





REFLEXIONES SOBRE DILEMAS ÉTICOS
EN LA PRÁCTICA MÉDICA
TOMO I



Universidad Nacional Autónoma de México
Secretaría de Desarrollo Institucional
Seminario sobre Medicina y Salud

Seminario sobre Medicina y Salud

REFLEXIONES SOBRE
DILEMAS ÉTICOS
EN LA PRÁCTICA MÉDICA

TOMO I

OCTAVIO RIVERO SERRANO
COORDINADOR



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MÉXICO, 2018

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas

Nombres: Rivero Serrano, Octavio, editor.

Título: Reflexiones sobre dilemas éticos en la práctica médica / Octavio Rivero Serrano, coordinador.

Descripción: Primera edición. | México : Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Desarrollo Institucional, 2018- . | Serie: Seminario sobre medicina y salud.

Identificadores: LIBRUNAM 2022933 | ISBN obra: 978-607-30-1194-5 ISBN colección: 978-607-30-1193-8

Temas: Ética médica. | Personal médico - Ética profesional. | Ética médica - Aspectos sociales.

Clasificación: LCC R724.R44 2018 | DDC 174.2—dc23

SEMINARIO SOBRE MEDICINA Y SALUD

Dr. Octavio Rivero Serrano

Director

Lic. María del Rosario Gutiérrez Razo

Editora responsable.

DICTAMINADORES TOMO I:

Dra. María de Jesús Medina Arellano

Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM.

Dr. Fernando Bernal Sahagún

Comité Normativo Nacional de Medicina General.

Dr. Adolfo Chávez Negrete

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Primera edición diciembre 2018

D. R. © 2018 Universidad Nacional Autónoma de México

Ciudad Universitaria, Alcaldía Coyoacán

C.P. 04510, Ciudad de México

Secretaría de Desarrollo Institucional

Ciudad Universitaria, 8° piso de la Torre de Rectoría,

Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México

ISBN de la colección: 978-607-30-1193-8

ISBN de la obra: 978-607-30-1194-5

El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores.

Esta edición y sus características son propiedad de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales.

Libro de distribución gratuita.

Impreso y hecho en México

Printed and Made in Mexico

Contenido

PRESENTACIÓN	11
PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA ÉTICA MÉDICA: LA TRADICIÓN HIPOCRÁTICA	13
<i>Carlos Viesca Treviño</i>	
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y ÉTICA	
EL MÉDICO ANTE LA DEMANDA Y EL USO DE LA MEDICINA DEFENSIVA	27
<i>Héctor Fernández Varela Mejía y Jorge Alberto Ortiz Cabrales</i>	
CONFIDENCIALIDAD MÉDICA Y SECRETO PROFESIONAL	42
<i>Horacio Rubio Monteverde</i>	
ASPECTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA	
ÉTICA Y ALZHEIMER. ES UN DILEMA	59
<i>Carlos D'Hyver De Las Deses</i>	
ÉTICA Y SUBROGACIÓN MATERNA	73
<i>Enrique Rivero Weber</i>	

¿LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE, SIGUEN SIENDO ACTUALES?	89
--	----

Rubén Argüero Sánchez

CONFLICTOS ÉTICOS EN EL PACIENTE TERMINAL

EL DILEMA ÉTICO DEL MÉDICO ANTE EL ENFERMO TERMINAL	107
--	-----

Enrique Wolpert Barraza

¿CUÁLES SON LOS CONFLICTOS ÉTICOS EN LA APLICACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA?	114
--	-----

Pelayo Vilar-Puig

NOTAS PARA UNA GENEALOGÍA DE LA EUTANASIA	122
---	-----

Paulina Rivero Weber

EUTANASIA	133
-----------	-----

Asunción Álvarez del Río

DIMENSIÓN SOCIAL DE LA ÉTICA MÉDICA

ÉTICA EN LOS SERVICIOS DE SALUD	143
---------------------------------	-----

Mariblanca Ramos Rocha

BIOÉTICA MÉDICA: EL RESCATE DE LA DIMENSIÓN HUMANA DEL PACIENTE	154
--	-----

Carlos Viesca Treviño, Mariblanca Ramos Rocha y Jessica Haydee Guadarrama Orozco

¿HAY ALGÚN DILEMA ÉTICO, CON LA LEGALIZACIÓN DE LA MARIHUANA?	168
--	-----

Héctor Fernández Varela Mejía y Gabriel Rivero González

CONTROVERSIAS EN LA CERTIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS	189
--	-----

