 138: también están obligados a dar aviso los jefes o encargados de laboratorios, directores de unidades médicas, talleres, fábricas, escuelas, jefes de oficinas,...

Título decimocuarto. Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.

Capítulo I. Disposiciones comunes. Art. 313: compete a la Secretaría de Salud ejercer control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes y cadáveres de seres humanos. Tendrá los Registros Nacionales de Trasplantes y Transfusiones. Art. 314, lo que se entiende por donante y otros términos. Art. 317 y 318: condiciones para certificar la "pérdida de la vida". Art. 319: necesidad de autorización de la Secretaría para bancos de órganos, tejidos y cadáveres y de los profesionales responsables.

Capítulo II. Órganos y tejidos. Art. 321 al 328: pueden realizarse trasplantes ante riesgo de vida y cuando no exista justificante de orden terapéutico; excepción de sangre y componentes; queda prohibido trasplante de órgano único esencial de humano vivo a otro; consentimiento expreso por escrito del donante libre de coacción y puede revocarlo a su disposición, en caso de sangre no es necesario; en necropsia de ley no es necesaria autorización para toma de órganos; no es válido el consentimiento de menores de edad, incapaces o cuando no pueda expresarse libremente; tampoco mujeres embarazadas ni personas privadas de libertad, a menos que sea familiar; podrán crearse bancos de órganos y tejidos con autorización de la Secretaría de Salud y deberán acatar sus disposiciones, se incluye bancos de sangre; la sangre se obtendrá de donadores voluntarios y no será objeto de comercio.

Capítulo III. Cadáveres. Art. 336: los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad y siempre se tratarán con respeto y consideración. Art. 349: para control sanitario de la disposición de preembriones, embriones y células germinales se estará en lo dispuesto en esta ley, en lo que resulte aplicable, y en las demás disposiciones reglamentarias que al efecto se expidan.

Título decimooctavo. Medidas de seguridad, Sanciones y Delitos.

Capítulo II. Sanciones administrativas. Art. 416: las violaciones a los preceptos de esta ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanan de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean constitutivas de delitos. Art. 417 al 427: se especifican estas sanciones, que pueden ser amonestación, multa, clausura temporal, definitiva, parcial o total y hasta arresto por 36 h; de acuerdo al daño producido, la gravedad de la infracción, las condiciones socioeconómicas del infractor y su calidad de reincidente.

Capítulo IV. Recurso de inconformidad. Art. 438 al 450: se especifican las formas y trámites para inconformarse sobre las penas por los delitos mencionados.

Capítulo VI. Delitos. Art. 455 al 462: señala penas para los que trafiquen con agentes tóxicos, contamine, mal utilice radiaciones, comercie con o exporte órganos, sangre

o tejidos y sus componentes procedentes de seres vivos o cadáveres. Art. 468: al que rehúse la solicitud de funciones en materia de salubridad general. Art 469: al profesional médico que niegue la atención de urgencia.

Reglamentos de la Ley General de Salud

Se mencionarán los artículos no incluidos en la Ley General de Salud de la República de los Estados Unidos Mexicanos, con relación a disposiciones que correspondan al ámbito bioético médico de cada uno de los tres siguientes reglamentos:

- En materia de prestación de servicios de atención médica.
- En materia de investigación para la salud.
- En materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de los servicios de atención médica

Capítulo I. Disposiciones Generales. Art. 9: la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.

Capítulo II. De los derechos y obligaciones de los usuarios y participación de la Comunidad. Art. 52 al 55: ante cualquier irregularidad toda persona puede manifestar su inconformidad y la Secretaría o Autoridades Sanitarias asesorarán, orientarán y tramitarán su queja y dictarán medidas correctivas, sin perjuicio del demandante.

Capítulo XI. De la vigilancia de la prestación de los Servicios de Atención Médica. Art. 235: en acto u omisión contraria a las disposiciones del presente reglamento, se orientará y educará a los infractores, independientemente de aplicar medidas de seguridad y sanciones correspondientes.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud

Título segundo. De los aspectos éticos de la Investigación en seres humanos.

Capítulo I. Disposiciones comunes. Art. 13 al 27: debe prevalecer el criterio del respeto a la dignidad, protección de derechos y bienestar humanos; bases para que pueda realizarse la investigación; evitar riesgo o daño; garantizar privacidad; suspensión al advertir posible riesgo o daño; obligación de reparar el daño; necesidad de consentimiento informado, con amplia relación sobre información para lograr requisitos sobre el formato y su revisión por Comisión de Ética.

Capítulo II. De la investigación en Comunidades. Art. 33: la investigación individual debe extrapolarse al contexto comunal.

Capítulo III. De la investigación en Menores de edad o Incapaces. Art. 34 al 39: realizarse cuando sea a beneficio de ellos y no haya otra alternativa.

Capítulo IV. De la investigación en Mujeres en Edad Fértil, Embarazadas, Durante el Trabajo de Parto, Puerperio, Lactancia y Recién Nacidos; de la Utilización de Embriones, Óbitos y Fetos y de la Fertilización Asistida. Art. 40 al 47: se requiere carta de consentimiento informado de la mujer y de su cónyuge o concubinario, previa información de los riesgos posibles para el embrión, feto o recién nacido en su caso; puede omitirse existiendo urgencia; se utilizará para mejorar condiciones de la madre sin riesgo para el embrión o feto, o para mejorar al feto con mínimo riesgo materno. Art. 48 al 56: los investigadores no tendrán autoridad para decidir el momento, método o procedimiento para suspender el embarazo ni sobre la viabilidad del feto, sólo la Comisión de Ética podrá hacerlo cuando el riesgo para la madre y el feto sea mínimo; están prohibidos estímulos económicos; la investigación en fetos se realizará con máxima seguridad para ellos y la embarazada; los recién nacidos vivos se tratarán como menores y los óbitos como cadáveres.

Capítulo V. De la Investigación en Grupos Subordinados. Art. 57 y 58: son estudiantes y los de medicina, trabajadores de Salud, ejército, reclusos, y deben autorizar sin presión y pueden rechazar o suspender sin perjuicios.

Título quinto. De las Comisiones Internas en las Instituciones de Salud.

Capítulo único. Art. 98 al 112: integración obligatoria donde se realice investigación en seres humanos, de una Comisión de Ética y una de Bioseguridad donde se investigue con elementos que pudieran ser riesgo para la Salud; con finalidades de asesoría y vigilancia; se especifican recomendaciones para su constitución y personal idóneo, funciones y atribuciones.

Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos

Capítulo I. Disposiciones Generales. Art. 1 al 8: define objetivos y atribuciones de la Secretaría de Salud para control, programación, coordinación, supervisión, evaluación y vigilancia. Art. 9: no podrá disponerse de órganos, tejidos o productos de cadáveres en contra de la voluntad del disponente originario.

Capítulo II. De los Disponentes. Art. 10 al 15: define disponentes primarios y secundarios y sus atribuciones. Art. 16: características que debe reunir el donante vivo.

Capítulo III. De la disposición de Órganos, Tejidos y Productos.

Sección Primera: Disposiciones Comunes. Art. 17 al 20: los trasplantes de órganos y tejidos deben ser prescritos por médicos y para su efecto la selección debe ser por más de uno; las normas para conservación de órganos y tejidos; el Ministerio Público puede disponer de cadáveres no reclamados, previa solicitud por escrito; las normas para conservación de órganos y tejidos serán establecidas por la Secretaría de Salud.

Sección Segunda: De la Disposición de Órganos y Tejidos para Fines Terapéuticos. Art. 21 al 23: la disposición de ellos será a título gratuito, prohíbe su comercio y órganos únicos no regenerables esenciales solamente se podrán obtener de cadáver. Art. 24 al 28: se especifican datos para el documento de donación, requisitos del receptor y condiciones para extracción de órganos del cadáver. Art. 29 al 33: referentes a Bancos de Órganos. Art. 34: atribuciones y necesidad de tener Comités Internos de Trasplantes de Órganos en Institu-

ciones que los realicen. Art. 36: la Secretaría de Salud llevará los registros nacionales de trasplantes y transfusiones.

LEY GENERAL DE EQUILIBRIO ECOLÓGICO Y PROTECCIÓN AL AMBIENTE EN MATERIA DE RESIDUOS PELIGROSOS

Norma Oficial Mexicana 087 (NOM-087-ECOL/95)

En el año de 1995 editadas en el Periódico Oficial de la Nación, se determinaron las modificaciones con respecto a los residuos peligrosos incinerados anteriormente en hospitales y laboratorios, definiéndose las siguientes indicaciones:

Separar en bolsas de colores los desechos sólidos, líquidos y contagiosos, para su entrega a compañías dedicadas y autorizadas para su recolección e incineración; quedando proscritos los incineradores hospitalarios y privados. Asimismo, considera fetos susceptibles de ser tratados como desechos humanos hasta las 13 semanas de gestación, después de lo cual, deberán manejarse como mortinatos; esto es, con certificado de muerte prenatal, por intermedio de funerarias autorizadas, féretro y trámite correspondiente ante el Registro Civil.

OTRAS NORMAS OFICIALES MEXICANAS (NOM)

El Programa Nacional para formulación de normas, propone y expide Normas Oficiales Mexicanas, con base en políticas nacionales en materia de salud, con objeto de garantizar mínimos de calidad y reducir riesgos en la salud de las personas atendidas en ese sector y son publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

Su función principal es disponer de reglas de conducta, imponer obligaciones y deberes a los individuos y establecer sanciones a quienes contravengan sus indicaciones.

Cabe hacer mención que estas Normas son de observancia general obligatoria en toda la República de los Estados Unidos Mexicanos, para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado. Su inobservancia puede ser causa de problemas medicolegales y de falta de evidencias probatorias de la atención prestada.

SE ANALIZAN SOMERAMENTE ALGUNAS

NOM-003-SSA2-1993, para la distribución de la sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos

Donde se especifican los trámites a seguir en la obtención del producto, comercio ilícito de la sangre y sus productos, sanciones a los transgresores y requisitos para operar un banco de sangre. Además, se especifica que esta norma tiene por objeto informar las actividades, criterios, estrategias y técnicas operativas del Sistema Nacional de Salud en relación con la disposición de sangre humana y sus componentes para fines terapéuticos.

Esta norma es de observancia obligatoria para todos los establecimientos para la atención médica y, en su caso, para las unidades administrativas de los sectores público, social y

privado del país. Los donantes alogénicos de sangre y sus componentes podrán corresponder a donación altruista o familiar; y podrán llevarse a cabo por depósito previo, debiendo el establecimiento proporcionar a los donantes originarios o secundarios la información concerniente al procedimiento al cual van a ser sometidos, así como, el folleto de autoexclusión confidencial a que se refiere el apartado 5.1 (sensibilización al candidato a otorgar verazmente la información requerida sobre padecimientos reales o posibles y al mismo tiempo que comprenda la importancia de la donación; con la finalidad de que el candidato se pueda excluir; por ejemplo los testigos de Jehová, incluso cuando el receptor es de esta religión; dentro del Sector Salud, no se les solicita donación, por no ser necesaria dada su oposición o aduciendo otro razonamiento valedero).

NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar

Marca las indicaciones gubernamentales de apoyo a esta actividad y define la dinámica y metodología a seguir para el mejoramiento de la salud en la mujer de la población mexicana.

NOM-006-SSA2-1993, prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de salud

Indica los pasos a seguir en la detección y tratamiento de este padecimiento a nivel de la atención médica de primer nivel (medicina general).

NOM-007-SSA2-1993, atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido

Fija la secuencia de pasos a seguir en cada una de las etapas, del control por parte del médico de primer nivel de atención, desde el inicio hasta el envío a segundo nivel de atención para el parto y posterior control del puerperio y del niño sano. Hace hincapié en la realización de actividades preventivas y en las que se corren riesgos innecesarios como inducción del trabajo de parto con oxitocina, rotura artificial de membranas amnióticas, anestesia en parto normal y revisión rutinaria de cavidad uterina posparto.

En la atención del embarazo se recomienda para su diagnóstico no emplear estudios radiológicos ni medicamentos hormonales. En embarazo de bajo riesgo deberán otorgarse mínimo cinco consultas prenatales y vigilar que el embarazo no rebase las 42 semanas. Se recomienda administración de hierro y ácido fólico oral.

Para la atención del parto, se recomienda deambular durante el trabajo de parto, realizar de ser necesario tricotomía y episiotomía bajo consentimiento informado. Verificar cada 30 min contractilidad uterina, foco cardíaco fetal antes, durante y después de contracción y verificar progreso de la presentación y dilatación cervical, registro materno de presión arterial, pulso y temperatura cuando menos cada 3 a 4 h.

En el periodo expulsivo no presionar abdomen para acelerar el proceso, propiciar desprendimiento espontáneo de placenta, sin tracción al cordón umbilical, verificar integridad de placenta y membranas, aplicar oxitocina o ergonovina en caso de mala involución uterina.

Al recién nacido se le aplicarán rutinas de reanimación, manejo del cordón umbilical, prevención de hemorragias con vitamina K 1 mg IM y de oftalmia purulenta, antropometría,

valoración de Apgar, de edad y madurez y vacunación con BCG. Muestra de sangre para examen de tamiz neonatal y de Rh, y prueba de Coombs. Como rutinas más importantes.

NOM-008-SSA2-1993, control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente

Indicaciones para vigilancia al respecto y las tablas correspondientes para su comprobación.

NOM-010-SSA2-1994, para prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana

Indica la forma de transmisión del VIH: sexo no protegido, transfusión de sangre contaminada o sus componentes, jeringas, agujas o instrumentos contaminados, transplacentaria, durante el parto y por leche materna y en trasplante de órganos.

Acontece principalmente en población de alto riesgo: promiscuos(as), compañeros sexuales afectados, usuarios de droga (por compartir jeringas o agujas), receptores de sangre (hemofílicos) y personal expuesto a su cuidado.

Los VIH positivos pueden sospecharse por otras enfermedades infectocontagiosas o parasitarias (microbianas, bacterianas, micosis, virales, neumonía por *Pneumocystis carinii*, etc. Por tumores malignos: sarcoma de Kaposi, linfomas de Burkitt, de Hodgkin y otros. Por sintomatología de la propia enfermedad: encefalopatía, caquexia, linfadenopatía y por sospecha médica del padecimiento, al realizar pruebas de detección.

Las medidas de control incluyen: detección y diagnóstico; atención y tratamiento; notificación, estudio epidemiológico y seguimiento de casos por medio de epidemiología e investigación y seguimiento de los contactos. Se especifican cada uno de estos pasos.

NOM-013-SSA2-1994, prevención y control de enfermedades bucales

Propia para odontólogos.

NOM-014-SSA2-1994, prevención, tratamiento y control del cáncer del útero y de la mama en la atención primaria

Se especifican las acciones para su detección oportuna y las medidas a tomar; enseñanza de autodetección y DOC; con atención de resultados y derivación a los servicios correspondientes.

En el primer nivel de atención médica, se requiere principalmente de las siguientes acciones, además de sensibilizar a la mujer para realización de detección oportuna de ambos padecimientos:

Cáncer del cérvix uterino

- a) Factores de riesgo. Ser mayor de 25 años, inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 19 años), promiscuidad de pareja, multiparidad (más de cuatro partos), embarazo temprano (antes de los 18 años), antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, tabaquismo, deficiencia de folatos y vitaminas A, C y E.

- b) Prevención secundaria. Para prevención y detección oportuna, el método de elección es la citología de Papanicolau, las lesiones precursoras (NIC) dan alto porcentaje de curación con mínimo costo médico, realizar exploración visual del cuello de la matriz para comprobación y posible envío a segundo nivel de atención médica cada año.
- c) Medidas de control. Resultado de citología positiva a cáncer, estudio colposcópico positivo, estudio histológico positivo a tumos maligno y futuro control y tratamiento especializado.

Cáncer de la mama

- a) Factores de riesgo. Mayores de 35 años, historia familiar o personal de cáncer mamario, multiparidad, primer embarazo después de los 30 años, antecedentes de patología mamaria (displasias), menarquía temprana (antes de los 12 años), menopausia tardía (después de los 50 años), uso prolongado de estrógenos (más de cinco años), obesidad, tabaquismo, diabetes.
- b) Prevención secundaria. Realizar exploración clínica, enseñar y recomendar autoexploración, mamografía y ultrasonido en pacientes con riesgo cada año, de rutina en mayores de 25 años, realizados entre el séptimo y décimo días del ciclo menstrual, mamografía cada dos años después de los 40 años en mujeres con riesgo.
- c) Medidas de control. Datos clínicos, tumor de bordes no precisos, mal definido, indoloro, adenopatía axilar, retracción o secreción (sanguinolenta) por pezón, depresión de la piel, estudios positivos de citología, mamografía e histopatología, mamografía cada dos años después de los 40 años, en mujeres con riesgo, ultrasonido a la menor de edad, futuro control y tratamiento especializado.

NOM-015-SSA2-1994 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes

Existe diabetes tipo 1 y tipo 2, norma específica ser adecuada para este tipo 2; además se presentan otros muchos tipos específicos (cromosómica 7, 12 y 22); defectos genéticos en la acción de la insulina; enfermedades pancreáticas, endocrinas e inducidas por drogas o infecciones y otras asociadas a síndromes genéticos (de Dawn, de Klinefelter, de Turner, de Wolfram...).

La diabetes tipo 2 es la más común. Puede prevenirse o retardar su aparición, mediante control de peso, actividad física adecuada y alimentación saludable. Se consideran factores de riesgo los que hayan presentado en alguna ocasión hiperglucemia en ayunas, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, familiares de primer grado con diabetes, mayores de 65 años, mujeres con productos macrosómicos y antecedentes de hiperglucemia en embarazo; hipertensos, con cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral o arterial en miembros pélvicos. En éstos especialmente debe hacerse detección.

El tratamiento de la diabetes tiene por objeto: aliviar los síntomas, mantener control metabólico, prevenir complicaciones agudas y crónicas, mejorar calidad de vida y reducir mortalidad por esta enfermedad o sus complicaciones. El plan de manejo deberá ser inicialmente no farmacológico, con dieta, ejercicio y control de peso, además de educación al paciente y familiares sobre estilo de vida y del padecimiento en sí. Es recomendable participar en grupos de ayuda mutua; aprendizaje de autovigilancia con frecuencia acorde a evolución.

Los fármacos recomendados cuando no se controla con lo anterior, serán sulfonilureas, biguanidas (para paciente obeso, con metformina de ser necesario), inhibidores de α -glucosidasa, tiazolidinedionas (roziglitazona), combinaciones de ellos o insulina. En los no obesos las sulfonilureas son el fármaco de primera línea por estimular la secreción de insulina (tolbutamida, clorpropamida, glibenclamida o la glimepirida [dosis única al día]). Las sulfonilureas están contraindicadas en la diabetes tipo 1, el embarazo, la lactancia, la acidosis o el coma hiperosmolar y en alérgicos a las sulfas, tampoco en pacientes obesos.

El diabético debe tener vigilancia adecuada para tener buen control metabólico y evitar complicaciones como: retinopatía, neuropatía, nefropatía, pie diabético, dislipidemias, hipertensión arterial, hipoglucemia o hiperglucemia.

Se remitirá a segundo nivel de atención, cuando no se controle con el tratamiento farmacológico o con hipoglucemia severa, para control con insulina, y en caso de presentar las complicaciones referidas.