Onofre Muñoz Hernández

Colaboradores

Dr. Octavio Rivero Serrano

Director del Seminario sobre Medicina y Salud
Coordinador

Dra. Asunción Álvarez del Río

Profesora del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
Miembro del Colegio de Biética A.C
Autora

Dr. Rubén Arguero Sánchez

Jefe del Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dr. Carlos D'hyver De Las Deses

Coordinador de Geriatría
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía

Director General de Atención a la Salud
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dra. Jessica Haydee Guadarrama Orozco

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Coautora

Dr. Onofre Muñoz Hernández

Comisionado Nacional de la Comisión Nacional de Arbitraje
Médico de la Secretaría de Salud. SSA
Autor

Dr. Jorge Alberto Ortiz Cabrales

Jefe de Protocolo de Investigación, Dirección General de Atención a la Salud,
Universidad Nacional Autónoma de México
Coautor

Dra. Mariblanca Ramos Rocha

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autora

Dr. Gabriel Rivero González

Subdirector de Atención Médica en Planteles Metropolitanos,
Universidad Nacional Autónoma de México
Coautor

Dr. Enrique Rivero Weber

Médico Adscrito SSA. Profesor de Asignatura, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dra. Paulina Rivero Weber

Directora del Programa Universitario de Bioética,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autora

Dr. Horacio Rubio Monteverde

Director de Atención Médica, Dirección General de Servicios Médicos,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dr. Carlos Viesca Treviño

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Dr. Enrique Wolpert Barraza

Presidente del Comité Normativo Nacional
de Consejos de Especialidades Médicas
Autor

Dr. Pelayo Vilar Puig

Coordinador del Proyecto del Centro de Innovación
Tecnológica para Educación en Salud, Facultad de Medicina,
Universidad Nacional Autónoma de México
Autor

Presentación

Es más civilizado morir según las reglas que curarse contra las reglas.

Molière

Las normas en las que actúa una sociedad son en términos generales los principios de la Ética, en el caso de la ética médica basada en la confidencialidad, el secreto profesional y la relación médico-paciente, es un hecho que ha estado presente en la práctica de la medicina desde la antigüedad. El propio Hipócrates (460 aC.-370 aC.), considerado el padre de la medicina, plasmó en lo que se conoce como el juramento hipocrático los deberes éticos de los médicos, vigentes hasta nuestros días y que con altibajos que se han repetido a lo largo de los siglos, esta ética médica ha sido el marco referencial válido a través de veinticinco siglos y su olvido operativo durante el último siglo y medio, su limitación a la práctica de una buena ciencia, es lo que ha motivado la necesidad de revivir teorías y principios éticos.

Es indiscutible que existe un cambio en el paradigma del ejercicio médico. Los nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento han propiciado el aumento en el uso de la tecnología y la intervención de terceros. Queja constante en estos dos últimos siglos ha sido la deshumanización de la medicina por parte de la sociedad de nuestros días que ha cobrado conciencia para la defensa de los derechos humanos, entre los cuales la atención a la salud es un tema relevante.

Sin duda los avances del conocimiento y el desarrollo de la tecnología han jugado un papel preponderante en el conocimiento médico, con éxitos radicales

en el tratamiento y control de numerosas enfermedades y una notable disminución de la tasa de mortalidad, además de un asombroso incremento de la expectativa de vida al nacer. Pero también han generado nuevos y complicados dilemas éticos, entre ellos: ¿qué actitud tomar ante la demanda y el uso de la medicina defensiva? ¿qué decidir con un enfermo de Alzheimer, dar tratamiento total, sólo de mantenimiento o no hacer nada? ¿qué hacer en la práctica clínica frente a un paciente terminal? ¿es ética la subrogación materna? ¿cuáles son los conflictos éticos en la donación de órganos? dilemas e interrogantes que nos preocupan y ocupan y que nos llevaron a programar durante tres años en el Seminario sobre Medicina y Salud una serie de sesiones, donde distintos especialistas trataron de dar respuesta a estas cuestiones preponderantes en la práctica médica.

Sus propuestas, enfoques y comentarios, por demás interesantes, forman parte de este primer volumen. Como el tema es inacabable y los comentarios de trascendental importancia, hemos considerado conveniente editar un segundo volumen, que está próximo a publicarse y cuyo fin será despertar inquietudes en los actuales y futuros médicos, que fructifiquen en una medicina más humanista y menos mercantilista.