NOM-016-SSA2-1884, vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera

Se explica por sí sola, informe inmediato a SSA, confirmación por laboratorio, saneamiento y promoción de salud, en su caso cuarentena de tripulación marina, control del agua y atención a pacientes, con estricto control de residuos hospitalarios e higiene del personal que maneja a estos pacientes, por ser sumamente contagioso.

NOM-16-SSA1-1993, especificaciones sanitarias de los condones de hule látex

El título explica implícitamente el uso para fines de profilaxis del condón o preservativo para evitar enfermedades sexualmente transmitidas, en especial el VIH-SIDA, además de su utilización en control del embarazo no deseado.

NOM-017-SSA2-1994, vigilancia epidemiológica

Se consignan los seguimientos de los casos comunicados de padecimientos infectocontagiosos y la labor epidemiológica a seguir.

NOM-023-SSA2-1994, control, eliminación y erradicación de las enfermedades evitables por vacunación

Como se enuncia en el título. Esta norma es de estricta observancia para el médico, que debe turnar a los servicios de medicina preventiva hospitalarios o a la Secretaría de Salud correspondiente. Todos los esquemas de vacunación deben ser aplicados.

NOM-024-SSA2-1994, prevención y control de infecciones respiratorias agudas

Marca las precauciones a tener y las medidas preventivas y terapéuticas a seguir.

NOM-025-SSA2-1994, prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medicopsiquiátrica

Se indican condiciones que requieren estas Unidades y su operación.

NOM-26-SSA2-1998, prevención y control de las infecciones nosocomiales

Trata de la prevención de las infecciones intra hospitalarias, su prevención, control y reporte epidemiológico, son de verificación frecuente de acuerdo al riesgo del área hospitalaria.

NOM-028-SSA2-1999, prevención, tratamiento y control de las adicciones

El título indica claramente su contenido. Interviene el médico, pero principalmente el psicólogo y el psiquiatra. Se insiste en la formación de grupos de apoyo.

NOM-030-SSA2-1999, prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial puede prevenirse o cuando menos retrasar su aparición. La estrategia para prevención primaria tiene dos vertientes: una dirigida a la población general y otra a los individuos con alto riesgo de desarrollarla.

Dentro de la primera es menester control de peso, actividad física regular, reducción del consumo de alcohol y sal, evitar tabaquismo, adecuada ingestión de potasio y alimentación balanceada. Promoción de salud especialmente con hábitos saludables y adecuados.

Existiendo alto riesgo, por exceso de peso, etc., además de antecedentes familiares y mayoría de edad (más de 65 años). Informar para corregir las desviaciones anotadas.

Se considera hipertensión arterial en Etapa 1 de 140 a 159/90 a 99 mm Hg; Etapa 2 de 160-179/100-109 mm Hg y Etapa 3 +180 max. +110 min. de mm Hg. El primer nivel de atención controlará las etapas 1 y 2. En la etapa 3 pasará al cardiólogo, que al tratarlo y estabilizar al paciente, pasando a la etapa 2, regresará al médico de primer nivel. Los medicamentos recomendados, son diuréticos tiazídicos, β -bloqueadores, antagonistas del calcio, inhibidores de la ACE y antagonistas de receptores de angiotensina II. Se recomienda iniciar con un diurético y un bloqueador. En pacientes mayores de 65 años se recomienda manejo sin sal y medidas higienicodietéticas; procurar no bajar de 160 la sistólica para evitar lipotimias. En la hipertensión durante el embarazo, dar diurético y la mayor parte de los antihipertensivos, a excepción de inhibidores de ACE y los bloqueadores del receptor de la angiotensina II. Control de sal y peso. En los diabéticos, véase NOM-015-SSA2-1999. Las urgencias hipertensivas (encefalopatía, hemorragia cerebral) se manejarán con β -bloqueadores, inhibidores de ACE y antagonistas del calcio (nifedipino sublingual).

NOM-167-SSA1-1997, para la prestación de los servicios de asistencia social a menores y adultos mayores

Se refiere mayormente a realización de actividades de tipo social que médico.

NOM-168-SSA1-1998, expediente clínico

El expediente clínico es propiedad de la institución o del prestador de servicio médico, deberá conservarse mínimo cinco años, a partir de la última anotación de acto médico.

El prestador de servicio podrá informar en forma verbal y a solicitud y justificación por escrito del paciente un resumen del mismo; sólo podrá entregarse a solicitud de autoridad judicial, órganos de procuración de justicia o autoridad competente (incluye CONAMED). La información contenida será manejada con discreción y confidencialidad siguiendo los principios científicos y éticos de la medicina.

El expediente clínico se integrará con respecto a los servicios de consulta externa, general o especializada, notas de envío (especificando el motivo y tratamiento utilizado), hospitalización y urgencias (con el seguimiento por turno y acciones médicas o quirúrgicas realizadas), además de los comentarios a los estudios de laboratorio o gabinete.

Se hace mención a la presentación y notas que debe tener el expediente clínico: ficha de identificación, nota inicial, evolución, subsecuentes, historia clínica, de revisión, comentario a estudios de laboratorio y gabinete, interconsulta, envío a otro nivel o regreso (contra referencia), de urgencias, con ingreso, evolución y egreso, en hospitalización, ingreso, evolución, prequirúrgica, transquirúrgica y posquirúrgica, indicaciones médicas y evolución del paciente, consentimiento informado, alta o egreso, etc.

Para dilucidar quejas, “el expediente clínico, con propósito médico legal y administrativo permite utilizar la información relativa al usuario como instrumento de apoyo, cuando el médico sea requerido por la autoridad judicial o administrativa para llevar a cabo acciones relacionadas con el usuario, el personal y la unidad de salud”. Por tal motivo, el médico tendrá la obligación y la precaución de cumplir los lineamientos de la presente norma, acatar y anotar en el expediente todas las acciones realizadas y normadas, en forma ética y profesional, con lenguaje técnico médico, sin abreviaciones y con letra legible.

NOM-170-SSA1-1998, práctica de la anestesiología

Se explica por sí misma.

NOM-171-SSA1-1998, práctica de la hemodiálisis

Por ser de especialidad, no se insistirá en su ampliación.

NOM-173-SSA1-1998, atención integral a personas con discapacidad

El médico debe realizar el diagnóstico y referir al paciente al servicio idóneo a la incapacidad detectada.

NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad

Se consigna el tratamiento en adultos, en niños y adolescentes la obesidad es tratada en la NOM-008-SSA2-1993. El médico será el responsable del manejo integral del obeso. El

tratamiento deberá entrañar menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado. Invariablemente se obtendrá la **carta de consentimiento bajo información**. El tratamiento se instalará previa evaluación nutricional, con base en indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, índice de masa corporal, mediciones y pruebas de laboratorio.

El médico será el único facultado para prescripción de medicamentos, que deberán contar con registro de la Secretaría de Salud, no deberán ser secretos, fraccionados o a granel. Deberá colaborar el servicio de nutriología. El médico general tener preferentemente curso de capacitación en nutriología. El personal técnico será solamente de apoyo al área médica o de nutriología y psicología, sin poder actuar autónomamente o realizar por sí mismo los tratamientos. Deberá iniciarse con tratamiento dietético y ejercicio y al no responder, se indicarán anorexígenos y otro tipo de medicamentos para obesidad o sobrepeso.

El médico deberá expedir la receta con nombre comercial y farmacológico y de acuerdo a las disposiciones sanitarias y anotarlos en el expediente clínico. Para solicitar tratamiento quirúrgico (intervenciones restrictivas: derivación gástrica, gastroplastia o bandaje gástrico) deben haber transcurrido 18 meses de tratamiento sin éxito.

Además del manejo para modificación de hábitos alimentarios, deberá tener apoyo psicológico y psiquiátrico cuando lo requiera.

NOM-178-SSA1-1998, requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención de pacientes ambulatorios

Define cómo y qué deben tener los consultorios y áreas de atención médica a pacientes ambulatorios.

NOM-190-SSA1-1999, prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar

Se explica por sí sola. La atención médica de la violencia familiar se refiere al conjunto de servicios que se proporcionan con el fin de promover, proteger y restaurar la salud física y mental de los usuarios involucrados en violencia familiar.

Incluye la promoción de relaciones no violentas, la prevención de la violencia familiar, la detección y el diagnóstico de las personas que viven en esa situación, la evaluación del riesgo en que se encuentran, la promoción, protección y restauración de la salud física y mental a través de tratamiento o referencia a instancias especializadas.

NOM-197-SSA1-2000, requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada

Nombra el local, equipo, mobiliario requeridos y autorizados para la atención de pacientes en los diferentes niveles de atención médica.

Las NOM actualmente promulgadas por la Secretaría de Salud Mexicana son en total 50; por tanto, cada médico y de acuerdo a su especialidad o actividad profesional deberá conocer las que le incumben, para respetarlas y acatarlas.

Para ampliar datos de alguna de las NOM, se puede entrar a la dirección de internet de la Secretaría de Salud: <http://www.ssa.gob.mx/> a continuación entrar a “marco jurídico o Biblioteca o Archivo” y en la siguiente ventana a “normas oficiales”, se llega al Centro de Documentación Institucional, en la que por medio del mecanismo de búsqueda se encontrarán las Normas Oficiales del área de salud a consultar.

Responsabilidad médica laboral

DEFINICIÓN

Como responsabilidad laboral se entiende aquellas faltas a las normas en que pueda incurrir un trabajador (en este caso médico o paramédico) en el desempeño de su labor contractual. El médico que labora en forma particular o empleado en alguna institución de atención médica, tiene además de la responsabilidad bioética propia de su profesión, las de cualquier trabajador asalariado. Las primeras han constituido el contexto anterior y las segundas se encuentran plasmadas en la Ley Federal del Trabajo y los Contratos Colectivos de Trabajo correspondientes a cada empresa o institución empleadora.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS

En el Capítulo de las Garantías Individuales, Título Primero, Capítulo I de la Carta Magna, se hace mención a las profesiones en el:

Artículo 5°. A ninguna persona podrá prohibirse que se dedique a su profesión siendo lícita. En el ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse cuando ataque el derecho a terceros o por resolución gubernamental cuando se ofendan los derechos de la sociedad. Nadie puede ser privado del producto de su trabajo. La ley determinará en cada Estado, cuales son las profesiones que necesitan título para su ejercicio y las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo. Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena...

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA DE LOS SERVIDORES PÚBLICOS

El médico y los trabajadores del Sector Salud son legalmente considerados como Servidores Públicos y como tales, tienen atribuciones, responsabilidades y obligaciones extras a los que solamente practican la medicina privada o particular.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el Art. 4º indica que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y en el Art. 108 define la responsabilidad de los servidores públicos, por sus actos u omisiones en que incurran durante el desempeño de sus respectivas funciones.

En el Código Civil, el Art. 1927 refiere: a la obligación de los servidores públicos, de responder del pago de daños y perjuicios causados en el ejercicio de sus atribuciones y el Art. 2615: el que preste servicios profesionales solo es responsable hacia las personas a las que sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de las penas que merezca en caso de delito.

- **Negligencia.** Es la omisión al cumplimiento de un deber a sabiendas de ello y teniendo los recursos necesarios para hacerlo.
- **Impericia.** Realización de actos con carencia de conocimientos técnicos, científicos o destrezas suficientes para realizar el procedimiento o cualquier acto relacionado con la misma profesión; mismo que puede y debe exigirse con el grado académico del profesional.
- **Dolo.** Voluntad intencional o propósito de cometer un delito; engaño en contratos o actos jurídicos; información maliciosa en el cumplimiento de las obligaciones contraídas. El dolo calificado equivale generalmente a delito.

Se agrega además, como falta de responsabilidad profesional:

- **Precipitación: acción apresurada** cuando se cuenta con el tiempo suficiente para precisar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos necesarios (médicos o quirúrgicos).
- **Demora: actuación retardada**, cuando el tiempo para una buena obtención diagnóstica o terapéutica es limitado y su alargamiento puede resultar en perjuicio del paciente.
- **No observancia de las normas**, cuando no se acata o trasgrede la norma o legislación establecida para la ocasión.

La Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos en el Art. 47 marca las obligaciones para salvaguardar los intereses del público y procedimientos de conducta (legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia). El Art. 77 Bis: en caso de responsabilidad del servidor público, con falta administrativa que cause daño o perjuicio, se indemnizará; el Estado podrá repetir de los servidores públicos el pago de la indemnización a los particulares. El Art. 78 de la prescripción de las sanciones.

LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Interesa al médico el conocimiento de la Ley Federal del Trabajo para la República de los Estados Unidos Mexicanos por servir principalmente para dos fines:

Clasificación de lesiones

Ley Federal del Trabajo especifica las indemnizaciones que corresponden al trabajador en casos de accidente de trabajo o enfermedades profesionales y son parte de la base para

cálculo del monto de indemnización producto de *malpraxis* médica. Por ambos motivos interesan especialmente los artículos:

Artículo 492. Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente parcial, la indemnización consistirá en el pago del tanto por ciento que fija la tabla de valuación de incapacidades, calculando sobre el importe que debería pagarse si la incapacidad hubiese sido permanente total. Se tomará el porcentaje que corresponda entre el máximo y el mínimo establecidos, tomando en consideración la edad del trabajador, la importancia de la incapacidad y la mayor o menor aptitud para ejercer actividades remuneradas semejantes a su profesión u oficio.

Artículo 493. Si la incapacidad parcial consiste en la pérdida de las facultades o aptitudes del trabajador puede llegar a considerarse hasta total permanente.

Artículo 495. Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad total permanente, la indemnización consistirá en una cantidad equivalente al importe de 1 095 días de salario.

Artículo 502. En caso de muerte del trabajador, la indemnización será por la cantidad equivalente al importe de 730 días de salario, sin deducir la indemnización que percibió el trabajador durante el tiempo en que estuvo sometido al régimen de incapacidad temporal.

Artículo 514. Presenta tabla de valoración de incapacidades permanentes, de las cuales se transcriben algunas como ejemplo:

Pérdida de la falangeta del anular o meñique	4%
Pérdida del dedo índice	20%
Pérdida total o parcial de los 5 metacarpianos	60 a 70%
Hernia inguinal, crural o epigástrica inoperable	10 a 20%
Cicatrices con eventración inoperable y no resuelta quirúrgicamente	30 a 60%
Pérdida de un testículo	15 a 25%
Pérdida de los dos testículos tomando en consideración la edad	40 a 100%
Pérdida de un seno	20 a 30%
Pérdida de los dos senos	50 a 70%
Pérdida orgánica o funcional del riñón contralateral	35 a 50%
Escoliosis o cifosis extensa y permanente del tronco con acentuada escoliosis y entorpecimiento de los movimientos	30 a 50%
Con insuficiencia cardíaca según la gravedad	20 a 100%
Ceguera total con conservación o pérdida de los globos oculares	100%

Determinación de responsabilidad y obligaciones laborales que el médico tiene como trabajador de una institución o empresa y las sanciones que han lugar a su incumplimiento especificadas en la Ley Federal del Trabajo

Capítulo II. De las obligaciones de los trabajadores:

Artículo 134, son obligación de los trabajadores:

Cumplir las disposiciones de las normas de trabajo que les sean aplicables;

- Observar las medidas preventivas e higiénicas que acuerden las autoridades competentes y las que indiquen los patrones para la seguridad y protección personal de los trabajadores;
- Desempeñar el servicio bajo la dirección del patrón o de su representante, a cuya autoridad estarán subordinados en todo lo concerniente al trabajo;
- Ejecutar el trabajo con la intensidad, cuidado y esmero apropiados y en la forma, tiempo y lugar convenidos;
- Dar aviso inmediato al patrón, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, de las causas justificadas que le impidan concurrir a su trabajo;
- Restituir al patrón los materiales no usados y conservar en buen estado los instrumentos y útiles que les haya dado para el trabajo, no siendo responsables por el deterioro que origine el uso de estos objetos, ni del ocasionado por caso fortuito, fuerza mayor o por mala calidad o defectuosa construcción;
- Observar buenas costumbres durante el servicio;
- Prestar auxilio en cualquier tiempo que se necesiten, cuando por siniestro o riesgo inminente peligran las personas o los intereses del patrón o de sus compañeros de trabajo;
- Integrar los organismos que establece la ley;
- Someterse a reconocimientos médicos previstos en el reglamento interior y demás normas vigentes en la empresa o establecimiento, para comprobar que no padecen ninguna incapacidad o enfermedad de trabajo, contagiosa o incurable;
- Poner en conocimiento del patrón las enfermedades contagiosas que padezcan, tan pronto como tengan conocimiento de las mismas;
- Comunicar al patrón o su representante las deficiencias que adviertan, a fin de evitar daños o perjuicios a los intereses y vidas de sus compañeros de trabajo o de los patrones; y
- Guardar escrupulosamente los secretos técnicos, comerciales y de fabricación de los productos a cuya fabricación se dediquen...

Artículo 135. Queda prohibido a los trabajadores:

- Ejecutar cualquier acto que ponga en peligro su propia seguridad, la de sus compañeros de trabajo o la de terceras personas, así como la de los establecimientos o lugares en que el trabajo se desempeñe;
- Faltar al trabajo sin falta justificada o sin permiso del patrón;
- Sustraer de la empresa o establecimiento útiles de trabajo o materia prima o elaborada;
- Presentarse al trabajo en estado de embriaguez;
- Presentarse al trabajo bajo la influencia de algún narcótico o droga enervante, salvo que exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio, el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presentarle la prescripción suscrita por el médico;
- Portar armas de cualquier clase durante las horas de trabajo, salvo que la naturaleza de éste lo exija. Se exceptúan de esta disposición las punzantes o punzocortantes que forman parte de las herramientas o útiles propios del trabajo;
- Suspender las labores sin la autorización del patrón;
- Hacer colectas en el establecimiento o lugar de trabajo;

- Usar los utensilios y herramientas suministradas por el patrón, para objeto distinto de aquel a que están destinados; y
- Hacer cualquier clase de propaganda en las horas de trabajo, dentro del establecimiento.

Capítulo IV. Rescisión de las relaciones de trabajo:

Artículo 47. Son causa de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

- Engañarlo el trabajador con capacidad no comprobada;
- Incurrir el trabajador durante sus labores en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia;
- Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ellos se altera la disciplina del lugar donde se desempeña el trabajo;
- Cometer el trabajador fuera del servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo o administrativo alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo;
- Ocasionar el trabajador intencionalmente, perjuicios materiales durante el desempeño de las labores o con motivo de ellas, en los edificios, obras, maquinaria, instrumentos, materias primas y demás objetos relacionados con el trabajo;
- Ocasionar el trabajador los perjuicios de que habla la fracción anterior, siempre que sean graves, sin dolo, pero con negligencia tal que ella sea la causa única del perjuicio;
- Comprometer el trabajador por su negligencia o descuido inexcusable, la seguridad del establecimiento o de las personas que se encuentran en él;
- Cometer el trabajador actos inmorales en el establecimiento o lugar de trabajo;
- Revelar el trabajador los secretos de fabricación...;
- Tener el trabajador más de tres faltas de asistencia en un periodo de 30 días, sin permiso del patrón o sin causa justificada;
- Desobedecer el trabajador al patrón o a sus representantes sin causa justificada, siempre que se trate del trabajo contratado;
- Negarse el trabajador a adoptar medidas preventivas o a seguir los procedimientos indicados para evitar accidentes o enfermedades;
- Concurrir el trabajador a sus labores en estado de embriaguez o bajo la influencia de algún narcótico o droga, salvo que, en este último caso, exista prescripción médica. Antes de iniciar su servicio el trabajador deberá poner el hecho en conocimiento del patrón y presente la prescripción suscrita por el médico.

REGLAMENTOS E INSTRUCTIVOS DE CADA INSTITUCIÓN

Cada empresa prestadora de Servicios Médicos o institución de Salud tienen Contratos Colectivo de Trabajo y Reglamentos Internos, que poco o nada difieren de los artículos mencionados de la rectora Ley Federal del Trabajo, donde se especifica el profesiograma de

cada empleo o servicio, derechos y obligaciones de los contratados en general y para cada actividad o profesión en particular.

Los Contratos Colectivos de Trabajo o de cualquier empleado, no podrán tener prestaciones inferiores a las que otorguen la Ley.

Las Instituciones de Salud tienen editados conjuntamente con los sindicatos correspondientes, textos donde se establecen leyes, normas, reglamentos e instructivos para el cabal cumplimiento por parte del trabajador y en caso de encontrarse desviaciones a ellas, el infractor será sujeto a ciertas pena. Desgraciadamente estos contratos colectivo de trabajo, reglamentos e instructivos son poco conocidos por los propios trabajadores, especialmente los médicos por falta de interés y poca difusión a nivel operativo.

Responsabilidad médica civil

CÓDIGO CIVIL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA FEDERAL

DISPOSICIONES PRELIMINARES

El artículo 6 indica: “La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley, ni alterarla ni modificarla, sólo pueden renunciarse los derechos privados que no afecten directamente al interés público, cuando la renuncia no perjudique a derechos de tercero”.

Capítulo I. Incumplimiento de las obligaciones. Art. 2104; el que tuviere obligación de prestar un hecho y dejara de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido será responsable a daños y perjuicios... por el solo hecho de la contraversión.

Interesan los artículos referentes a las obligaciones que nacen de los ilícitos y las derivadas del riesgo profesional. En el artículo 21 de este Código se indica: “La ignorancia de las leyes no excusa su cumplimiento...”. Los códigos de cada entidad federativa de la República Mexicana tienen prácticamente las mismas normas.

Capítulo V. De las obligaciones que nacen de los ilícitos. Art. 1910 al 1916 bis: el que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo (puede ser indemnización) a menos que sea culpa de la víctima; cuando el daño produzca la muerte, o incapacidad total o parcial permanente, la reparación se atenderá a la Ley Federal del Trabajo; también se tipifica el daño en lo moral, honor, reputación, decoro, creencias y vida privada; que deberá repararse con indemnización económica, que de acuerdo al Artículo 1915 del Código Civil para el Distrito Federal, el monto de la indemnización se calculará con base en el cuádruplo del salario mínimo diario más alto en vigor en la región y se extenderá a los días marcados en el Artículo 502 de la mencionada Ley Federal del Trabajo, en caso de acreditar plenamente la licitud. El Art. 1928 refiere que el que paga los daños y perjuicios causados por sus sirvientes, empleados, funcionarios y operarios puede repetir en ellos lo que hubiere pagado.

Capítulo VI. Del riesgo profesional. Art. 1935 al 1937: refiere la responsabilidad de los patrones en riesgo de trabajo y enfermedades profesionales a menos que el trabajador los provoque. Dentro del Código Civil, se especifica la obligación de llenar los Formatos, Constancias, Certificados, Dictámenes, Notificaciones, etc., que el médico debe cumplir en el ejercicio de la profesión, bajo protesta de decir verdad, con absoluto apego a lo acontecido y demostrable con evidencias, so pena de caer en delito de Falsificación de Documento, con la consecuente responsabilidad penal.

Los principales reportes a efectuar se encuentran en el Capítulo II, Artículo 55, de las actas de nacimiento. Capítulo VII, Artículo 98, inciso IV, de las actas de matrimonio. Capítulo IX, Artículo 117, de las actas de defunción.

El Título noveno, Capítulo I, menciona la tutela, Art. 450. Tienen incapacidad natural y legal los menores de edad y los mayores disminuidos o perturbados de su inteligencia...

Responsabilidad penal

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL EN MATERIA DE FUERO COMÚN Y PARA TODA LA REPÚBLICA EN MATERIA DE FUERO FEDERAL

Deberá el médico reportar al Ministerio Público, por formar parte de procedimientos penales: lesiones en riña o por maltrato, violación o estupro, suicidios, aún los fallidos, homicidios con violencia o accidentales. El médico legista se hará cargo de autopsias, reconocimiento de cadáver y clasificación de lesiones.

Título Primero. Responsabilidad penal:

Capítulo I. Reglas generales sobre delitos y responsabilidad. Art. 7°: delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales. Art. 8°: las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse en forma dolosa o culposa. Art. 9°: define obrar dolosamente (acción voluntaria, afección de hecho descrito por ley) y culposamente (acción por descuido o no prevista).

Título Séptimo. Delitos contra la Salud:

Capítulo I. De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos. Art. 193 al 199: se refiere a narcóticos y fija penas (multas, cárcel y suspensión del ejercicio profesional), que en el caso del médico serán aumentadas en una mitad.

Capítulo II. Del peligro de contagio. Art. 199 bis: el que sabiéndose contagiado de un mal venéreo...ponga en peligro de contagio la salud de otro por relaciones sexuales u otro medio transmisible...y si la enfermedad es mortal la pena será doble.

Título Noveno. Revelación de secretos:

Capítulo único. Art. 210 y 211: multa y suspensión de profesión al que revele algún secreto sin consentimiento y perjuicio.

Título Décimo segundo. Responsabilidad Profesional:

Capítulo I. Disposiciones generales. Art. 228 al 230: los que cometen delitos en el ejercicio de la profesión, además de las sanciones propias del delito se les suspenderá en dicho ejercicio; y se obligarán a reparar el daño causado por ellos o sus subordinados que sigan sus indicaciones; se castigará a directores o encargados de

centros de salud cuando impidan alta del paciente, retención del recién nacido o entrega de cadáver, aduciendo adeudo.

Título Décimo tercero. Falsificación, alteración o destrucción de moneda:

Capítulo IV. Falsificación de documentos en general. Art. 243: este delito se castiga con prisión y multa; Art. 244 al 246: indica las formas de falsificación y sus penas, específicamente en Certificados Médicos de Salud.

Título Décimo quinto. Delitos contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual.

Capítulo I. Hostigamiento sexual, abuso sexual, estupro y violación. Art. 266 bis: cuando estos delitos se cometan en el desempeño de cargo o profesión, además de la pena de prisión, será destituido o suspendido de la profesión por cinco años.

Título Décimo noveno. Homicidio.

Capítulo III. Reglas comunes para lesiones y homicidios. Art. 312 y 313: el que preste auxilio o indujere a otro para que se suicide será castigado con cinco años de prisión y si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, será considerado como homicidio calificado (sea en adultos, menores de edad o enajenados mentales).

Capítulo VI. Aborto. Art. 329 al 334: es la muerte del producto en cualquier momento de la preñez; al que hace abortar y a la madre que lo consienta se les aplicarán de 1 a 8 años de cárcel, dependiendo del consentimiento o violencia; no se aplicará sanción cuando sea terapéutico.

Capítulo VII. Abandono de personas. Art. 335: se especifica abandono de enfermos, teniendo obligación de cuidarlos se aplicará...

CÓDIGO FEDERAL DE PROCEDIMIENTOS PENALES

Título Quinto. Disposiciones comunes a la averiguación previa y a la instrucción.

Capítulo III. Atención médica a los lesionados. Art. 188 y 189: la atención médica a los lesionados provenientes de delitos se hará en hospitales públicos, a menos que no pueda trasladarse; deberá expedirse responsiva médica y clasificación legal de las lesiones;

Art. 190: Obligaciones: I. Atender al lesionado. II. Aviso de lesiones. III. Notificar lugar de atención o domicilio. IV. Extender certificado de Sanidad o Defunción.

Art. 191: se indican las obligaciones del que expide la responsiva; los detenidos serán custodiados; los certificados de defunción revisados por médicos oficiales (autopsia de ley).

Art. 192: cuando un lesionado necesite pronta atención, cualquier médico que se halle presente debe atenderlo y aún trasladarlo a sitio apropiado para atención, sin esperar la intervención de la autoridad debiendo comunicar a ésta inmediatamente después de brindarle los primeros auxilios en reporte detallado.

Desviaciones a la responsabilidad médica

GENERALIDADES

CAUSAS QUE DEBEN OCURRIR PARA QUE SE DÉ UN HECHO

Para que ocurra un hecho o cualquier acontecimiento interpersonal, conveniente o inconveniente, deben presentarse consecutivamente las tres causas siguientes:

1. Causa predisponente. Predisponer a que algo suceda.

Predisponer: es preparar o disponer anticipadamente algunas cosas o el ánimo de las personas para un fin determinado. Son factores bastante ocultos y lejanos en el tiempo, que provocan que algo suceda.

Ejemplo. Trazar mal una curva en una carretera, está predisponiendo a que ahí sucedan accidentes.

2. Causa desencadenante.

Desencadenar: romper el vínculo de las cosas inmateriales; librarse con ímpetu y violencia de ciertas cosas. Propiciar un hecho.

Ejemplo. Lluvia que moja el piso y lo pone resbaladizo.

3. Causa determinante.

Determinar: fijar los términos de una cosa. Distinguir, discernir. Señalar, fijar una cosa para un efecto. Tomar una resolución. Es la causa que generalmente se aprecia y se juzga inapropiadamente. Es "la gota que llena el vaso"

Ejemplo. Velocidad inmoderada del conductor que sufre un accidente. *La falta de alguna de ellas pudiera haber evitado un desenlace no deseado. Bien trazada la curva, pudiera soportar la lluvia y la velocidad. Sin lluvia posiblemente el coche no hubiese derrapado. Por último, si la velocidad hubiese sido moderada ;que importaba la lluvia y el mal trazo!*

Dicho de otra manera:

1. **Causa predisponente.** “Haber preparado o disponer anticipadamente alguna cosa o del ánimo de las personas para un fin determinado”. Posiblemente no sea factible modificar previamente el ánimo ajeno (pero terceras personas pueden hacerlo por nosotros) y evitar así una agresión (o recibirla); sin embargo, sí puede adaptarse y moderar nuestra conducta a fin de evitar o no propiciar agresividad y animadversión.
2. **Causa propiciatoria.** “Factor que propicia directamente el hecho”. Posibilidad de evitar o no propiciar respuesta enérgica a la provocación abierta o velada; esto es, no seguir el juego o mantener una postura negativa.
3. **Causa determinante.** “Tomar una posición unilateral, rápida, intransigente, no conciliatoria, egoísta, caer en la provocación como respuesta a la agresión ajena, en forma violenta o inadecuada”. Esto es, perder la calma y actuar en forma tal, que puede darse la impresión de ser el agresor y no el agredido.

Más simple: causa predisponente: consulta médica saturada.

Causa propiciatoria: insistencia de derechohabiente en recibir atención inmediata en ese servicio.

Causa determinante: el médico no concilia la negativa de la asistente médica con la demanda del derechohabiente. No otorga la atención solicitada. La queja es inmediata.

DESVIACIONES A LA RESPONSABILIDAD

Las desviaciones a la responsabilidad operativa del médico o personal de apoyo, provocan inconformidad en los pacientes o sus familiares y pueden presentarse en forma de solicitud, queja o demanda hacia el médico o a las instituciones. El reporte puede ser verbal o por escrito, presentados ante la propia institución, a los Derechos Humanos, a la CONAMED del D.F. o a la correspondiente en los Estados, al Ministerio Público Legal o Penal para su trámite.

Aduciendo generalmente como causa, la discrepancia entre los resultados esperados y los obtenidos en:

- a) En oportunidad o tiempo. Cuando se considera excesiva la **demora** para la atención en consulta, interconsulta, exámenes de laboratorio y gabinete, ingreso a servicios hospitalarios o de urgencias, etc. ; así como demora en el tiempo de tratamiento médico u hospitalario sin lograrse los resultados curativos deseados a corto plazo.

Puede ser también por **precipitación** o premura al realizar actos antes de tener la seguridad y tomar las precauciones convenientes, o por alta considerada prematura en medicina general, especialidad médica o servicio (urgencias, hospital) sin haberse logrado mejoría suficiente.

- b) En trato o calidad. Se refiere a considerar el tratamiento **terapéutico** inadecuado al diagnóstico del padecimiento, sin concordancia en la relación diagnóstico-terapéutica; es decir, ineficacia en el tratamiento.

También por haber recibido por parte del **personal** médico o paramédico trato otorgado con cierta indiferencia, falta de cortesía, humanitarismo o incluso grosería.

- c) En definición o resultado. Cuando en el transcurso de la enfermedad o al causar alta del padecimiento actual, el resultado obtenido no es el óptimo esperado o quedan **secuelas** del mal padecido o pasa a una etapa de **cronicidad**.

Cualquiera de estas insatisfacciones fomentarán una queja y cuando son demostradas constituirán un error, malpraxis médica o iatropatogenia.

MALPRAXIS MÉDICA O IATROPATOGENIA

Iatrogenia, implica “toda alteración del estado del paciente producida por la acción del médico”. Abarca la iatrogenia positiva o curativa, y la iatrogenia negativa, nociva o iatropatogenia, cuando la intervención del médico es perjudicial o patológica para el paciente. En la práctica el vocablo iatrogenia se utiliza erróneamente como sinónimo de iatropatogenia también llamada “*malpraxis* médica” (término que tiene mejor aceptación por médicos y público en general), puesto que el de iatropatogenia es todavía poco conocido.

Desde el punto de vista legal es casi invariablemente un delito culposo por ser involuntario el daño provocado, sería doloso en caso de hacerlo a propósito, lo cual prácticamente no se da en medicina. Los abogados califican a cualquier desviación en la práctica medicoquirúrgica como “negligencia médica”; sin embargo, en medicina es muy rara la verdadera negligencia, por lo que generalmente se utiliza el término “iatrogenia” que implica solamente la acción médica de buenos o malos resultados.

La *malpraxis* médica o iatropatogenia puede ser:

- a) Necesaria o por comisión, es la iatropatogenia (no *malpraxis* médica) y se efectúa cuando conscientemente el médico debe aceptar un riesgo más o menos calculado en busca de un mayor beneficio; principio perfectamente ético del “doble efecto” que producen algunas acciones médicas o quirúrgicas, al buscar un beneficio se ocasiona una acción negativa menor al bienestar esperado, caso de amputaciones, radiaciones, quimioterapia, etc.
- b) Inconsciente, es la *malpraxis* en la cual el médico no aprecia su realización y se manifiesta como una complicación evitable; esto es, cuando acontece un efecto secundario no deseado o impredecible y del cual no se tuvo conocimiento al cometerlo.
- c) Innecesaria, esta iatropatogenia es legalmente calificada como negligencia médica y dependiendo de la intención puede ser dolosa (cuando es voluntaria) o culposa (involuntaria).

La causa que puede suceder por:

1. Equivocación o error en el desempeño (aun cuidadoso) de su labor; sea en diagnóstico, pronóstico o tratamiento.
2. Impericia o falta de conocimientos (ignorancia), inexperiencia, falta de práctica o habilidad en procedimiento médico, quirúrgico, deficiente técnica o falta administrativa.
3. Negligencia, apatía, descuido, omisión o inconsciencia en la práctica médica.

4. Temeridad: al realizar actos fuera de su conocimiento, competencia o práctica, a menos que se trate de una urgencia; también se califica como precipitación.
5. Dolo: existiendo voluntad intencional con el propósito de cometer un acto delictivo, crimen, engaño, fraude o simulación.
6. Inobservancia, incumplimiento con leyes, normas, preceptos o instructivos.

QUEJA O DEMANDA AL MÉDICO

Precauciones que debe de tomar

El médico en el ejercicio de la profesión, debe tomar además de conducta mesurada, ciertas medidas precautorias que le eviten ser objeto de queja o demanda. Se citarán las más importantes:

Comportamiento ético

- Ejercer la profesión con conocimientos actualizados y aplicación al máximo de los procedimientos clínico terapéuticos, conservando el arte que debe emplearse en el trato con el paciente.
- No infringir las leyes, códigos, reglas, normas, reglamentos, instructivos, enunciados, etc.; además, de los preceptos de ética médica de: prioridad del paciente, consentimiento ampliamente informado, autodeterminación del enfermo mentalmente competente, humanitarismo, beneficencia y solidaridad.
- Cuidar las circunstancias que convergen en la atención médica, no propiciar situaciones comprometedoras.

Relación médico-paciente

Las inconformidades se presentan la mayor parte de las veces por no estar el paciente o familiares lo suficientemente enterados del protocolo médico a seguir y del probable resultado esperado por el experto. Esto ocurre por falta de comunicación, relación impersonal sin buena transferencia dialéctica entre ambos por deficiente relación médico-paciente. De aquí la importancia de lograr con diálogo el “consentimiento informado”, con amplia referencia a diagnóstico, programa terapéutico, molestias, resultados esperados y disipación de dudas.

Esta mala relación ocurre principalmente por la premura con la que se imparten los servicios de atención médica institucionales y particulares, debido precisamente al volumen de enfermos manejado y a la asignación estricta del desconocido médico tratante; son menores las quejas al médico privado, donde le tienen confianza, fluye mayor información, lo han elegido a su libre selección y les dedica el tiempo que pagan.

Cuando existe empatía, buena relación y comunicación el paciente comprende su padecimiento y estará consciente de los resultados a obtener, sin sentirse defraudado por los logros, desconocimiento del médico asignado y lo parco de su comunicación, aunado a la creciente tecnología con desplazamiento del médico que propician mayor inconformidad a segundo nivel de atención médica; además de ser más severa la patología a tratar. El tercer

nivel es considerado lo máximo a esperar, representa alta tecnología y especialización, lo cual rebasa la relación médico-paciente y la opaca; los resultados obtenidos suelen ser indiscutibles, no es frecuente la queja, puesto que si a este nivel no se logra resultado exitoso, no habría ninguna otra forma de lograrlo.

Expediente clínico

Por contener datos sobre la vida personal, penetra en el mundo del Derecho. Existe por lo tanto una regulación jurídica respecto al contenido y manejo del expediente clínico. Desde el punto de vista estrictamente legal puede considerarse como una prueba documental y como tal es un instrumento en el que se pueden encontrar datos que sirvan para fincar o salvar responsabilidades. La autoridad judicial será la que directamente requiera el expediente clínico al organismo, autoridad o persona que lo posea y se encargará de solicitar al Tribunal la exhibición de dicho documento para el caso de deslindar responsabilidades o determinar derechos.

Debe destacarse la importancia legal del expediente clínico porque puede ser instrumento clave en materia legal o penal cuando exista duda para determinar las posibles causas de responsabilidad del médico, del paciente o de terceras personas que intervienen directa o indirectamente en la investigación del padecimiento o muerte del titular del expediente.

La confidencialidad médica no se pierde, se deriva a la autoridad que mantiene el expediente clínico.