En ambos volúmenes se deja claro que para el médico y la medicina el principio ético de salvaguardar la vida humana y la integridad de la persona tienen un carácter primario y absoluto. Al igual que todos los individuos tenemos el derecho de vivir con dignidad y también el derecho de morir con dignidad.

Dr. Octavio Rivero Serrano

Perspectiva histórica de la ética médica: La tradición hipocrática

CARLOS VIESCA TREVIÑO

La ética médica es, sin lugar a dudas, la más antigua de las éticas profesionales. Surge ante la reflexión de los médicos (hechiceros, chamanes, sanadores...) ante lo que deben o no deben llevar a cabo con sus pacientes (no en sus pacientes) y lo que significa, para estos últimos, lo que se hace y los resultados de ello. Desde el inicio de la historia de la humanidad se hace patente lo que consignará Hipócrates a fines del siglo V a.C. al dejar claro que la medicina, correctamente ejercida, implica siempre la interacción de tres elementos: el paciente, la enfermedad y el médico; haciendo hincapié en que ese médico debe ser su médico y no sólo un médico, implicando con ello la indispensabilidad de un vínculo personal emocional que sirva de base y marco a esa relación. La atención de la enfermedad, la medicina, es una de las actividades que es foco de atención en toda sociedad humana, que existe ante la necesidad de hacer algo para evitar la enfermedad y sanarla, para ayudar a los seres humanos en el transcurrir de los ciclos biológicos, ante los problemas de salud que implican la infancia y el desarrollo, la vejez y la inevitabilidad de la muerte, buscando en esta última situación el hacerla menos penosa.

Esto es, como decía, común a todas las sociedades humanas y a todas las épocas de su historia. Sin embargo, lo correcto y lo incorrecto en el actuar del médico y las expectativas inherentes a los resultados de su quehacer han sido y

siguen siendo definidos de acuerdo a la moral social vigente, la cual no sólo es diferente de sociedad en sociedad sino también en los diversos momentos de la evolución histórica de cada una de ellas. De tal manera existen diferencias, a veces abismales, entre una sociedad y otra y al interior de cada una de ellas en el trascurso del tiempo. Pedro Laín Entralgo ha definido con toda propiedad esta situación al iniciar su análisis de la ética hipocrática, considerándola no como la única base de una ética intemporal y absoluta, sino como el ejemplo más preciado por sentar las bases que privan en la ética médica occidental por 2,500 años: “La ineluctable eticidad del acto médico se realiza de manera cambiante a lo largo de la historia y va adoptando figuras típicas correspondientes a cada una de las circunstancias histórico-sociales”. (Laín Entralgo, 1970, p.380). Esta realidad histórica implica un problema filosófico de importancia mayor que es la imposibilidad en la práctica de considerar una moral universal y, por ende, tampoco una ética universal, a pesar de que todas las culturas abogan por sustentar que la propia es la universal e intemporalmente correcta.

Con esta perspectiva, revisemos algunos de los elementos que han caracterizado a la ética médica en algunas culturas no occidentales y a lo largo del desarrollo de la cultura occidental hasta nuestros días.

Existen relatos y análisis acerca de los procederes de diversos curanderos que atestiguan la dimensión moral y a veces la reflexión ética que rigen sus vidas profesionales. Pondré a su consideración ahora dos ejemplos. El primero de ellos se refiere a Quesalid, un médico - hechicero kwakiutl, una tribu que vive en la Columbia Británica, que al uso de medicamentos aunaba una técnica consistente en extraer el espíritu de la enfermedad, empujándola mediante un masaje a una parte del cuerpo accesible a ser succionada con la boca y materializarlo en un amasijo de plumón mojado con sangre procedente de mordeduras en la mucosa de su boca, el cual mostraba al enfermo y sus familiares. Se hizo de gran prestigio y se dedicó a desenmascarar a otros curanderos que practicaban otras técnicas que él consideraba inefectivas, y por lo tanto, inadecuadas, inaceptables ante la moral social de la tribu por ser falsas, inmorales. En un momento dado, Quesalid se preguntó sobre sí su técnica no sería también una impostura y, tras ponerla a prueba y convencido de su “efectividad real” continuó ejerciendo y desenmascarando chamanes charlatanescos. (Boas, Levi Strauss, Viesca) Quesalid, indudablemente llevó a cabo una reflexión ética.