Brevemente se enuncian el contenido de este expediente clínico: ficha de identificación e historia clínica del paciente, notas que contengan interrogatorio, antecedentes, padecimiento actual, exploración completa, diagnóstico, apoyo técnico (laboratorio y gabinete) y su interpretación, tratamiento, resultado, pronóstico, etc. No omitir recabar firma de consentimiento informado que entere al paciente del procedimiento y riesgos de intervenciones quirúrgicas, obstétricas, ciertos métodos diagnosticoterapéuticos invasores o en situaciones consideradas comprometedoras; sea cualquier caso riesgoso, con resultado dudoso, de posibles secuelas o generadores de posible inconformidad o insatisfacción del paciente.

Certificados de incapacidad

En el Sistema de Atención Médica Institucional, es motivo de inconformidad frecuente que el médico tratante, omita la expedición de incapacidad ante el trabajo, al asegurado que la amerite. Su falta origina disminución al ingreso económico y protege al trabajador ante la empresa empleadora. Considerado como solicitud, pero por ser una demanda real ante la omisión de un deber médico, debería considerarse como queja. Esta omisión, cuando el médico tratante considera a su criterio que el paciente no puede o no debe laborar en su trabajo específico, es privar al asegurado del soporte económico para su familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como: el bienestar físico, mental y social del individuo; no obstante, en la práctica médica no se le otorga el mismo peso específico a cada fracción. El médico generalmente procura gran esmero a la atención física; es decir, a la enfermedad como proceso morboso y su repercusión en el organismo y en contadas ocasiones a su repercusión mental, si acaso, remite al paciente al psiquiatra o psicólogo; la salud social es poco atendida y el amparo económico del asegurado no es

considerado como acto puramente médico. Como consecuencia se omite con relativa frecuencia se omite el otorgamiento de la incapacidad ante el trabajo. Bajo el concepto de salud, cualquiera de los elementos de esta triada debe tener el mismo valor “de salud”.

Esta desviación debe considerarse como inobservancia de las normas de la institución para la cual el médico labora y por ello, puede responsabilizarse laboralmente al médico; cuando como parte del tratamiento sea preciso el descanso. De otra forma no se cumplen las normas de atención y no se beneficia física ni socialmente al asegurado enfermo. La expedición de estos certificados, en cualquiera de los niveles de atención médica, debe tener la misma prioridad que la expedición de medicamento necesario para su tratamiento médico (del cual debe formar parte) o quirúrgico.

Omisión posiblemente propiciada como producto de la enseñanza de la medicina, que poco contempla al reposo como parte del tratamiento integral y del escaso interés de los profesionales por la situación socioeconómica de sus pacientes.

Acompañamiento de testigos

Es recomendable siempre que el médico considere su situación comprometedor se haga acompañar de un(a) personal de salud, preferentemente enfermera o asistente de consultorio para tener aval en caso necesario. Es particularmente importante en exploraciones físicas y en casos conflictivos; puesto que pudiera prestarse a malas interpretaciones o acusaciones de mal trato o grosero, tocamientos o caricias, manoseo o incluso de proposiciones indecorosas, que el médico no puede legalmente defender al faltarle el apoyo de un testigo, contando solamente con su palabra contra la del acusador(a).

Medicina defensiva

Puede definirse como “el ejercicio cauteloso y extremadamente precavido de la práctica médica, derivado del temor a una demanda médico legal, calificada *a priori* como negligencia”. Implica una serie de acciones médicas y paramédicas de apoyo diagnóstico y tratamiento excesivas con objeto de evitar una demanda o de proveer material para una defensa legal en caso de presentarse. El médico por tanto, ante el temor al litigio actúa en forma diferente, propicia mayor gasto al paciente o institución que lo emplea al solicitar toda clase de exámenes de laboratorio y gabinete clínicamente no justificados; prescribe diversos, caros y nuevos medicamentos, utiliza terapia del “escopetazo”, prolonga tratamientos médicos, difiere altas por exceso de “precaución” y procura no intervenir quirúrgicamente por temor al resultado “imperfecto”. Incluso la relación medico-paciente es deficiente, el médico temeroso ve en el paciente a un potencial demandador y se mantiene distante, no desea intimidar, lo considera su potencial enemigo, creando incluso un clima propicio para presentación del error que teme y trata de evitar. “El temor propicia el error”. Incluso este tipo de miedo se denomina **litigiofobia**; esto es, pavor a sufrir una demanda.

La medicina defensiva compromete la calidad de la atención prestada al enfermo; las decisiones clínicas no se razonan con ecuanimidad, se empañan con el velo del miedo a su resultado, se pierde calidad, oportunidad, humanitarismo y la empatía necesaria para que esta sutil o incipiente relación de amistad evite una demanda. El cirujano difiere la cirugía, retrasa programación hasta solicitud de cambio de médico, programa en sus vacaciones o días de

descanso, evitando a toda costa una intervención quirúrgica supuestamente difícil o complicada. Además pierde agresividad y determinación que debe tener un cirujano para en caso de ser necesario ampliar la técnica programada. En pocas palabras, el temor hace perder seguridad, valor y valer como médico y cirujano convirtiéndose en seria amenaza, retroceso de la profesión médica y fracaso de los actuales y futuros principios y conceptos bioético médicos.

Presentación de la queja

Las desviaciones a la responsabilidad médica, son generalmente manifestadas como quejas o demandas contra el médico tratante o hacia la institución donde labora. En su trámite y lugar de presentación idóneo existen modificaciones después del advenimiento de la Comisión Internacional de Arbitraje Médico y después la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).

Esta institución específica para recepción, trámite y orientación con respecto a cualquier inconformidad por supuesta o real deficiencia en la atención médica ha desplazado antiguos trámites ante autoridades civiles o penales o a la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH).

Demanda o queja al médico

Los medios masivos de comunicación consideran gran noticia la queja o demanda médica, especialmente en casos de error demostrado, cuando la cantidad demandada como indemnización es estratosférica y desproporcionadamente elevada. El amarillismo y la nota roja tienen gran aceptación, propician mayor venta de periódicos, audiencia en radio y *rating* televisivo. Cuanto más amplia sea la difusión, mayor el número de demandas. Parece ser a futuro, un enorme negocio para “compañías” de “seguros contra demanda médica”.

Conforme se haga patente la vulnerabilidad de los médicos, cuyos resultados no pueden ser siempre óptimos y los médicos, por temor, adquieran estos seguros, el cliente considerará no afectar los intereses económicos directos del profesional (paga el seguro) y lo demandará sin ninguna consideración. Donde esto ocurre, se habla incluso de contubernio con el médico.

Los médicos que laboran en la República Mexicana son responsables por los daños demostrables causados a sus pacientes en su persona o bienes; pero todavía gozan de cierto margen de impunidad, son muy esporádicas las demandas o quejas por real o supuesta deficiencia en la atención médica recibida, siendo las principales inconformidades el trato poco amable recibido y la *malpraxis* médica, que puede ser por negligencia (descuido de obligaciones), impericia (falta de habilidad o conocimientos) o por dolo (actuación de mala fe).

Paulatinamente se han incrementado las demandas y este fenómeno será progresivo por la tendencia a la imitación de lo que sucede en países “más civilizados, ricos o de primer mundo” y a la difusión sobre la pingüe ganancia que representa para el demandante, los abogados y las compañías de seguros; tanto que, en EUA el médico paga más de la mitad del dinero que gana a las compañías de seguros que amparan el costo de las demandas que pueda tener y para su protección el médico solicita múltiples estudios diagnósticos y hospitalizaciones innecesarias que encarecen la atención.

En ese país cualquier pequeño motivo es objeto de grandes sumas demandadas por supuesta deficiente atención médica, por ejemplo: diagnóstico tardío o infundado, terapéu-

tica inadecuada por exceso o por defecto, intervenciones quirúrgicas no estrictamente necesarias o mal realizadas, en medicamentos: sus indicaciones y consecuencias, especialmente en quimioterapia y radiaciones por escasas o masivas, etc., hacen que el médico trabaje con temor y angustia, con miles de precauciones, con terror a la demanda y preferentemente dentro de instituciones con la esperanza de atenuar su responsabilidad.

Se está de acuerdo en demandas por acciones inadmisibles, por verdadera negligencia médica y las causas mencionadas de impericia, temeridad, inobservancia y especialmente si hubiese dolo (casi nunca acontece, el médico no procura dañar a sabiendas al paciente); pero cada día se amplía más este horizonte. Demandar parece ser actividad (jurídica y médica) de rápida expansión como ha sucedido en otros países. Incluso en España la Asociación de Víctimas de Negligencia Médica "ASVINESA" se hace promoción por medios masivos de difusión y se pregunta uno ¿hasta donde llegará la subcultura de la demanda por mala práctica médica?

El siguiente caso servirá como ejemplo:

En los diarios del 18 de noviembre del año 2000 apareció un comunicado de la agencia noticiosa mundial *Reuters* en el cual el Tribunal Supremo de Francia facultó a un joven de 17 años gravemente discapacitado (sordera total, ceguera casi completa y retraso mental) a exigir pensión económica por el hecho de haberle permitido nacer en lugar de haber sido abortado (obviamente con esta discapacidad debieron orientarlo sus progenitores o tutores). Por lo cual sus padres demandaron al personal médico que atendió el embarazo por no haber impedido el nacimiento. Fincaron la demanda en que ni el médico ni el laboratorio habían diagnosticado debidamente un cuadro de rubeola durante el embarazo y por eso, no pudieron ellos (los padres) decidir el aborto.

¿Qué repercusiones pueden tenerse en este caso? Probablemente que los padres cuyos hijos no sean considerados lo suficientemente perfectos, demanden al médico por cualquier causa que le produjera retraso mental (traumatismo obstétrico, virosis desapercibida, etc.) o en caso de no haber detectado un mal congénito o adquirido *in útero*, o durante el parto o simplemente por ser defectuoso sin causa conocida.

El concepto "nacimiento ilegal" puede desencadenar incontables juicios contra médicos si los padres no están satisfechos con la calidad de los hijos que tienen y como consecuencia el médico actuará defensivamente contra posibles litigios, pudiendo llegar al extremo de propiciar o promover posibles abortos ante la menor duda de un "hijo imperfecto". También pudiera suceder que el médico se negara a la atención de embarazos supuestamente "dificiles" o de "alto riesgo". Esta forma de pensar y actuar se puede extrapolar a otros padecimientos, donde el médico por considerar caso problemático y ante el riesgo de imperfección en los resultados niegue la atención (hasta con notario si fuese necesario).

Puede llegar el momento en que los hijos demanden a los padres por el hecho de haberlos traído al mundo o no haberlos abortado cuando no se sientan felices con sus vidas, sus aptitudes y posibilidades (pero no sería problema médico). Algunos padres pagan psicológicamente el chantaje de sus hijos que les recriminan que ellos no deseaban venir al mundo, que los trajeron y que deben aguantar las consecuencias (pero todavía no los demandan).

A pesar de las implicaciones que pudiera traer esta determinación y la oposición encontrada, el Tribunal de Casación (Corte de apelaciones de mayor rango en Francia) sostuvo la decisión de que ese discapacitado tenía derecho a indemnización por los daños derivados de su discapacidad.

Esta misma Corte, para tratar de revertir esta polémica determinación, que permitía a los discapacitados entablar demanda legalmente al médico por haberle permitido nacer, el Parlamento Francés aprobó con fecha 10 de enero del 2002 el proyecto de Ley que limita la posibilidad de demanda, cuando esta discapacidad se deba a error médico. Este proyecto también establece que nadie puede demandar por el solo hecho de haber nacido.

Acciones que el médico debe realizar en caso queja o demanda

En caso de que el médico haya sido acusado o demandado legalmente por alguna supuesta desviación en conducta o error en el desempeño de su deber, deberá apoyarse legalmente con el mejor abogado posible y presentar:

Pruebas

El médico en caso de acusación de desvío en su actuar debe procurarse todas las pruebas circunstanciales posibles para acreditar su buen proceder. Toda prueba aportada debe ser demostrable (evidencia documental, perdurable y convincente). Aunque se aseveren categóricamente las circunstancias no son argumento legal válido, deben ser **fehacientes** (la misma palabra indica que hace fe jurídica).

Apoyo técnico médico

Aportación de análisis, exámenes de laboratorio y gabinete que fundamenten el diagnóstico y avalen el programa terapéutico sugerido o seguido, bibliografía reciente que sustente las indicaciones y el proceder médico (difícil de invalidar), estadísticas de complicaciones del padecimiento, pronóstico, secuelas posibles, etc. *“La medicina no se impondrá ante los Tribunales, sino por su rigor científico”*, sentencia Barreda Bautista.

Apoyo profesional

En presencia de dificultades durante el ejercicio profesional, el médico deberá recurrir al apoyo técnico de la especialidad correspondiente al caso, olvidándose de orgullo profesional mal entendido, obtener colaboración y lograr consenso clínico terapéutico.

Para los médicos de primer nivel, este apoyo es fácil de obtener dentro del sistema institucional, al derivar los casos a especialidad; teniendo menos colaboración los especialistas entre sí, tanto en la atención institucional como en la privada. Consecuencia: mayor número de quejas y demandas a médicos especialistas.

El concurso de dos o más técnicos de una especialidad, será motivo atenuante ante una demanda, a pesar de no diluir la responsabilidad del médico tratante.

Apoyo normativo

Sustentar los hechos realizados y por los cuales se promueve la acusación, con las normas existentes dictadas por la Secretaría de Salud, donde se fijan las acciones que el médico debe realizar para casos particulares. Por ser oficiales tienen carácter legalmente irrefutable.

En determinaciones legales, el profesional debe acatar durante el ejercicio de su actividad, las derivadas de los Códigos Civiles y Penales vigentes en la República de los Estados Unidos Mexicanos y sus correspondientes en cada Estado y verificar no haber transgredido la Ley, lo cual es irrefutable.

Apoyo legal

Con base en la Constitución de los Estados Unidos de la República Mexicana, los Códigos Civiles y Penales vigentes y sus correspondientes en cada Estado, verificar no haber transgredido ninguna Ley, lo cual resulta irrefutable.

Defensa ante la acusación

Deberá presentarse ante los medios o personas que lo acusan de negligencia, con apoyo legal de considerarlo necesario

CONSIDERACIONES

*“La falta de documentos es imputable legalmente al médico”,
esto es, cuando los expedientes correspondientes carecen
de notas médicas que avalen las acciones realizadas.*

*“Todo acto médico debe respetar el orden jurídico,
no solamente los códigos bioéticos de la profesión”.*

*“La ética nunca estará por encima de la Ley”,
criterio legal*

*“La medicina no se impondrá ante los tribunales,
sino por su rigor científico”.*

Las Sociedades y Colegios Médicos tratan con asesoría jurídica de encontrar la forma de luchar contra las demandas; pero se lucha contra potentes intereses de compañías de seguros “para casos de demanda al médico por negligencia”. El Gobierno también preocupado creó la CONAMED, de cuyos resultados se están esperanzados todos los médicos. Sin excepción, cualquiera que ejerza la medicina, sin importar la rama o especialidad es susceptible de sufrir una demanda. Se espera no suceda en nuestro país como acontece en otras naciones, donde las demandas más descabelladas se presentan sin ninguna justificación y lo peor es que proceden.

QUEJA O DEMANDA A LAS INSTITUCIONES

Es la denuncia que realizan los usuarios de servicios médicos o quirúrgicos por deficiente atención recibida por parte del personal médico o paramédico que labora en una institución,

o por el proceso de otorgamiento institucional de la prestación. La institución puede ser particular o corresponder al Sector Salud.

Esta queja es dirigida directamente a la dirección o autoridades superiores de la empresa y generalmente además de manifestar inconformidad solicitan retribución de gastos erogados en atención médica privada, a la que optan por supuestas o reales fallas, mal trato, deficiencias o diferimiento en la atención médica prestada.

Generalmente estas demandas no se acompañan de acciones ante las autoridades civiles, penales o de arbitraje médico por parte de los interesados, de modo que solamente se afecta el carácter laboral del personal involucrado en la queja y la empresa realizará una investigación, levantará actas administrativas correspondientes, contestará al quejoso y procederá si es el caso a sanciones administrativas.

Con solicitud de retribución de gastos, se hará una evaluación interna con base en la queja y de resultar con deficiente atención, la institución reembolsará total o parcialmente la cantidad acreditada y considerada adecuada a la atención recibida, comparándola con costo intrainstitucional o extrainstitucional. Además, solamente retribuirá los gastos debidamente comprobados con correspondientes facturas. Hasta el momento, no se sabe de ningún caso en que las instituciones del Sector Salud, hayan repetido en sus trabajadores (médicos o no) los gastos erogados por este concepto.

El diferimiento en la atención puede deberse a burocratismo o sobrecarga de servicios, de lo cual el médico sólo es responsable (ética o laboralmente) cuando difiere altas hospitalarias o de consulta en su especialidad y satura su servicio, no otorgando la fluidez suficiente a los trámites de sus pacientes. Puede también tratarse de altas prematuras en consulta o de hospitalización.

Trámite de la demanda o queja

Las instituciones del Sector Salud en México tienen departamentos dedicados a mejorar la información, atención y orientación a sus afiliados y tramitan y dan resolución a las quejas administrativas presentadas por los usuarios de sus servicios. Recibida una queja o demanda en este departamento, se consulta al servicio jurídico para descartar posibles implicaciones no médicas y se recaba información en el área operativa.

Con asesoría médica (especializada intrainstitucional o extra institucional) se elabora un protocolo de dictamen para acuerdo de órganos directivos superiores (donde participan representantes del sector obrero, patronal y gubernamental), que determinarán la procedencia o improcedencia del demandante o quejoso y se le informará del resultado.

Elaboración del dictamen

Para acuerdo de organismos superiores, el personal médico operativo deberá seguir un procedimiento bioético con metodología consistente en la siguiente dinámica:

- Acopio previo de ecuanimidad, tranquilidad y disposición para **dar a cada quien lo suyo**, como mencionaba Ulpiano (Digesto 1.1.10), sin predisposición alguna.
- Enterarse de los hechos relatados por el quejoso o demandante.
- Hacer un resumen de lo enunciado, eliminando lo superfluo.

- Ponderar la secuencia y factibilidad de los hechos referidos.
- Valorar la intervención médica de terceros (medicina particular o privada) y su resultado, si lo hubiera.
- Revisión del expediente clínico, en todas sus notas (antecedentes, padecimiento actual, diagnóstico, apoyos con exámenes de laboratorio y gabinete, interconsultas, tratamiento médico o quirúrgico, etc.).
- Hacer resumen de la secuencia del padecimiento y valorar los hechos y resultados médicos obtenidos.
- Confrontar los hechos referidos con los resultados médicos o administrativos anotados.
- Determinar cuales hechos son o pueden ser confirmados con evidencias documentales para determinar su peso decisivo.
- Escuchar la otra parte, dice la locución latina *audi alteram parte*; esto es, para juzgar con imparcialidad deben considerarse las dos versiones.
- Justificar una determinación y emitir un dictamen pericial por escrito, que seguirá su curso.

Función pericial

El Dr. Alfonso Quiroz Cuarón, eminente maestro en medicina forense, recomendaba que el médico en su función pericial debía:

1. Actuar con eficacia.
2. Pensar con claridad.
3. Asociar con lógica.
4. Argumentar con método.
5. Concluir con precisión.

Requisitos éticos para la función pericial

El Lic. Octavio R. Casa Madrid cita a Enrique Barreto Prager, que a su vez hace referencia a los requisitos éticos para la pericia médica recomendados por el maestro Quiroz Cuarón:

- Tener la competencia necesaria para dictaminar sobre aquello que se plantea.
- Apoyarse en expertos, especialistas o literatura al respecto cuando el caso rebase los conocimientos del médico pericial.
- Fidelidad y ser escrupuloso en lo que se observa y se describe.
- Sagacidad para valorar los datos.
- No sobrepasar la esfera de las propias atribuciones.
- Imparcialidad para decir siempre la verdad.
- Fundamentar las aseveraciones en evidencias demostrables.
- Afirmar solamente lo que se puede demostrar científicamente.
- No sacrificar jamás los intereses de la justicia al espíritu de clase, de cuerpo o de orgullo profesional.
- Informar simple y claramente.

Cuando en este proceso interviene la Comisión de Derechos Humanos o la Comisión de Arbitraje Médico, el trámite es el mismo y se enviará la resolución al órgano solicitador junto con el expediente clínico y será este organismo el determinante en última instancia, pudiendo aceptar o cambiar la resolución del instituto o empresa de salud que lo elaboró.

Demanda penal al médico

Ante una demanda penal, por supuesta causa de daño grave en el ejercicio de la profesión o por considerar delito tipificado, el médico debe acudir a un abogado, sin tratar de defenderse solo, no es su función ni profesión; no obstante es muy propenso a sentirse autosuficiente en materia legal “no pretender suplantar al abogado, solicitar asistencia profesional en caso de demanda penal y legal”. Jamás enfrentar un juicio sin el apoyo y asesoría de un buen abogado defensor, so pena de rotundo fracaso.

Indemnización por *malpraxis* médica

Cuando se presenta una queja, demanda, retribución de gastos médicos, penas civiles o legales derivadas de atención médico quirúrgica, los inconformes pueden también conjuntamente reclamar indemnización por daño físico, mental o social.

I. Indemnización consecuencia de daño físico. Constituidas por lesiones demostradas o supuestamente producidas por *malpraxis* médica, consistentes en pérdida parcial o total de órgano o su función, de ser procedentes su retribución debe ajustarse a lo dispuesto en el artículo 1915 del Código Civil para el Distrito Federal o el correspondiente en cada Estado: “La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el restablecimiento de la situación anterior, cuando ello es posible o en el pago de daños y perjuicios”, además agrega “cuando el daño se cause a personas y produzca la muerte, incapacidad total o permanente, parcial permanente, total o parcial temporal, el grado de reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto en la Ley Federal del Trabajo”, en los artículos:

Artículo 492. Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente parcial, la indemnización consistirá en el pago del tanto por ciento que fija la tabla de valuación de incapacidad calculado sobre el importe que deberá pagarse si la incapacidad hubiese sido permanente total. Se tomará el por ciento que corresponda entre el máximo y el mínimo establecidos, tomando en consideración la edad del trabajador, la importancia de la incapacidad y la mayor o menor aptitud para ejercer actividades remuneradas semejantes a su profesión.

Artículo 493. Si la incapacidad parcial consiste en la pérdida de las facultades o aptitudes del trabajador puede llegar a considerarse hasta total permanente.

Artículo 495. Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente total, la indemnización consistirá en una cantidad equivalente al importe de 1 095 días de salario.

Artículo 502. En caso de muerte del trabajador, la indemnización correspondiente será equivalente al importe de 730 días de salario, sin deducir la indemnización que percibió durante el tiempo que estuvo sometido al régimen de incapacidad temporal.

Asimismo, la Ley Federal del Trabajo indica la indemnización que debe proporcionar el patrón cuando el trabajador sufre un riesgo de trabajo: el monto de la cuantía en caso de muerte del trabajador es la base para determinar el pago de indemnización.

Artículo 514. Presenta la tabla de valoración de los porcentajes a indemnizar de acuerdo al daño sufrido, con base en el monto de la incapacidad total permanente. Ejemplo: Art. 502, Ley Federal del Trabajo: 730 días x salario diario de \$300, \$219 000 en caso de muerte:

- Pérdida de la falangeta del anular o meñique, 4% \$8 760 .
- Pérdida del dedo índice 20% \$43 800.
- Hernia inguinal, crural o epigástrica inoperable 10 a 20%, \$21 900 a 43 800.
- Pérdida de un seno 20 a 30%, \$43 800 a 65 700.
- Pérdida orgánica o funcional del riñón contralateral 35 a 50%, \$76 000.00 a 109 500.
- Insuficiencia cardíaca según la gravedad 20 a 100%, \$43 800.00 a 219 000.
- Ceguera total con conservación o pérdida de globos oculares 100%, \$219 000.

En el caso de *malpraxis* médica, la base se determinará de acuerdo a los artículos de la Ley Federal del Trabajo, aplicándolos de acuerdo al caso. Este parámetro legal parece ser al mismo tiempo el procedimiento bioético calificativo más justo y adecuado para dirimir solicitudes de indemnización por *malpraxis* médica física comprobada puesto que esta cuantía es “compensación legal extrapolable a semejantes consecuencias producto de *malpraxis* médica comprobada”. Se refiere solamente a indemnizaciones económicas sin implicaciones legales en que el médico pudo haber incurrido.

2. Indemnización de supuesto o real daño mental o social. Los montos de este tipo de indemnizaciones pueden ser extremadamente elevados, puesto que son subjetivos y no existe un parámetro legal para su valoración. El descargo se hará por conciliación de las partes ante las instancias no gubernamentales, civiles o legales donde se tramite. El Código Civil para el Distrito Federal refiere como daño moral en los artículos 1916, 1916 bis, 1917, 1927 y 1928 (y los correspondientes a cada Estado), especificando la afectación que sufre una persona en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o en la consideración que de sí misma tienen los demás. La necesidad de acreditación plena del ilícito y del daño que le hubiere causado tal conducta, exime a quien ejerza derechos de opinión, crítica, expresión e información.

El juez en última instancia será el determinante de la cuantía a indemnizar, en caso de encontrar responsabilidad, y lo tasarán tomando en cuenta los derechos lesionados, grado de responsabilidad, situación económica del responsable y de la víctima, así como demás circunstancias del caso. Se considera que la cuantía a indemnizar no podrá ser superior a la correspondiente por daño físico.

Comisión Nacional de Derechos Humanos

Los Derechos Humanos deben ser rama prominente de la Bioética porque atañen a los Derechos Individuales y secundariamente a los Derechos Colectivos, Ambientales, etc., se relacionan con el bienestar físico, mental y social de los individuos (definición médica de Salud) y, por tanto, tienen en parte similares objetivos que la medicina:

Derivada del artículo 102 Constitucional y entre los muchos auténticos Derechos Humanos que debe recibir una persona para ser considerada y tratada como tal, se referirán solamente aquellas que se consideran en estrecha relación con la bioética médica:

- A la calidad del microentorno y macroentorno natural del hombre (espacio social).
- Al respeto de la vida humana y dignidad de las personas.
- A ser tratado sin diferencias de sexo, raza, edad, situación económica o política.
- Libertad de expresión y credo de cada individuo.
- Tener los mismos derechos que los demás, a la salud, servicios sociales y legales que imparte el estado.
- Recibir los servicios a que tiene derecho con máxima calidad y otorgados humanitariamente.
- Poder exigir por medios idóneos estos servicios.
- La Comisión tiene como objetivo secundario la preservación de los derechos humanos: sociales, administrativos, civiles, penales, etc. y atiende al consumidor de bienes y servicios que se manifieste inconforme con la impartición del servicio otorgado por particulares, autoridades o servidores públicos (queda incluida la atención médica de los servidores del Sector Salud, por considerarse servicios paraestatales).

Ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, “no proceden las quejas presentadas entre particulares, solamente las referentes a servidores públicos o a instituciones”. La inconformidad presentada ante la Comisión, preferentemente por escrito, se formula como

queja o denuncia y será procesada por ésta con base en la información recopilada y la resolución del Comité de la Comisión informará su procedencia o improcedencia al quejoso, orientándolo en los trámites a seguir en ambos casos.

En caso de inconformidad por servicios médicos deficientemente otorgados por profesionistas o instituciones de salud, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) turnará el caso a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para su Dictamen y posteriormente al recibir este reporte, informará a su vez al quejoso la resolución del arbitraje médico recibido y orientará convenientemente a qué dependencias deberá dirigirse en caso de recomendar seguir o no trámites jurídicos.

Existen actualmente un sinnúmero de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) supuestamente dedicadas a la protección de los derechos humanos, de las cuales mencionaremos unas cuantas para darnos idea de su proliferación; todas ellas con afán de servir, pero a la vez con necesidad de justificación y prioridad protagónica están entre otras: Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos, Alianza Cívica, Movimiento Ciudadano por la Democracia, Centro de Derechos Humanos Miguel Agustín Pro y Fray Francisco Victoria, Acción Cristiana para la Abolición de la Tortura, Academia Mexicana de Derechos Humanos y Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia, etc., además de las Comisiones Nacionales y Estatales de los Derechos Humanos mencionadas, que dependen directamente de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Comisión Internacional de Derechos Humanos (CIDH)

De acuerdo con los registros de la CNDH, las violaciones a los Derechos Humanos más frecuentes en las Instituciones del Sector Salud en México, corresponden a la negativa o indolencia en la prestación de servicios médicos, siendo las principales:

- Maltrato o discriminación.
- Irregularidad en la integración del expediente clínico.
- Desabasto de medicamentos en las farmacias de las clínicas.
- Negligencia médica.
- Violación del derecho al consentimiento informado.
- Violación del secreto profesional.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

En junio de 1996, en la ciudad de México D.F., se creó por decreto presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con objeto de dar cabal resolución a las quejas presentadas por usuarios de servicios médicos; generalmente referentes a deficiencias de los prestadores de dicha atención. Actualmente se extiende a cada entidad federativa de la República.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tiene dentro de sus objetivos:

- Coadyuvar a impartir y procurar justicia, tanto con el derecho como con la ética de la sociedad.
- Fijar y acotar los límites a la actuación del profesional de la salud; límites que pueden transgredirse durante el ejercicio de la medicina y propiciar demandas por mala práctica.
- Determinar la procedencia del caso y comunicarlo a la parte demandante, para decidirse o continuar.
- Lograr la conciliación de las partes, antes de iniciarse el litigio.
- Procurar llegar al acuerdo de un arbitraje por parte de los expertos de la Comisión.
- Como tercera instancia en caso de no llegar a ningún acuerdo, recomendar las instancias a seguir y las dependencias idóneas.

Cuando una persona, institución o empresa estaba en desacuerdo con la atención médica recibida no tenía un organismo idóneo donde presentar su inconformidad por no existir una dependencia especializada para realizar el trámite que tuviera orientación de un cuerpo médico colegiado. La queja puede ser en particular al profesional o en general a una institución prestadora de servicios médicos, siendo generalmente la causa: negligencia, deficiente atención o trato inadecuado.

Como principal función de la CONAMED está el proporcionar asesoría e información a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos sobre derechos y obligaciones que se tienen o adquieren en la mutua interacción en la atención médico-paciente y en las instituciones de salud.

El primer objetivo de la Comisión es lograr la conciliación una vez que se presenta una supuesta o real desviación en la atención, con objeto de lograr una solución acordada y conveniente a las partes afectadas. En caso de no lograrse una conciliación, con los datos aportados por el quejoso, la comisión determinará si existen elementos de juicio para continuar una averiguación. Cuando no corresponde a la competencia de esta Comisión, se orientará al inconforme y señalará las instancias adecuadas a seguir y las instituciones a recurrir, para que éstas determinen lo conducente.

Si la Comisión considera factible la legitimidad de la queja y corresponde al ámbito de su competencia, solicitará información a la otra parte (médica) para dilucidar el conflicto. Una vez integrado todo el expediente, garantizando la máxima imparcialidad de abogados y médicos de la comisión, se presentará en Sesión de la Comisión para toma de decisión por mayoría de votos, emitiendo un laudo que se hará del conocimiento de ambas partes.

Estos laudos son susceptibles de homologación (esto es, recomendaciones que pueden seguirse) no son sentencias legales civiles o penales coercibles (legalmente exigibles) y tienen como bases principios de justicia, ética e imparcialidad. La resolución final de la CONAMED entre el querellante y el ejecutor puede darse por mediación (llegando las partes a un acuerdo), conciliación (cuando cediendo las partes llegan a un acuerdo) y por arbitraje de la Comisión (acuerdo entre las partes de aceptar el laudo de la CONAMED).

La Comisión de Arbitraje Médico remitirá a las Instituciones Legales o a la Comisión Nacional de Derechos Humanos la documentación, informes, peritajes y determinaciones que considere de su competencia. Además elaborará dictámenes o peritajes médicos que le soliciten las autoridades encargadas de la procuración de justicia.

Se pretende que todas las quejas sobre atención médica sean tramitadas a través de esta Comisión de Arbitraje Médico, sin que ello afecte el ejercicio de otros derechos o medios de defensa de los que, conforme a la Ley, puedan disponer tanto los usuarios como los prestadores de servicios médicos.

En el Distrito Federal (en 1991) no así en los Estados de la República Mexicana, la Secretaría de Salud llegó a un acuerdo con la Procuraduría General tanto de la República como la de Justicia del Distrito Federal, para que ésta emitiera sus "opiniones técnicas" antes de que se procediera a la detención de médicos acusados de un delito profesional. Este instrumento de la Secretaría de Salud, al igual que los dictámenes de la Comisión de Arbitraje Médico, carecen de validez legal en un juicio civil o penal.

El consenso de la 1ª Reunión Nacional de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico convocada por la CONAMED consideró que las siguientes recomendaciones pudieran mejorar la relación médico-paciente y se garantizaría atención médica de calidad a favor de la población mexicana:

- Mantener una relación respetuosa con el paciente.
- Informar y obtener consentimiento por escrito antes de realizar un procedimiento con riesgo.
- Elaborar un expediente clínico completo.

- Actuar con bases científicas y apoyo clínico.
- Proceder sólo con facultad y conocimientos.
- Garantizar seguridad en instalaciones y equipo.
- Atender a todo paciente en caso de urgencia calificada y nunca abandonarlo.

REFERENCIAS

Comprende toda la Sección IV: Legislación Médica Profesional

- Arias Solís E:** La responsabilidad civil y penal en la práctica de la medicina. Rev. CONAMED, VER., vol. 2, No. 3, julio-septiembre 2000, México.
- Barreda Bautista:** *El proceso civil en México*. Edit. Porrúa S.A., México 1970.
- Campa González M:** Conferencia “Fundación de los CONAMED, VER.” impartida en Córdoba, Ver. en agosto, 1999.
- Campos Villaseñor MP:** “Violación a los Derechos Humanos frente a la Discapacidad, la Tercera Edad y el SIDA”. Conferencia 2° Simposio: Aspectos legales y éticos de la práctica de la medicina en México, febrero, 1998, México.
- CasaMadrid Mata OR:** La atención médica y el derecho sanitario. Ciencia y Cultura Latinoamericana. JGH Editores. México, 1999
- Código Civil: para el Distrito Federal, en materia común y para toda la República en materia Federal. Cap. V, De las obligaciones que nacen de los ilícitos, art. 1910-1934, p. 293-298 y cap. VI, Del riesgo Profesional, art. 1935-1937, p. 298. Ediciones ALF, primera edic., México, D.F., junio de 1996.
- Código Penal: para el Distrito Federal en materia de fuero común y para toda la República en materia de fuero Federal. Actualizado. Título séptimo: Delitos contra la Salud, art. 193-199 bis, p. 87-93. Título Duodécimo: responsabilidad profesional, art. 228-252, p. 119-132. Ediciones ALF, México, D. F., junio de 1996.
- Código Penal Federal de Procedimientos penales, actualizados, cap. III, Atención Médica a los lesionados, art. 188-192, p. 67-68. Ediciones ALF, México, D.F., junio, 1996.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Decreto de creación, CONAMED, Edit. Impresora y encuadernadora Progreso S.A., 3 junio 1966, Mitla 250, México, D. F.
- Comisión de la J. R. “Presentación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”. Rev. Gaceta Médica de México, vol. 132, No. 4, p. 357-358, 1996.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, p. 16 y 131, Colección Leyes y Códigos, México, 1994.
- Dobler-López IF:** La responsabilidad en el ejercicio médico profesional. Rev. Med. del IMSS, vol. 38, No. 4, julio-agostosto, 2000, México.
- Fernández GH:** Medicina defensiva en el ejercicio médico profesional. Rev. CONAMED, VER., vol. 2, No. 3, julio-septiembre, 2000, México.
- García Gil J:** La historia clínica, instrumento del trabajo médico. Rev. Médica del IMSS, Vol. 97, No. 3, mayo-junio, 1999, México.
- Legislación Sanitaria, Ediciones DELMA, actualizada, tercera edic., agosto 1995, México, D. F. ; con sus reglamentos: en materia de prestaciones de Servicios de Atención Médica, p. 283-346; en materia de Investigación para la Salud, p. 801-852; y en materia de Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos, p. 959-1006.
- Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos. Legislación de la Administración Pública Federal. p. 433-462. Ediciones DELMA. México, 1994.

- Ley Federal del Trabajo de 1970, Reforma Procesal 1980, actualizada, 50° Edic., cap. II, Obligaciones de los trabajadores; cap. IV, Rescisión de las relaciones de trabajo, Edit. Porrúa, S.A., México, D.F., 1993.
- López de la, XA:** “¿Existe el Derecho al derecho a la protección de la Salud?”. *Gaceta Médica de México*, vol. 122, No. 4, p. 451-455, julio-agosto, 1996.
- Norma Oficial Mexicana. NOM. Secretaría de Salud; accesible para todas ellas por Internet: <http://www.ssa.gob.mx/>
- Norma Oficial Mexicana. NOM-007-SSA2-1993. Rev. Actualización en pediatría, vol. 16, No. 90-93, mayo-diciembre, 2000. México D.F.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Secretaría de Salud, Rev. Médica del IMSS, vol. 38, No. 4, julio-agosto, 2000, México.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad. Secretaría de Salud. Rev. Médica del IMSS, vol. 38, No. 5, septiembre-octubre, 2000, México.
- Pérez Tamayo R:** Coordinador “Simposio sobre Iatrogenia”. El Colegio Nacional. Edit. Cromocolor, S.A., p 2-12, México, 1994.
- Quiroz Cuarón A:** Medicina forense. Editorial Porrúa, México, D.F., 1977.
- Recomendaciones para mejorar la práctica médica. Rev. CONAMED-VER., 2001; 3: 2.
- Rodríguez Gallardo L:** “Aspectos Jurídicos de la Práctica Médica”. Rev. Directivo Médico, vol. IV, No. 5, p. 21-24, septiembre-octubre, 1997.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación, 30 septiembre 1999, México.
- Serrano JM:** “Biojurídica: ámbito y principios”. Rev. Medicina y Ética, vol. IV, No. 2, p. 29-44, 1993, Univ. Anáhuac, México.
- Subdirección Gral. Médica del IMSS. El Expediente Clínico en la atención médica. División de divulgación médica del IMSS. México, 1979.
- Trujillo Galván FD:** Aspectos legales de la relación médico-paciente. Rev. Médica del IMSS, vol. 37, No. 4, julio-agosto, 1999, México.
- Velasco Suárez M:** “Bioética y Derechos Humanos”. Rev. Medicina y Ética, vol. IV, No. 2, 1993. Univ. Anáhuac, México.
- Velázquez Díaz G et al.:** Regulación y normatividad de los servicios de salud en México. Rev. Médica del IMSS, vol. 38, No. 4, julio-agosto, 2000, México.