El segundo ejemplo proviene de un grupo de parteras tradicionales que trabajaban en los montes situados al noreste de Texcoco a principios de la década del 1980. En un estudio encaminado a estudiar el empleo del *cihuapahtli*, planta cuya

tisana tiene un fuerte efecto ocitócico al grado de producir tetania uterina y serias complicaciones cuando se sobredosifica, las parteras negaron emplearlo y, al fin y al cabo, dijeron que los casos en que se necesitaba usarlo los referían a una de ellas, de mayor edad y considerada su maestra que “sí sabe usarla”. En el desarrollo de su práctica profesional, ellas iban aprendiendo el empleo de este fármaco de delicado uso y lo utilizarían solamente cuando supieran perfectamente cuáles son sus efectos y cuáles los primeros indicios de toxicidad a fin de evitar daño a las pacientes y sí obtener beneficios del medicamento. Posiblemente en este caso no se pueda hablar de una reflexión ética, pero sí de una moral profesional que hace eco de reflexiones actuales que plantean que el primer elemento constitutivo de toda ética médica es el que el presunto médico sepa medicina, sea poseedor del mejor y actualizado conocimiento médico a su alcance, mismo que pondrá al servicio del paciente.

Hechas estas consideraciones y teniendo claro que existió una ética médica en todas las culturas antiguas, las del lejano oriente, China, la India y Japón así como las de Egipto y Babilonia y las de las culturas prehispánicas de México y los Andes, centraremos nuestra atención en la tradición hipocrática.

Hipócrates y el nacimiento de la ética médica occidental

A lo largo de la historia de la medicina occidental abundan los testimonios que reconocen en Hipócrates la paternidad tanto de las teorías que fueron científicas hace veinticinco siglos como de la formalización de la dimensión ética del quehacer médico.

Es bien sabido que Hipócrates vivió en el siglo V a. C. y la primera parte del IV, ubicándose su nacimiento alrededor del año 460 a. C. y su muerte en 370 a. C. en la isla de Cos, en un sitio un poco al norte de la actual ciudad de Cos hoy llamado Astipalea, que era la capital de la isla y se llamaba Cos en ese entonces. Su padre, Heraclides, era médico, descendiente de médicos con una genealogía que en diecisiete generaciones llegaba a Asclepios; su madre, Phaenarete o, según otras tradiciones Praxitea, hija de Phaenarete, era partera. Durante su vida recorrió dando consulta y consejos médicos por gran parte del mundo griego y murió en Larisa, en Tesalia. Tras una formación sólida en la tradición familiar hereda la responsabilidad de desarrollar el saber de sus progenitores, consignar sus conocimientos por escrito y formar nuevas generaciones de médicos (King, p.646-650). Sus textos, algunos muy posiblemente emanados de él mismo, otros

procedentes de discípulos cercanos a él, fueron reunidos en una colección hoy conocida como *Corpus Hippocraticum*, la cual comprende no sólo las obras atribuidas a él o al menos procedentes de sus tiempos y su escuela, sino también las de otras escuelas médicas, como la de Cnido, su contemporánea, de Alejandría y de diversos grupos que se preocuparon por desarrollar el conocimiento médico en los dos siglos siguientes.

A fin de enfocarnos en la ética médica hipocrática, dejemos de lado la construcción de la teoría médica humoral, a la que Hipócrates dio su forma definitiva sentando las bases de un conocimiento médico que fue vigente por más de dos mil años y continúa teniendo repercusiones en la clínica y recuerdos, como sucede con la endocrinología moderna, la que guardó la denominación de hormona, consignada por Bayliss y Starling a principios del siglo XX, para distinguir las sustancias biológicas que, producidas en un órgano, son distribuidas a través del torrente sanguíneo y tienen actúan en diferentes partes del cuerpo.

Esta importantísima contribución es la que, según gran parte de los historiadores de la medicina, ha contribuido principalmente a llamar a Hipócrates “el padre de la medicina”. Aquello que distingue la imagen del gran médico de Cos, según Charles Daremberg, uno de sus grandes estudiosos, “es una alta idea de la medicina, de sus alcances, de su dificultad, de sus fines; un gran cuidado de la dignidad médica, un vivo sentimiento de los deberes de su profesión, una profunda repulsión hacia aquellos que la comprometían, sea por su charlatanería, sea por sus malas prácticas, en fin, una solicitud continua de la curación o al menos del alivio de los enfermos” (Daremberg, p. XXIII-XXIV). De allí sus dimensiones éticas y la trasmisión de principios morales y reflexiones éticas que caracterizan la medicina que lleva su nombre.

Ética médica en la tradición hipocrática

Un primer aspecto que quiero poner en relieve es que toda la medicina hipocrática y en particular los textos atribuidos al propio Hipócrates utilizan con especial énfasis el término *Anthrôpos*, el ser humano, para designar al enfermo. Lo que se significa no es otra cosa que su humanidad. El ser doliente que el médico tiene ante sí es un ser humano y de esto se desprende todo el ejercicio de la medicina. El enfermo es aquel ser al que se debe atender a fin de, en la medida de lo posible, ayudarlo a recuperar su salud. A la existencia de un enfermo, su enfermedad y el médico con su conocimiento, se suma el concebirlo no sólo en su acepción

de enfermo sino de ser humano, es decir de un ser humano afectado por una enfermedad. En esto se encuentra la esencia de un primer humanismo médico en la historia de Occidente.

En el primer libro de las Epidemias (I,5 11 en la edición española), uno de los escritos muy posiblemente redactados por Hipócrates, queda bien establecido que el fin de la medicina es el mejor interés del enfermo, su beneficio, entendiendo a éste como la recuperación de la salud y la aproximación a un estado lo más cercano a lo ideal para ese individuo en particular. En el párrafo al que me refiero aparece la prescripción moral que debe regir a cualquier acto médico: "Tener en las enfermedades dos cosas siempre presentes: ser útil o al menos no dañar". De esto se ha derivado toda la deontología médica occidental por lo menos hasta el último tercio del siglo XVIII, al quedar establecidos dos principios normativos básicos, el de beneficencia y el que se ha nombrado de no maleficencia. Las palabras griegas empleadas en el texto original son muy significativas: *Oophelein*, se traduce como "ayudar", "socorrer", no precisamente "beneficiar", significado que se ha acuñado posteriormente; en tanto que *blaptein*, tiene los significados de paralizar, impedir y de causar daño y el que se le anteponga *ne* indica negación, "no paralizar, no causar daño". Para ello, el mismo texto había ya señalado que "[se debe] decir lo que ha sido, conocer lo que es y prever lo que será..." Es decir, ante todo el médico debe, como servidor del arte [de curar], establecer las condiciones precisas del enfermo y la enfermedad que cursa, pero es entonces cuando aparece en plenitud la dimensión ética. Saber medicina es sólo el principio del arte médica (*techné iatriké*). Es entonces cuando se hace presente lo que va más allá del conocimiento, lo que realmente da su sentido al ser del médico: la dimensión ética de su quehacer. Ser mejor médico siendo cada vez mejor ser humano.

Ahora bien, en la medicina de épocas posteriores se ha confundido este "no dañar" con no actuar. Nada más lejano que esto de la visión hipocrática -y al decir hipocrática me refiero a una visión de escuela y no precisamente de un personaje- en la que no dañar significa hacer lo que atrae ayuda, siempre actuar, pero absteniéndose de lo que se ha llamado "intervenciones intempestivas" (Jouanna, 1995, p.59). Lo importante aquí es el criterio de definir límites. Límites entre lo que se puede y lo que se debe hacer. El límite del *Arte médica* está dado por la violencia del mal, que sobrepasa lo que se puede obtener, dentro de lo que es la naturaleza del enfermo y de la enfermedad. Saber distinguir esto en la práctica diaria es lo que diferencia al médico de nombre del médico *de facto* (*Sobre el Arte*, 8). En su Segundo Comentario al libro I de las Epidemias, Galeno, el hipocratista más conocedor e importante de la antigüedad, dice que a él le parecía

este precepto como de poca importancia y hasta “indigno de Hipócrates” por ser evidente, pero que al observar a muchos médicos famosos dañar a sus enfermos de muy diversas maneras, “comprendí que Hipócrates...había sufrido semejantes descalabros y que yo debía de tomar en lo sucesivo todas las medidas, si iba a prescribir un remedio, para calcular de antemano no solamente que alivio podría alcanzar el enfermo si el remedio cumplía su cometido, sino también que daño le pudiera sobrevenir si el remedio fallaba.” Y continuaba diciendo: “Nunca he administrado nada sin antes haber tenido cuidado de no perjudicar al enfermo dado el caso de no haber alcanzado mi fin...” (Galeno, *Comentario II in Epid. I*).