Casos selectos no identificables

DESVIACIÓN A LA RESPONSABILIDAD MÉDICA LABORAL

Los siguientes casos se presentan con la única finalidad de servir de ejemplo de omisiones, o de haber incurrido en acciones irregulares y desviaciones evitables.

PERSONAL MÉDICO

Negligencia profesional

Paciente con diagnóstico de gangrena en pierna izquierda por obliteración de la arteria femoral, es operado y al término de la intervención se dan cuenta que se le amputó el miembro pélvico derecho. Se procede a amputar la pierna afectada. Esta equivocación fue objeto de reclamación y demanda legal. La institución indemnizó al paciente (con lo cual retiraron la demanda) y cesó al cirujano.

Un cirujano realizó una histerectomía abdominal por un gran fibroma uterino, tuvo dificultad técnica con la ligadura de las arterias uterinas y por probable deficiente relajación abdominal. Suturó a la paciente y a los tres días causó alta hospitalaria. A la semana fue operada en forma particular por íleo paralítico y se extrajo una compresa de gasa de la cavidad abdominal. Hubo reclamo a la institución, que pagó gastos y honorarios demandados y cesó al cirujano y a la enfermera circulante.

Criterio jurídico de la institución: este tipo de omisiones se catalogan de negligencia y por llevar riesgo de vida o causar invalidez se consideran criminales; por lo cual rescindió el contrato laboral al personal directamente involucrado. En caso de demanda jurídica pudiera ser de graves consecuencias legales para el médico.

Atentado al pudor

El padre de un menor acusó a un médico ante la institución y el Ministerio Público de haber masturbado a su hijo dentro del consultorio. El médico negó los cargos pero no tenía a nadie por testigo, ni a la asistente del consultorio. Ante la insistencia del padre y sindicato donde laboraba y siendo sospechosa la hombría del médico, se consideró culpable de abuso de menor, atentado al pudor y desacato a la orden del patrón, siendo cesado el médico.

Un marido parapléjico reportó por escrito que el médico tratante cohabitaba con su esposa dentro del consultorio, mientras él esperaba afuera en su silla de ruedas, con la asistente, que saliera su esposa con la receta. El médico no tenía testigos y ante el florido relato de la despechada señora, refiriendo con lujo de detalles haberlo realizado en repetidas ocasiones por retribución económica, hasta que el médico no quiso continuar pagando sus favores y mermada su economía, lo contó al marido. El médico fue cesado en su relación laboral.

Por realizar a puerta cerrada y sin la presencia de la asistente de consultorio, varios médicos han sido acusados ante las instituciones donde laboran, por supuestas caricias eróticas durante las exploraciones, principalmente las ginecológicas. Los médicos son rescindidos invariablemente, afirmando calumnia, pero sin testigos de cargo.

En uno de estos casos el acusado fue un médico hematólogo que después de tomar muestras preoperatorias realizó un tacto vaginal. Acusado ante la institución de “tocamientos” impúdicos el médico presentó su renuncia al no poder justificar su conducta.

Criterio jurídico de la institución: si el médico dependiente de la institución al examinar a las pacientes, en vez de cuidar su pudor y de hacer las exploraciones en presencia de su enfermera inflige las normas a que al respecto está sujeto, desobedece las órdenes del patrón: “El médico se sujetará a las normas técnico- administrativas que establezcan los instructivos específicos del servicio en que laboran. Cuidará especialmente el pudor de los enfermos, la exploración se hará en presencia de su enfermera...”

Falta de probidad

Paciente con hemorroides programado para cirugía, no desea compartir el cuarto con otros pacientes, suponiendo falta de privacidad, hacinamiento y deficiente servicio. Le propuso al proctólogo tratante ser operado en sanatorio privado y que pagaría sus honorarios. Operado satisfactoriamente presentó retribución de gastos hospitalarios. La institución pagó parte de los gastos y cesó al cirujano.

Debido a la presencia de un niño con espina enclavada en retrofaringe, es llamado el médico otorrinolaringólogo al servicio de urgencias, faltando 30 minutos para terminar su turno. Lo examina y confirma el diagnóstico, pero da de alta al paciente citándolo para el siguiente día. En la tarde llevaron al niño al consultorio del mencionado especialista quien rápidamente le extrajo la espina y cobró sus honorarios. El padre presentó queja por deficiente atención y retribución de gastos. El médico solicitó su baja.

Criterio jurídico de la Institución: en ambos casos se consideró falta de probidad del médico hacia la institución y de honestidad profesional, y en el segundo caso también de abandono de paciente.

Los cirujanos y pacientes se quejaron de evidente retraso (casi un mes) en el reporte de exámenes histológicos de piezas operatorias. Realizada una inspección y auditoria al servicio de Anatomía Patológica se encontró rezago en el procesamiento de muestras institucionales, pero otras recientemente procesadas de origen extrainstitucional. El médico reconoció procesar estas muestras con prioridad sobre las de la institución y con ello el diferimiento. El médico anatomopatólogo fue rescindido en su relación laboral

Criterio jurídico de la institución: procesar muestras no correspondientes al instituto, ocupar sus instalaciones, mobiliario, equipo, materiales y tiempo contractual en otros menesteres, se consideró falta de probidad hacia la institución, disposición inadecuada de su patrimonio y abuso de confianza.

Desobediencia

El director solicita al internista pase visita a los hospitalizados correspondientes a otro médico de la misma especialidad que se encuentra incapacitado. Por motivos baladíes no pasa la visita a estos encamados y uno de ellos fallece. Los familiares acusan a la institución que por negligencia murió su enfermo. Se rescindió su contrato laboral por desacato a la orden del patrón y falta de probidad hacia la institución.

Criterio jurídico de la institución: las órdenes que recibe un trabajador de parte de su superior debe cumplirla y si estima esta orden no conducente o violatoria de su contrato colectivo de trabajo, se encuentra en aptitud de reclamarla por los conductos debidos. El concepto “probidad” sugiere rectitud en el obrar y no obra rectamente quien siendo trabajador desobedece órdenes superiores relacionadas con el trabajo contratado y si las desatiende incurre en desobediencia, no siendo menester que dicho jefe inmediato cuente con facultades de representación de la empresa, ya que por representante del patrón debe conceptuarse a aquel que, aun siendo trabajador, con motivo de sus relaciones laborales tiene facultad de mando a trabajadores de inferior categoría... Si el director da una orden para atención acorde a su contrato y el actor no la acata, so pretexto de que dicha orden debería darse por escrito, tal actitud entraña desobediencia a las ordenes del patrón.

Habiendo realizado todas sus consultas solicitadas y antes de terminar el tiempo del turno contractual, se presentan dos mujeres al consultorio de un médico general (familiar); una demanda consulta y la otra leche para su hijo. La asistente lo comunica al médico, quien negó las atenciones difiriéndolas para el próximo turno. Las señoras presentaron quejas formales. Severa amonestación para el médico.

Criterio jurídico de la institución: si el médico se niega a dar consulta a los solicitantes y dotación de leche para el hijo de otra y suspende sus labores antes que terminen éstas, desobedece las órdenes del patrón.

Un médico con horario específico para realizar visitas recibió una orden para realización de visita a domicilio, bien especificada y posteriormente confirmada la dirección como correcta y fácil de localizar; regresó a la unidad de consulta informando no haber localizado la

dirección anotada. El paciente incurable y agónico falleció y los familiares responsabilizaron a la institución por la muerte.

Criterio jurídico de la institución: si el médico encargado de realizar visitas domiciliarias no se cerciora por todos los medios a su alcance si es realmente el domicilio del paciente, absteniéndose por ello de dar la consulta, revela que no desempeñó sus funciones con la intensidad, cuidado y esmero apropiados e implica además, que por su descuido inexcusable comprometió la salud de un enfermo, incumpliendo con ello la obligación médica de realizar su máximo esfuerzo en el desempeño, por el cual fue penalizado.

Laborar estando incapacitado

Médico cirujano de vascular periférico programó varios pacientes para intervención quirúrgica, incapacitándose en esos días. A una paciente con varices en miembros pélvicos le fue diferida la cirugía. Se enteró que el mismo especialista estaba laborando en forma particular y la operó durante su incapacidad. La señora presentó solicitud de retribución de gastos.

Criterio jurídico de la institución: trabajar en lugar distinto al de la empresa en que se incapacita constituye falta de probidad y honradez. Se suspendió definitivamente al médico cirujano y temporalmente al que expidió la incapacidad no procedente. No se pagaron los gastos por no tratarse de una intervención quirúrgica de urgencia.

Personal médico y paramédico

Negligencia

Niño internado en pediatría con grave desnutrición, enterocolitis y desequilibrio hidroelectrolítico lloraba constantemente; en tres ocasiones, a solicitud de la madre, lo revisó la enfermera de cargo sin encontrar motivo del llanto; no encontrando causa se dedicó a atender otros niños a su cargo. La cuarta vez que fue llamada por la madre, encontró infiltrada la venoclisis. Por las condiciones del menor y el líquido derramado presentó escara dérmica y grave infección que necesitó amputación del brazo afectado. La madre presentó queja por negligencia de la enfermera.

Criterio jurídico de la institución: no se tuvieron elementos de juicio para calificar de negligencia la actitud de la enfermera, dado el exceso de trabajo, el tipo de líquido extravasado, la contaminación y el estado nutricional del paciente.

En un hospital donde una compañía comercial utilizó abono de estiércol para el jardín, se contaminaron pacientes con tétanos, falleciendo dos de ellos. En la investigación se llegó a la conclusión que las esporas pasaron por los aparatos de filtro de aire a los quirófanos.

Criterio jurídico de la institución: por lo inadecuado del material se fincó responsabilidad directa a la compañía que daba el servicio de jardinería e indirecta al director y jefe de conservación y mantenimiento del hospital por utilizar filtros inadecuados.

Como método de Credé una enfermera aplicó gotas a los ojos de un recién nacido. De inmediato la propia enfermera comprobó gran irritación conjuntival y se percató por el olor que no se trataba del producto etiquetado como argirol (actualmente en desuso) sino de tintura de yodo. Como consecuencia la criatura quedó con leucoma bilateral.

Criterio jurídico de la institución: a pesar de no existir reclamación, la institución fincó responsabilidad al farmacéutico por negligencia y error en el marbete y en menor grado a la enfermera por no verificar el contenido del frasco antes de la aplicación.

Paciente cursando posoperatorio se le prescribió purgante salino. El paciente no lo quería ingerir pero finalmente la enfermera logró que lo tomara. Al poco tiempo se quejó de dolores intensos y falleció sin recibir tratamiento. Presentada la queja; se realizó investigación demostrando que la enfermera se equivocó y administró ácido oxálico en lugar de sulfato de sodio y de magnesio prescrito.

Criterio jurídico de la institución: se consignó por negligencia a la desatenta enfermera e indemnizó a la familia del trabajador que así solicitaba.

Paciente senil con asma bronquial e insuficiencia cardiaca internado, presenta en la noche nuevo acceso de asma bronquial. El médico de guardia le indica, entre otras medidas, la aplicación lenta intravenosa directa de una ampollita de aminofilina. El paciente fallece al término de la aplicación y al médico le sorprende la reacción, solicitando la ampollita recién aplicada, siendo ésta de cloruro de potasio, de efecto mortal. Los familiares consideraron muerte natural dada la gravedad del caso.

Criterio jurídico de la institución: por las prisas que la urgencia requería y la poca experiencia de la enfermera (de bolsa de trabajo) se produjo el error de ésta. La enfermera eventual fue temporalmente dada de baja.

Falta de probidad

En el domicilio un trabajador se le encontraron en uso toallas con el logotipo de la institución donde labora.

Criterio jurídico de la institución: la disposición o utilización extrainstitucional de bienes, se trate de instrumentos, aparatos, material de oficina o quirúrgico que se haga fuera del área de trabajo o con fines personales por parte de cualquier trabajador, dispondrá indebidamente de los bienes del patrón, incurriendo en una falta de probidad y honradez hacia éste...No es el monto de lo dispuesto por el trabajador, sino el hecho de apoderarse de los bienes del patrón, sin ningún derecho, es lo que constituye la falta de probidad y honradez.

Trabajador que checa su tarjeta de asistencia y se retira de la fuente de labores.

Criterio jurídico de la institución: si un trabajador después de marcar su tarjeta y antes de su entrada a laborar abandona la fuente de trabajo no regresando o hacién-

dolo más tarde de la hora en que debería comenzar a laborar, incurre en falta de probidad y honradez al haber pretendido aparentar el cumplimiento de sus obligaciones sin que realmente lo haya hecho.

Cuando un trabajador hace marcar su tarjeta por un tercero.

Criterio jurídico de la institución: en este caso incurren en falta de probidad ambos trabajadores, el que solicita y el que realiza el acto, sabiendo el segundo que comete un engaño al marcar la tarjeta de un compañero.

Insultos o agresiones al personal directivo o hacia la institución.

Criterio jurídico de la institución: basta que el obrero, aun fuera de su jornada de trabajo incurra en faltas de probidad y honradez contra su patrón para que, por tal motivo, se le despida justificadamente, ya que no sería admisible jurídicamente que sólo en el desempeño de sus labores tuviera que comportarse con probidad y honradez hacia su patrón y al concluir su jornada estuviera facultado para no hacerlo.

Abandono del área de trabajo

El caso de un trabajador de conservación que abandonó la casa de máquinas, aplicable a cualquiera que se ausenta del área de labor.

Criterio jurídico de la institución: si el o la actor(a) abandonó el área de trabajo que estaba a su cuidado sin permiso del jefe inmediato, este hecho constituye desobediencia a las órdenes del patrón y además no siguió los procedimientos indicados para evitar accidentes, comprometiendo con ello la seguridad del hospital, es inquestionable que incurrió en las causales previstas en las...etc.

Alteración de disciplina

Cuando un trabajador(a) participa en una riña con algún compañero o extraño al trabajo altera la disciplina.

Criterio jurídico de la institución: si el actor o actora participó en una riña alterando con ello la disciplina de su centro de trabajo, se hace acreedor(a) a la rescisión de su contrato laboral, independientemente de que dicho actor(a) haya sido o no el agresor(a).

Estado de ebriedad

Diversos casos de trabajadores que se presentan o se encuentran laborando en estado de ebriedad.

Criterio jurídico de la institución: el hecho de que el trabajador(a) se presente a su centro de trabajo, dentro del horario asignado o fuera de él, en estado de ebriedad y además incurra en faltas graves, es causal de rescisión, sin que sea obstáculo el que aparezca o no su asistencia en la tarjeta de labor.

El estado de ebriedad puede ser apreciado por los sentidos de cualquier persona, máxime si se trata de un médico aunque éste preste servicio al patrón (personal de confianza), por lo que su declaración y certificación hacen prueba bastante. También para demostrar que alguien se encuentra en estado de ebriedad no es indispensable que se rinda como prueba un certificado médico, sino que basta para ello la prueba testimonial.

Contubernio

Niño muy grave que fallece dos semanas después de internado, sin que aparezcan familiares. La trabajadora social consideró humanitario sepultarlo y pasados tres días, realizó una colecta entre el personal del hospital; consiguió de una funeraria cercana un considerable descuento y el cadáver fue enterrado. Al cabo de un mes la madre se presentó y reclamó a su hijo vivo o muerto, mostrándole los documentos del sepelio y demostrándole que el domicilio proporcionado como suyo era falso. No conforme presentó queja a la institución.

Criterio jurídico de la institución: se deslindó responsabilidad materna por abandono de infante; pero se rescindió a la trabajadora social por no seguir los trámites legales (dar aviso a las autoridades legales correspondientes) y haber ella dispuesto del cadáver; máxime que se sospechó combinación (contubernio) con la funeraria para “canalizarle clientela”; también se manifestó el hecho reprobable de realizar colectas en el centro de trabajo, a pesar de todas sus buenas intenciones.

Indiscreción

El esposo de una enferma le preguntó al archivista del hospital por el estado de salud de su mujer. Tratando de ser eficiente le dijo que la habían operado de salpingitis por gonococo y que la daban de alta. Reclamó a su esposa no haberla contagiado, infiriendo infidelidad conyugal. La esposa presentó queja contra la institución.

Criterio jurídico de la institución: Se explicó al marido que no siempre es aparente la enfermedad (?) y aceptó. Al archivista se le encontró responsable de indiscreción no intencional, pero por faltar al secreto profesional se le aplicó sanción correspondiente.

Faltas de Asistencia

Un trabajador presenta constancia o certificado médico, no incapacidad de la institución para justificar faltas de asistencia.

Criterio jurídico de la institución: la constancia médica expedida por médico particular resulta insuficiente para justificar faltas de asistencia si no se acredita en ella la imposibilidad física para no avisar a su centro de trabajo el impedimento para laborar y el por qué no se acudió al médico de la institución. De acuerdo a la cláusula 83° del contrato colectivo de trabajo de esa institución, cuando los trabajadores requieran atención médica debe ser impartida por sus médicos de base, a través de los servicios correspondientes y de ser menester otorgar la incapacidad con diagnóstico por el cual no puede laborar. La constancia de médico particular es un documento no pericial.

Acumular tres o más faltas injustificadas en el término de 30 días hábiles es la causa más frecuente de rescisión de contrato en todas las instituciones y empresas, sólo basta no justificarlas para que por Ley Federal del Trabajo cause baja de la relación laboral.

Criterio jurídico de la institución: para que las faltas en que incurra un trabajador no den lugar a despido, deben dar aviso al patrón de las causas de las mismas y acreditar, cuando vuelva al trabajo, que efectivamente se vio imposibilitado para trabajar; pues de no hacerlo, la rescisión que del contrato de trabajo haga el patrón, será justificada.

La prueba idónea para justificar las faltas de asistencia por enfermedad es el certificado médico expedido por los médicos de la misma institución, en el que conste la enfermedad por la cual el trabajador se encuentra imposibilitado para laborar y no de médico particular.

No basta exhibir un citatorio con apercibimiento del Ministerio Público para justificar una falta de asistencia, sino que es necesario demostrar de alguna manera que se asistió a la cita y que se haya practicado la diligencia judicial en que intervino. El simple cambio de domicilio no justifica las faltas de asistencia sin autorización previa.

CASOS HIPOTÉTICOS EN BIOÉTICA MÉDICA LABORAL

PRÁCTICA MÉDICA PRIVADA

Lo que no es ético realizar

1. Entre médicos “pasarse” enfermos con participación económica, pero sí apoyarse en interconsultas. Puede ser de médico general a especialistas o entre ellos.
2. Practicar “dicotomía”, esto es reparto entre médicos del cobro de honorarios, sin conocimiento o consentimiento del cliente.
3. Recibir participación de ganancias por envío a laboratorio, gabinete o farmacia o recetar laboratorios “especiales” llamados de “mordida”.
4. Pagar a otros el envío de pacientes a su consultorio, sanatorio u hospital, o cobrar el envío de pacientes a dichos servicios o a funerarias.
5. Retener al paciente sin remitirlo oportunamente al especialista u hospital adecuado donde pueda ofrecerse mejor calidad de atención.
6. Hablar mal o incluso ridiculizar a colegas de la profesión médica o exhibirlos públicamente.
7. Abusar del número de consultas cobradas con citas subsecuentes innecesarias o solicitud de estudios en catarata, o no enseñar el autocontrol en ciertos padecimientos crónicos y degenerativos.
8. En cirugía, radioquimioterapia o quimioterapia valorar concienzudamente si representa o no mayor agresión que beneficio.