El asunto es delicado en suma, pues conduce a la abstención de actuar y, cuando ésta se convierte en primordial, lleva a dañar por no hacer, lo que no es menos perjudicial que hacer lo que no se debe. La consideración clave es que lo que no se puede dejar de hacer es tratar de reconocer la naturaleza del mal en contraposición con la naturaleza del enfermo, y esto no puede mantenerse en términos de abstracción, debe llevarse al terreno de la realidad. El conocimiento teórico es el comienzo, aterrizarlo en una situación concreta es lo que se espera de un “servidor del arte” con buena formación y capacidad de raciocinio y llevar a cabo todo, al máximo, lo que esté dentro de sus capacidades y posibilidades, siempre y cuando la enfermedad esté dentro de los límites de lo natural, es decir, de lo que puede ser reversible. En este sentido, el conocimiento lleva a no hacer lo que va en contra de la *dynamis* de la naturaleza, de lo que ha sobrepasado los límites de corrección natural de un fenómeno, en este caso la enfermedad. Diagnosticar esto es diferenciar entre padecimientos que van más allá de esos límites, son *kat' ananké*, situaciones que sobrepasan la necesidad, es decir, el orden de las cosas y su desenlace se vuelve forzoso, lo que implica incurabilidad e incluso la muerte (Goic, p.133 y ss). Un claro ejemplo de esto se encuentra en el tratado hipocrático *Sobre las fracturas*, en el cual al hablar del manejo de las fracturas expuestas del húmero y del fémur, recomienda no intentar la reducción cuando se han tomado ya en cuenta todas las características de la lesión, si hay mucha pérdida de sustancia ósea, si la extremidad del hueso expuesta es la distal o la proximal, si hay contractura muscular, lesión de vasos o nervios... y señala que lo mejor es no intentar la reducción, alinear y tratar conservadoramente, pues, de otro modo, si se intenta reducir y no se logra el médico parecerá inhábil y no se considerará la imposibilidad de lograrla, y si la reduce, lo más probable es que el paciente muera (*Sobre las fracturas*, 35,36). Otro ejemplo interesante es la recomendación hipocrática de no tratar a quienes padecen cánceres “ocultos”, dado que de tratarlos

los lleva a una muerte pronta y de lo contrario pueden sobrevivir largo tiempo (*Aforismos*, VI, 38, L.IV:572).

Otras enfermedades quedan dentro del orden natural, *kat' physin*, y cuando estas son diagnosticadas debe procederse con todos los remedios disponibles. Queda abierta la consideración de la posible eficacia de los remedios y de la conciencia de los límites impuestos por lo que se dispone. La dimensión ética del médico se expresa mediante el prometer curar lo imposible y el no prometer curar lo posible, en el hacer y en el abstenerse de hacer teniendo como fin la ayuda, el beneficio del paciente (Laín Entralgo, p.308) La excelencia del médico -*areté*- se expresa mediante su capacidad de diferenciar lo que beneficia de lo que puede perjudicar y de acuerdo a su actuar dentro de límites estrechos. Difícil cosa es lo bello, diría Sócrates en el diálogo con Hippias, y la práctica de esta *areté* técnica y ética por parte del médico alcanza por definición esa dimensión estética, es bella por naturaleza (*kat' physin*). Fundamental es que los actos del médico sean dirigidos hacia promover el beneficio del enfermo y no a incrementar la reputación del médico.

Un punto de relevancia inconmensurable es la forma en que se desarrolla la relación del médico con el enfermo, con su enfermo. En la lucha contra la enfermedad, el drama central es el del ser humano que está enfermo. El médico es el aliado del enfermo, es el sacerdote del arte, pero al fin de cuentas es solamente quien ayuda a el paciente a luchar y sobreponerse a su enfermedad y lo hace poniendo en juego su saber, su criterio en cuanto a lo que debe y lo que no debe hacer, pero también su devoción y abnegación, ya que la medicina, ya en Grecia, era considerada como una de las actividades que implican sufrimiento por parte de quien las ejerce. En el tratado *Sobre las ventosidades* (VI, 90) se expresa esto claramente al decir que "hay artes que son benéficas para los que de ellas se sirven, pero penosas para quienes las poseen". El espectáculo de la enfermedad produce sentimientos ambivalentes que comprenden la repulsión, ya que "en los dolores ajenos sufre penas propias" y el deseo de ayudar, ya que se dispone del saber y el saber hacer y lo fundamental es que se pone en relieve y se prioriza esto último. La conjunción de *tekhné* y dimensión ética de la práctica médica se inscribe en un marco de acercamiento al ser humano, de *philanthropia* y el resultado inmediato es una *philía*, una amistad médica que conduce a un amor al arte, al ejercicio de la profesión, y una amistad con el paciente. De tal manera, la relación médico - enfermo es una amistad encaminada a aprovechar el conocimiento y la *tekhné* del primero en beneficio y ayuda del otro (Laín Entralgo, p.384 y ss). Sin embargo, es evidente que el resultado es lo que veinticinco siglos