9. En investigación el placebo administrado como testigo de control para el fármaco en estudio, ¿representa diferimiento consciente de tratamiento, o suspensión del mismo?
10. No actualización médica continua, conformismo con leer la propaganda de los laboratorios, tendenciosa en beneficio de los fármacos promocionados.
11. Hacerse propaganda por medios masivos de comunicación.
12. Recomendar intervenciones quirúrgicas no necesarias o con carácter de urgentes cuando pueden esperar.
13. Siendo médico familiar o comunitario, dedicarse solamente a la medicina curativa unitaria.
14. Administrar tratamientos sintomáticos negligiendo el diagnóstico nosológico, sin tratar de atacar la etiología del padecimiento causal.

PRÁCTICA MÉDICA LABORAL

Médicos en general

1. Que el médico se convierta en burócrata de la medicina institucional que lo emplea.
2. Ser tan cuidadoso y amable con los pacientes de la institución como con los atendidos en la práctica privada.
3. No realizar siempre el máximo esfuerzo posible dentro de las horas de trabajo contratadas y atenerse estrictamente a ese horario.
4. Con cualquier pretexto, imputando deficiencias o incluso haciendo quedar mal a la institución contratadora, citar dentro de ella, pacientes a la consulta privada.
5. Teniendo oportunidad dentro del horario contractual de la institución, no participar en acciones de enseñanza tendientes a mejorar el nivel de conocimientos para ofrecer óptimo servicio médico.

Médicos familiares

1. Que en pacientes constantes se presente dentro de la población a su cuidado, por omisión, negligencia o falta de insistencia, algunas de las siguientes eventualidades:
 - Presencia de cáncer cervicouterino, de mama o piel avanzados por no haber realizado sistemática o periódicamente “detección oportuna” de los mismos.
 - Presencia de complicaciones precoces previsibles de enfermedades crónico degenerativas en control, como diabetes, hipertensión, nefropatías, cardiopatías, etc., sin detectar ni controlar a tiempo.
 - Presencia de enfermedades transmisibles previsibles por inmunización, por vacunación no realizada o esquema incompleto (como tétanos y el *neonatorum*, poliomielitis, sarampión, tos ferina...).
 - Padecimientos o enfermedades comunitarias: parasitosis intestinal, dengue, paludismo, ectoparasitosis, cólera y otras enfermedades previsibles con medidas higiénicas no suficientemente procuradas y acatadas.
 - Embarazos no deseados en mujeres unidas sexualmente e incluso en adolescentes por falta de suficiente promoción o insistencia en consulta sin derivar hacia servicios de planificación familiar de la propia institución.

No indicar prevención de embarazos en mujeres portadoras de riesgo reproductivo, por las mismas causas.

Presentación de enfermedades transmitidas sexualmente, lúes, blenorragia, VIH, etc., por falta de información adecuada y oportuna.

2. Diferimiento por trámites técnicos, administrativos, laborales o personales del envío necesario o urgente a segundo nivel de atención médica.
3. Realizar envío prematuro a segundo nivel para “quitarse al paciente engorroso” de encima, o satisfacer una insistente demanda inadecuada.
4. Solicitud estudios de laboratorio o gabinete excesivos o injustificados.
5. Administrar sintomáticos o placebos sin atacar la causa del padecimiento.
6. Inventar datos para llenar requisitos: peso, talla, temperatura, presión arterial, etc., antecedentes, signos, síntomas, etc.
7. Caer en soborno: administrar medicamentos a solicitud del paciente (siempre y cuando no sean necesarios), para supuestas deficiencias alimentarias, para familiares o amigos enfermos sin derecho al servicio o muchas veces para desquitar cuotas.
8. Atender solamente a un miembro de la familia por turno.
9. Tasar número de consultas con tiempo suficiente para poder satisfacer la demanda.
10. Otorgar incapacidades médicamente no justificadas, especialmente las menores de tres días so pretexto de que no las paga la institución, para evitar discusión con el asegurado o su representante.
11. Otorgar las incapacidades médicamente no justificadas por compañerismo mal entendido.
12. Expedición de incapacidades indebidamente prolongadas por envío inoportuno o evitar nuevo trámite de envío a segundo nivel de atención médica.
13. Teniendo obligación contractual de realizar visitas a domicilio, no efectuarlas supuestamente por “no encontrar o estar equivocada la dirección”.
14. Recetar sin consultar o visitar al paciente, aunque sea conocido.
15. Realizar exploración (principalmente ginecológica) sin la presencia de la auxiliar o enfermera de consultorio; o no realizarlos siendo necesarios.
16. Cuando al consultorio pase una sola persona, especialmente del sexo opuesto al médico, sin la presencia de la auxiliar de consultorio, no cerrar la puerta.
17. Jamás relatar o contar a los pacientes, familiares o público de posibles carencias, faltas o fallas médicas, directivas o administrativas de la institución donde labora.

Médicos internistas

1. Estancia hospitalaria prolongada o diferimiento del alta por conveniencia propia (tener enfermos conocidos), por causar graves problemas a la institución.
2. Solicitud de estudios de laboratorio o de gabinete innecesarios en “catarata” o de “rutina” al ingreso del hospital, en consulta subsecuente o para justificar prolongación de estancia en el servicio o en el hospital.
3. Retención de pacientes para justificar elevada utilización del servicio o para “bloquear” pacientes de nuevo ingreso a la consulta externa.
4. Citas de primera vez o subsecuentes diferidas sin justificación plena, representa abandono temporal de paciente.

5. Regreso inoportuno a primer nivel, sea antes de confirmar un diagnóstico o pronosticar la evolución de un paciente, o reteniendo excesivamente al enfermo, volviéndose médico tratante en lugar de consultor.
6. Contestación inoportuna de la forma de regreso al primer nivel, que deja al médico general sin conocer tratamiento a seguir; o elaborada por interno o pasante, sin supervisión, que orienta deficientemente al médico general o familiar tratante.

Médicos ginecoobstetras

1. Valoración inadecuada de mujeres en trabajo de parto; los internamientos tardíos dan lugar a infecciones y partos fortuitos; los internamientos prematuros generan estancia hospitalaria innecesaria y consecuentemente complicaciones de inducto-conducción no médicamente indicada, resultando cesáreas por sufrimiento fetal.
2. Aplicación de fórceps como ritual de enseñanza sin existir indicación obstétrica precisa.
3. Oclusión tubárica bilateral (OTB o salpingoclasia) o aplicación de DIU posparto o posaborto solicitadas por la paciente y no realizadas; o las realizadas sin el consentimiento de la puerpera.
4. Atención de partos por personal becario sin ninguna experiencia y sin la suficiente supervisión del médico obstetra, ¿es un rito de enseñanza o real degradación de la atención médica?
5. Valorar críticamente el número de cesáreas ejecutadas: ¿se comete abuso?, ¿se obtienen productos en mejores condiciones?, ¿existe iatrogenia propiciada por el personal que atiende partos?, ¿acaso actualmente las mujeres ya no soportan o no quieren soportar el trabajo de parto?, ¿es molesto más para el obstetra vigilar durante más tiempo el trabajo de parto que realizar una cesárea?
6. La revisión de cavidad posparto no debe ser de rutina, solamente cuando sea considerada necesaria, puesto que puede inducir a infecciones uterinas.
7. En endometritis posparto o posaborto (especialmente con perforación uterina), con grave infección, debe realizarse histerectomía oportuna.

Médicos cirujanos

1. No dejar responsabilidad heredada (cirugía o visita no realizada) dejada para el siguiente turno, pudiendo resolverlas.
2. Solicitar exámenes de laboratorio o gabinete, o interconsultas para diferir cirugía urgente o difícil.
3. No realizar oportunamente interconsultas solicitadas por otro servicio para evitar responsabilidad al no resolver el caso durante el turno contratado.
4. Regresar sin operar a los pacientes programados o de urgencia, llevados para intervención quirúrgica al área de quirófanos.
5. Programación de cirugía difícil o prolongada durante su periodo vacacional, pasando así el “paquete” al cirujano sustituto.

Médicos de urgencias

1. Valorar adecuadamente las pacientes en trabajo de parto. Retener las que presenten pródromos, en sala de espera o de labor. En caso de duda, dejarla y revalorar posteriormente.
2. Apoyarse adecuadamente en los servicios de especialidades de acuerdo al diagnóstico.
3. Solicitar estudios de laboratorio y gabinete necesarios para confirmar una impresión diagnóstica o establecer un pronóstico.

Médicos familiares y no familiares

1. Todo asegurado imposibilitado o hospitalizado debe estar debidamente amparado con certificado de incapacidad.
2. Los médicos se preocupan por el bienestar físico; se descuida el mental y se olvida el social de los enfermos a nuestro cuidado.

Desviaciones al “buen quehacer médico”

El espíritu está dispuesto, pero la carne es débil.

San Mateo, XXVI, 41

Se llama desviaciones al buen quehacer médico o corruptelas médicas, a ciertas actitudes o procedimientos adoptados por algunos médicos durante el ejercicio de la profesión, que si bien no constituyen desviaciones marcadas en normas códigos, reglamentos o leyes vigentes son considerados, por su esencia, como actos faltos de ética médica profesional; puesto que producen un beneficio extra de dudosa procedencia para el médico; a pesar que generalmente no disminuya, cuando menos aparentemente, la calidad de la prestación médica.

Las siguientes actitudes consisten en:

REPARTO DE UTILIDADES (DICOTOMÍA)

Se establece cuando el médico recibe participación del cobro efectuado por un tercero. Puede ser consecuencia de:

- a) Derivación, previo convenio del médico general a especialista (generalmente cirujano), quien cobrará sus honorarios más la participación correspondiente a su benefactor. Puede suceder incluso, en caso de tratarse de un cirujano, que el médico general o internista acompañe a su paciente durante el acto quirúrgico bajo pretexto de cobrar ayudantía o supervisión transoperatoria.
- b) Otra modalidad es la “usurpación de funciones”, donde el médico general o internista, incluso cirujano general, contrata un especialista para realizar la intervención quirúrgica sin aparecer como tal, y asignarse la autoría de la operación, pagando al cirujano “fantasma” sus honorarios.
- c) Esta dicotomía es más frecuente con laboratorios de análisis clínicos y gabinetes de imagenología, donde el médico envía por “recomendación” explícita, por ser el lugar donde mejor realizan los estudios. Incluso llegan a rechazar los realizados en la compe-

tencia. Cuanto mayor sea el número y sofisticación de los estudios solicitados, mayor participación recibirá el médico solicitante. Utilizar invariablemente tecnología de punta, existiendo procedimientos clásicos igualmente útiles, es otra variedad para aumentar el porcentaje. Gasto no necesario, inútil y falta de consideración y probidad del médico hacia su paciente. Recibiendo o no participación de utilidades, el médico debe solicitar los exámenes y estudios considerados útiles o necesarios para establecer un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, además de su control posterior, donde tampoco debe sangrar la economía del paciente ni saturar los servicios de la Institución social donde labora; en medio privado pudiera satisfacer los servicios de alguna empresa de salud.

- d) La participación de utilidades, puede darse también con farmacias, ópticas, tiendas de aparatos de prótesis y órtesis, rehabilitación, etc.

INSEGURIDAD MÉDICA

La inseguridad en el médico puede ser grave causa de conducta no ética por ejercer “medicina defensiva” para protegerse de temidos supuestos fracasos o reclamos por deficientes resultados diagnósticos o terapéuticos. Toda la actuación del médico temeroso es deficiente, abusa de exámenes, estudios interconsultas, procurando cubrir todas las posibilidades y procurando tener a quien responsabilizar en caso de fracaso.

Como sucede con los médicos de pregrado, que solicitan exámenes en batería al ingresar un paciente al hospital o servicio donde esté asignado (lo cual no es rito de enseñanza) simplemente se realiza por inseguridad al seleccionar los estudios idóneos, prefiriendo pecar de parcos a que carezcan de alguno.

Debe considerarse falta de ética laborar con temor, por las fallas que pueda acarrear y falta de probidad al paciente o a la Institución por costo innecesario.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Para prescribir un medicamento, el médico debe conocer perfectamente su composición, sustancia activa, indicaciones y contraindicaciones, que conozca su manejo, dosis adecuadas. Esto es, el fármaco debe formar parte de su acervo terapéutico y conocer posibles reacciones secundarias indeseables, que cuando se presentan, colocan al médico en una posición delicada, pero no por ello dejará de prescribirlos para eludir su responsabilidad, limitándose a recetar productos anodinos o inofensivos, representando un rechazo a la considerada óptima elección, al progreso de la profesión, una escapatória a su responsabilidad y un fraude médico.

El médico tiene la obligación de hacer frente a su responsabilidad terapéutica, estar al día en conocimientos y aprovechar las enormes ventajas que ofrecen los descubrimientos terapéuticos actuales. Debe confiar en la seguridad que ofrecen los médicos investigadores, únicos en condiciones de establecer (dentro de un programa *ad oc*) los beneficios y riesgos de un nuevo producto terapéutico, con base en resultados realizados en laboratorios e instituciones serias. Así el área operativa podrá prescribir nuevos medicamentos que ofrezcan mejores resultados a los que normalmente producen los conocidos y utilizados corrientemente.

Para prescribir cualquier medicamento, el médico debe conocer sus indicaciones, y el esperado beneficio que el fármaco pueda aportar al paciente; además de considerar integralmente al paciente: estado general, edad, sexo, antecedentes, etc. y al mismo tiempo posibles reacciones secundarias, que tendrá la obligación de afrontar.

INDICACIÓN QUIRÚRGICA

Para que un médico indique una operación, debe tener fundamento inequívoco y demostrable con pruebas médicas fehacientes de no existir otra elección terapéutica para resolver el caso del paciente; esto es, realizar el diagnóstico con base clínica y apoyo con estudios de laboratorio y gabinete. Las intervenciones quirúrgicas no deben realizarse para beneficio económico del médico, sino deben ser imprescindibles para la salud del paciente.

También debe valorarse concienzudamente la real urgencia de las intervenciones quirúrgicas necesarias, con base en el diagnóstico y la historia natural de la enfermedad, definir posibilidad o no de programación. Diferenciar lo que es prisa del médico para realización de cirugía o la urgencia médica del acto quirúrgico.

No es ético en función de fines benéficos para el médico, operar con urgencia para retener un paciente sin emergencia quirúrgica, ni tampoco lo es, retrasar una cirugía de urgencia.

DIFERIMIENTO DE ALTAS

- a) Hospitalarias. No se considera ético retener pacientes dentro del hospital para continuar atendiendo a un paciente en condiciones de ser egresado. En atención médica privada se presta a malas interpretaciones y a considerarse falta de probidad del médico al continuar en un servicio que le aumenta considerablemente el costo al paciente. En hospitales del sector salud, además del costo para esa institución, le acarrea saturación innecesaria de pacientes, bloquea nuevos ingresos y aumenta el día-cama.
- b) Consulta. Las citas subsecuentes para valoración del curso o recuperación de una enfermedad, deben valorarse con honestidad. El médico tiene que considerar y actuar en consecuencia cuando un enfermo puede darse de alta; esto es, cuando su padecimiento no amerite más consultas o deban ser aisladas al control normado para el padecimiento. El médico institucional que cita continuamente a un paciente, bloquea la consulta para nuevos pacientes, sea a nivel de medicina familiar o de especialidad. En un caso se perjudica económicamente al paciente, con beneficio económico para el médico y en el otro disminuyen proporcionalmente los casos de consulta de primera vez, con trabajo menos problemático para el médico, pero conlleva perjuicio para la institución al bloquear nuevos ingresos.

AUTOADJUDICARSE PACIENTES

A costa de provocar desprestigio de la institución o empresa donde el médico labora, procura y acaso logra convencer al paciente de seguir atendándolo en forma privada, ofreciendo mejores o más expeditas oportunidades de diagnóstico o tratamiento.

Esta actitud sucede con menor frecuencia en primer nivel de atención médica; pero, a segundo nivel, los especialistas son muy dados a esta práctica, con lo cual aumentan su clientela médica y especialmente quirúrgica; para lo cual, laborando en alguna institución de salud, ocasionalmente retrasan o dificultan los trámites previos a la operación ofreciendo a nivel privado inmediata resolución del problema, atención personalizada y mayor acceso para que los familiares puedan acompañar a sus enfermos.

En la práctica, sucede también que cuando un médico solicita una interconsulta a un especialista, éste retiene al paciente sin devolverlo al remitente una vez estabilizado y de presentar otra patología, lo refiere a directamente a otro especialista sin regresarlo a su médico general, que definitivamente pierde el contacto con su paciente. Esto provoca que el médico general cuando labora en práctica privada, sea reacio a enviar a sus pacientes al especialista, con lo cual difiere la atención médica a un mejor nivel de competencia y acaso retrasa una verdadera urgencia medicoquirúrgica.

Este procedimiento de adjudicación de pacientes, resulta deshonesto para el médico involucrado, toda vez que provoca descrédito a terceros y busca su propio beneficio económico.

DESPOTRICAR

El médico en el hablar sobre su profesión debe ser cauto, parco, corto y moderado; hacerlo en demasía provoca además del error, mala impresión a sus oyentes; puesto que generalmente se mal informa (sea en beneficio o perjuicio) con respecto a compañeros o instituciones donde labora.

Trátense en pocas ocasiones de loas y frecuentemente de descréditos exagerados, colocan al médico en posición de hablador, dando la impresión de oportunismo o amargura en su situación profesional actual.

El médico que desprestigia a otro o alguna institución médica, lo hace por extensión, a toda la profesión y a la medicina se debe, cuando menos los médicos, considerarla como la más sublime de todas las profesiones existentes, sea cual sea la rama o especialidad ejercida.

Corolario

“Salta a la vista con lo anteriormente expuesto que la enseñanza de la Ética Profesional, y en nuestro caso de la Ética Médica, debe formar parte del bagaje intelectual que se ofrece a los estudiantes universitarios que, de ese modo, cumplen con una parte importante de su responsabilidad educativa.

No debemos olvidar lo que dijo el famoso Barón Von Humboldt: *–Lo que se trata de introducir en la vida deberá adoptarse primero en la escuela–*. Y si queremos lograr profesionistas éticos, hay que enseñarles a serlo y como serlo”.

Julio Roldán González

A

- Abnegación, 16
- Aborto, 10
 - causa del, 133
 - causas de salud social del, 147
 - clasificación del, 133
 - consideraciones ginecoembriológicas del, 130
 - criterio moral del, 125
 - embrionario, 133
 - espontáneo, 134
 - eugenésico, 137
 - fetal, 133
 - inducido, 134, 266
 - legalización del, 137
 - posición gubernamental en el, 141
 - y terapéutico, 133–148, 141
 - natural, 134
 - ovular, 133
 - por causas de salud mental, 148
 - situación,
 - en América Latina del, 136
 - legal mundial en el, 136
 - terapéutico, 143
 - causas bioéticas de, 144
 - criterio moral en, 145
 - directo, 144
 - indirecto, 148
- Actitud laboral, 48
- Adquisición de órganos humanos, 206
- Altruismo, 16
- American*
 - Foundation for AIDS Research*, 230
 - Hospital Association*, 53
 - Medical Association (AMA)*, 43, 102
- Análisis de laboratorio, 33
- Anemia de células falciformes, 240
- Anomalías
 - de los genes, 234
 - en el número de cromosomas, 234
 - en la estructura de los cromosomas, 234
- Anticoncepción, 10, 123–132, 266
 - criterio,
 - legal en la, 124
 - moral en la, 125
 - de urgencia, 125
 - promoción de, 123
- Arnoldo de Vilanova, 16
- Arte de curar, 41
- Asclepiades, 92
- Asesoramiento genético, 237
- Asociación de Víctimas de Negligencia Médica*, 312
- Aspecto bioético, 193
- Atención
 - de calidad y calidez, 29
 - médica, 32
 - obligación de, 102
- Atentado al pudor, 326
- Autoadjudicarse pacientes, 339

Autocrítica, 17
 Autodeterminación, 6
 Automedicación, 35
 Autonomía, 6
 Autoridad de Embriología y Fertilización Humana, 250
 Avenzoar, 26
 Averroes, 26, 92
 Avicena, 26, 92
 Ayurveda, 91

B

Beneficencia, 6
 Bentham, 8
 Bioética, 9, 97
 clínica, métodos de, 76
 colectiva, 70
 hospitalaria, 70
 médica,
 códigos de, 41–51
 comités de, 69–80
 conceptos en, 5–13
 en la eutanasia, 179
 evolución de la, 42
 hospitalaria, 65, 79
 otros códigos de, 50
 profesional, 1, 13
 social, 157, 170
 profesional, 69
 Biogenética médica, 233–255
 consideraciones,
 futuristas en la, 270
 legales en, 242
 morales en la, 242
 Boerhaave, 27
 Boyle, 27
Bula Quod Jusiurandum, 42

C

Calmar la angustia, 187
 Cambio de sexo, 94, 265
 cirugía para, 95
 Cáncer
 gástrico, 82
 intestinal, 82
 uterino, 82
 Capacitación, 17
 Carácter confidencial de la información, 230

Características
 cromosómicas del sexo, 94
 físicas del sexo, 94
 sexuales anormales, 94
 Carta de liberación de responsabilidad, 87
 Casos
 hipotéticos en la bioética médica laboral, 332
 selectos no identificables, 325, 336
 Causas del abuso tecnológico, 192
 Células
 madre, 249
 adultas, 251
 preembrionarias, 250
 Certificados de incapacidad, 309
 Charles Taze, 83
 Cirugía
 árabe, 92
 contemporánea, 93
 egipcia, 91
 estética, 93
 general, 89
 griega, 91
 india, 91
 plástica, 93
 criterio médico en la, 97
 y reconstructiva, 89–99, 93
 romana, 92
 Clasificación de lesiones, 296
 Clonación de células humanas, 251
Code of Ethics, 43
 Código(s)
 de bioética médica, 263
 definición del, 42
 evolución del, 42
 de ética
 de Percival, 43
 médica de la *American Medical Association*, 44
 de la *American Medical Association*, 54
 de la Asociación Mundial de Médicos, 46
 de las enfermeras, 43, 47
 de Nuremberg, 218, 224
 internacional(es)
 de bioética médica, 46
 de ética médica, 43
 en investigación biomédica en humanos, 214
 Penal Federal Mexicano, 54
 Coerción, 104
Coitus interruptus, 124

Comercialización de órganos humanos, 207
 Comercio de los órganos de trasplante, 208
 Comisión Nacional
 de Arbitraje Médico (CONAMED), 311, 321–324
 de Derechos Humanos, 319–320
 Comité(s)
 comunitario de bioética médica, 73
 de bioética médica
 consideraciones futuristas en los, 264
 protocolos de metodología en, 74
 departamentales, 72
 hospitalario(s)
 atribuciones de los, 72
 de bioética, 70, 146
 funcionamiento de los, 72
 origen del, 70
 Comportamiento ético, 308
 CONASIDA (Consejo nacional para la prevención y control del SIDA), 105
 Concepto de muerte, 161
 Conclusiones bioético-médicas en biogenética humana, 252
 Confidencialidad, 6, 103
 Consentimiento informado, 6, 53, 55, 127, 216
 Consideraciones
 bioeticomédicas en la investigación eugenésica, 247
 futuristas,
 a el perfil del médico, 260
 a la prestación médica, 258
 a la relación médico-paciente, 259
 a los padecimientos psicosomáticos, 261
 en el SIDA, 265
 en la eutanasia, 268
 ginecoembriológicas en la anticoncepción, 130
 morales en la investigación eugenésica, 247
 sobre investigación en terapia génica, 246
 sobre la calidad de la vida, 76
 sobre terapia genómica, 246
 Contagio ocupacional, 102
 Criterio(s)
 bioético médico
 de la fecundación extracorpórea, 154
 del aborto inducido, 139
 en eugenesia, 237
 en injerto de células, 199
 en eugenesia, 237
 médico, 86

moral, 84
 del aborto inducido, 140
 en eugenesia, 237
 para supresión
 de prolongación de la vida, 167
 de tecnología, 166

D

Datos estadísticos de morbi-mortalidad, 139
 Deberes
 de la enfermera, 58
 con el personal médico, 59
 con las instituciones, 59
 con sus compañeras de labor, 59
 consigo misma, 59
 hacia los enfermos, 47
 del médico, 58
 entre sí, 47
 del paciente, 57
 Decisión, 19
 Declaración(es)
 bioética de Gijón 2000, 50
 de derechos del paciente de la *American Hospital Association*, 59
 de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, 43
 de Helsinki, 215, 220, 224
 de Lisboa, 61, 263
 de Tokio, 178
 internacionales, 224
 Decoro, 19
 Demanda
 a las instituciones, 314
 al médico, 311
 penal al médico, 317
 Deontología, 8
 médica, 5
 Derechos
 de la enfermera, 57
 del médico, 57
 decálogo de los, 63
 derivados de su contrato laboral, 62
 derivados de su individualidad, 61
 derivados de su relación profesional, 62
 del paciente, 53
 humanos, 57
 y deberes, 53–64
 Desobediencia, 327

Desviaciones
 a la responsabilidad, 306
 al buen quehacer médico, 337–340

Determinantes bioéticas, 73

Diagnóstico
 de la muerte, 10
 genético, 240
 prematrimonial, 235
 prenatal, 236
 preclínico, 119

Diferimiento de altas, 339

Difusión de conocimientos médicos, 36

Dignidad, 19

Discriminación, 103

Donación
 en vida, 202
 obligatoria, 205
post mortem, 203

Donante
 características del, 203
 compensación al, 203
 consentimiento del, 203

E

Ecuanimidad, 20

Elaboración del dictamen, 315

Embarazo
 anembriónico, 145
 de alto riesgo, 128
 de riesgo mortal, 144

Encarecimiento de la atención médica, 191

Enfermedades transmisibles, 101–112

Escuela neumática, 92

Ética, 8
 médica, 5
 profesional, 9

Eugenesia, 234
 criterio
 bioético médico en la, 237
 moral en la, 237
 definición de la, 235

Eutanasia, 185
 a favor de la, 176
 clasificación de la, 173
 concepción actual de, 180
 contra la legalización de la, 176
 despenalización de la, 177
 directa involuntaria, 174

eugenésica, 173
 indirecta involuntaria, 174
 legal, 173
 legalización de la, 178
 lenitiva, 174
 liberadora, 173
 pasiva, 161
 requisitos para su aplicación de la, 178
 social, 173
 suicidio asistido y muerte digna, 171–188
 terapéutica, 173
 voluntaria
 directa, 174
 indirecta, 174

Evaluación ética, preguntas adicionales sobre la, 79

Evangelium vitae, 126

Evidencia, 113

Exámenes de gabinete, 33

Exigencia terapéutica, 192

Expediente clínico, 309

Experimentos médicos permitidos, 218

F

Falta de probidad, 326

Farmacogenética de predicción, 120

Fase
 expositiva, 76
 preclínica, 33
 pública, 77
 racional, 77
 volitiva, 77

Fecundación
 asistida, 151
 extracorpórea, 150, 151, 154
 criterio moral de la, 153
 intracorpórea, 149, 150
 criterio moral de la, 153

Fertilización artificial, 150, 152

Fibrosis quística, 240

Fines eugenésicos, 137

Food and Drug Corporation, 230

Forma de morir, 162

Fundamento bioético médico, 143

G

Galeno, 26, 92

Gaspar Tagliocozzi, 92

Genética microorgánica, 241

Genoma, 233

H

Hammurabi, 42

Harvey, 27

Hastings Center, 236

Hermafroditismo verdadero, 94

Hipócrates, 26, 42

Historia

de la cirugía plástica y reconstructiva, 90

de la eugenesia, 235

de la eutanasia, 174

Hombres transgénicos, 248

Homosexualismo, 95

Hospitales receptores de órganos, 206

Human Genoma Project, 233

Humanae Vitae No. 10, 126

Humanitarismo, 6

Humildad, 20

I

Iatropatogenia, 307

Identificación de los datos ético-médicos, 78

Imagenología molecular, 121

Imhotep, 42

Indemnización

consecuencia de daño físico, 317

de supuesto o real daño mental, 318

por *malpraxis* médica, 317

Indicación quirúrgica, 339

Injerto

de células, 197

consideraciones bioéticas al, 198

de tejidos, 198

preembrionarios, 199

Inseguridad médica, 338

Inseminación

artificial, 150

heteróloga, 150

homóloga, 150

Instituto de Células Madre, 250

Investigación

biomédica,

en seres humanos, principios básicos de
la, 220

no clínica, 222

clínica, 222

en humanos, 214

sobre el SIDA, propuesta estratégica
para el, 230

con retraso mental, 225

en genética humana, 243

en humanos, 213–232

normas bioético médicas comunes en, 215

procedimientos de evaluación de, 227

en menores, 225

en mujeres embarazadas, 225

en nivel comunitario, 226

en personas enfermas, 225

en terapia génica, 244

eugenésica, 247

médica en humanos, 214

para la salud, 282

patrocinada desde el exterior, 229

J

Juramento

de fidelidad profesional, 46, 54

de Hipócrates, 42, 43, 54

Jusiurandum, 42

L

La enfermera

y el ejercicio de la enfermería, 48

y la profesión, 48

y la sociedad, 48

y las personas, 48

y sus compañeras de trabajo, 48

Lealtad, 21

Leewenhoek, 27

Legislación, 11

médica profesional, 273–279

sanitaria, 84

Ley

de Hipócrates, 15, 91

federal del trabajo, 296

General de Salud, 56, 84, 162, 282, 284

Linfomas de Burkitt, 288

Litigiofobia, 310

M

Madurez, 21

Maimónides, 26, 92

- Malformaciones del producto, 144
Malpraxis médica, 191, 307
 Medicina
 actual, 29
 basada en evidencias
 consideraciones futuristas en la, 264
 fundamento de la, 114
 secuencia en, 115
 y de predicción, 113–122
 científica, 27
 comunitaria, 31
 de evidencias, 190
 de predicción, 116, 121
 con imagenología, 121
 de solidaridad, 31
 defensiva, 310
 del futuro, 257–272
 deshumanización de la, 37
 empírica, 25
 familiar, 28
 futura, 29
 genómica, 240
 de predicción, 119
 griega, 26
 institucional, 29, 31
 medieval, 26
 moderna, 28
 participativa, 31
 particular, 31
 privada, 30
 renacentista, 27
 romántica, 27
 social, 31
 tradicional, 30
 ejercicio de la, 36
 Médico(s)
 cirujanos, práctica médica laboral en, 335
 de cabecera, 27
 de la familia, 27
 de la red, 31
 de primer nivel de atención, 28
 de urgencias, práctica médica laboral en, 336
 en general, práctica médica laboral en, 333
 familiares, práctica médica laboral en, 333
 ginecoobstetras, práctica médica laboral en,
 335
 ideal, cualidades que debe reunir el, 16
 internistas, práctica médica laboral en, 334
 sacerdote, 26
 Medidas terapéuticas
 extraordinarias, 164
 ordinarias, 164
 Memoria, 21
 Método(s)
 anticonceptivos, 131
 Billings, 124
 científico, 33, 116
 contraceptivos, 131
 de procreación artificial, consideraciones
 de los, 154
 Metodología anticonceptiva, 124
 Mitigar el dolor, 186
 Modelo(s)
 Apgar, 117
 de predicción en medicina, 117
 difusión de los, 117
 Fillip, 117
 Moral, 7, 175
 médica, 5
 regla de oro de la, 7
 Motivaciones del médico, 192
 Muerte
 cerebral, 204
 consideraciones futuristas en la, 267
 determinación de la, 203
 digna, 172, 186
 estadios previos a la, 163
 humanización de la, 164
 y prolongación de la vida, 161–170
-
- N**
-
- Negativa de atención, 102
 Negligencia profesional, 325
 NOM-003 SSA2-1993, 82
 NOM-003-SSA2-1993, 286
 NOM-007-SSA2-1993, 287
 NOM-008-SSA2-1993, 288
 NOM-010-SSA2-1994, 288
 NOM-013-SSA2-1994, 288
 NOM-014-SSA2-1994, 288
 NOM-015-SSA2-1994, 289
 NOM-016-SSA2-1884, 290
 NOM-017-SSA2-1994, 290
 NOM-023-SSA2-1994, 290
 NOM-024-SSA2-1994, 290
 NOM-025-SSA2-1994, 291
 NOM-028-SSA2-1999, 291

NOM-030-SSA2-1999, 291
 NOM-087-ECOL/95, 286
 NOM-16-SSA1-1993, 290
 NOM-167-SSA1-1997, 291
 NOM-168-SSA1-1998, 292
 NOM-170-SSA1-1998, 292
 NOM-171-SSA1-1998, 292
 NOM-173-SSA1-1998, 292
 NOM-174-SSA1-1998, 292
 NOM-178-SSA1-1998, 293
 NOM-190-SSA1-1999, 293
 NOM-197-SSA1-2000, 293
 NOM-26-SSA2-1998, 291
 NOM-O05-SSA2-1993, 287
 NOM-O06-SSA2-1993, 287
 Normas bioéticas extranacionales, 216
 Notificación, 104

O

Observación, 21
 Ortotanasia, 174

P

Paciente(s)
 confianza de los, 44
 derechos del, 36
 disposición de sus, 44
 transformación del, 36
 Padecimientos genéticos, 145
 Paracelso, 27
 Paro cardiorrespiratorio, 161
 Perfil del médico, 15–24
 Personalidad, 22
 Píldora
 poscoito, 127, 129, 147
 RU-486, 130
 Práctica médica
 institucional, 35
 laboral, 333
 privada, 35, 332
 tradicional, 35
 Prescripción de medicamentos, 338
 Presentación de la queja, 311
 Prestación(es)
 de servicios de salud, 282
 médica, 35
 mixta, 32

Prestigio, 22
 Prevención y control de enfermedades y accidentes, 283
 Principio(s)
 de libertad
 de pensamiento, 7
 moral, 7
 de objeción de conciencia, 7
 ético-médicos pragmáticos, 6
 éticos aplicables a la función del personal de sal, 49
 Prioridad, 6
 Probabilidad de supervivencia, 165
 Procreación asistida, 10, 149–155, 266
 Productos anencéfalos, utilización de, 201
 Programa
 de ética clínica, 74, 75
 estratégico para toma de decisiones ético-clínicas, 75
 Prolongación de la vida, 164
 Promoción
 médico de anticoncepción, 123
 política de anticoncepción, 123
 social de anticoncepción, 123
 Pronóstico incierto de la muerte, 165
 Protocolo
 de Bochum, 75, 78
 manejo del caso con el, 78
 Proyecto genoma humano, 190, 238

Q

Queja o demanda al médico, 308

R

Receptor de un órgano, requisitos que debe reunir el, 206
 Recomendación Gillick, 85
 Rechazo del trasplante, 207
 Reforma de la Ley de Instituciones Mutualistas y de Seguros, 31
 Reglamentos
 de la ley general de salud, 284
 e instructivos de cada institución, 299
 Relación
 curador-doliente, 25
 enfermera-paciente, 47

médico-paciente, 25–39, 29, 32, 308
 en profesiones afines, 37
 estado actual de la, 34
 evolución de la, 25
 factores condicionantes de la, 36
 Remuneración, 23
 Reparto de utilidades, 337
 Responsabilidad, 23
 administrativa de los servidores públicos, 295
 médica, 277–279
 civil, 301–302
 consideraciones de la, 278
 desviaciones a la, 279, 305–318
 laboral, 279–295, 300
 profesional, 279, 281, 294
 penal, 303–304
 Retinoblastoma, 240
 Riesgo reproductivo, 128

S

Sarcoma de Kaposi, 288
 Secreto
 médico, 54
 profesional
 limitaciones del, 55
 límites del, 55
 Seguridad de fallecimiento, 165
 Selección
 del método, 127
 del receptor de órganos, 206
 Servet, 27
 Servicio
 de biogenética, 73
 de enseñanza, 73
 de imagenología, 73
 de radio y quimioterapia, 73
 de trasplante de órganos, 73
 Seudohermafroditismo, 94
 SILOS (Sistemas locales de salud), 73
 Síndrome
 de Down, 240
 de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
 población de alto riesgo en el, 101
 de Marfán, 240
 Sinonimia, 238
 Solicitud de anticoncepción, 127
 Solidaridad, 6

Subcomité de Bioética por Servicio, 72
 Suicidio asistido, 183, 185
 Sydenham, 27

T

Tanatología, 187
 Telemedicina, 258
 Terapia
 génica, 245
 consideraciones futuristas a la, 262
 médica consideraciones futuristas a la, 262
 Testamento biológico, 168
 Testigos de Jehová, 83
 Tipo de donación, 206
 Toma de decisiones
 ético-clínicas, 75
 ético-morales, 70
 Tráfico de órganos, 208
 Trámite de la demanda, 315
 Transexualidad, consideraciones en la, 98
 Transexualismo, 95
 criterio moral en el, 98
 Transfusión de sangre, 82
 en testigos de Jehová, 81–88
 Trasplantes de órganos, 197–212
 aloplásticos, 202
 bioética médica en, 209
 consideraciones en, 210
 homoplásticos, 202
 Travestismo, 95

U

Unidad
 de coronarias, 73
 de cuidados intensivos, 72
 de urgencias medicoquirúrgicas, 73
 Uso indiscriminado de antibióticos, 35
 Útero subrogado, 151
 Utilidad, 114, 118
 Utilización de tecnología médica, 189–195

V

Vesalio, 27
 Vida vegetativa, 166
 Vocación, 23

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos de esta
tercera edición el 28 de febrero del 2005
en los talleres de
Programas Educativos, S.A. de C.V.,
Calz. Chabacano num. 65, Local A,
Col. Asturias, 06850
Empresa certificada por el
Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, A. C.,
bajo la norma ISO-9002:1994/NMX-CC-04:1995,
con el número de registro RSC-048,
y bajo la norma ISO-14001:1996/SAA-1998,
con el número de registro RSAA-003.
México, D.F.

3a. edición, 2005