después resumiría Potain en una frase que haría suya Ignacio Chávez al definir la buena práctica médica como un conocimiento ante una confianza.

Ahora bien, la medicina, por definición y para ser ética, debe ser dialógica y debe ser el vehículo de expresión de una comprensión profunda, por parte del médico, con respecto al enfermo, a sus expectativas, hecho que queda explícito en el libro VI de las Epidemias, texto que es un poco posterior a la vida física de Hipócrates, pero que queda inserto sin lugar a dudas en su tradición.

El texto que se ha convertido en la referencia obligada al hablar de ética hipocrática es el Juramento. Sin embargo, este texto, si bien expresa algunos de los pensamientos clave de la ética hipocrática, no la abarca en su conjunto. Los estudios filológicos e históricos realizados en el último siglo muestran que su redacción es un poco posterior a la muerte de Hipócrates y que, si bien contiene una parte esencial de su postura ética, algunos de sus elementos pertenecen más a una tradición pitagórica (Edelstein, pp.3-65; Carrick, 69-94, von Staden, p. 353; Pérez Tamayo, pp.24-32).

El texto es bien conocido en diversas versiones. Ha sido modernizado por la OMS y es esta versión, conocida como de Ginebra, por la que juran millares de médicos que se gradúan año con año en numerosos sitios del planeta. Se trata de un documento deontológico y no de reflexión ética, si bien establece una serie de obligaciones a cumplir por el joven médico para llegar al final de su vida a disfrutar de una buena reputación, de bienestar personal y familiar, pero, en caso de no hacerlo, simplemente se limita a decir que espera que entonces suceda lo contrario, es decir, no gozar de una larga vida ni de ninguna de esas satisfacciones. Nadie le castigará ni conminará a cumplir con lo jurado, quedando como testigo su propia conciencia. Esto es un indicador perfecto de la formación de una conciencia moral y de que, a pesar de haber jurado ni más ni menos que por todos los dioses y diosas del Olimpo, solo la propia conciencia es la que le exigirá cuentas. Un deísmo laico? Si se considera que la naturaleza, como lo divino, ha sustituido a las divinidades y que los médicos son sacerdotes de la naturaleza, se entiende bien esta dimensión y queda claro por qué en textos como el *Nomos* (la ley) se dirige el autor a los hombres sagrados quienes serán los únicos a los que revele los secretos del arte y de la formación de los médicos.

El texto comienza con la afirmación de que respetará a su padre y enseñará el arte de curar a sus hermanos sin cobrarles por ello. Sin embargo, afirmaba Platón que Hipócrates cobraba a algunos discípulos por sus enseñanzas (King, 649), lo cual aboga por la certeza de la interpretación de Edelstein, que fue el primero que propuso que el contexto del Juramento fue el de un mundo griego que se

ampliaba y en el cual las familias de Asclepiádes ya no bastaban para cubrir la atención médica, lo que hizo que se aceptaran, adoptándolos, discípulos ajenos a su familia siempre y cuando, como se estipula en el *Nomos*, cumplan con los requisitos para ser aceptados: edad adecuada, alrededor de los cinco años, capacidad intelectual y buena constitución, disposición para aprender y cualidades morales que se irán incrementando con la educación, como pasa con las semillas sembradas, el tiempo hará que maduren en forma adecuada.

Viene luego el refuerzo de lo que hemos venido comentando: la importancia trascendental de actuar siempre en ayuda y beneficio del enfermo, nunca buscando su perjuicio, dejando así sentadas, una vez más, las bases de los dos principios éticos que se han mantenido vigentes hasta nuestros días.

Existen algunas contradicciones internas entre lo que expresa el Juramento y lo que se expresa en otros textos de la misma tradición hipocrática y en las teorías de los grandes filósofos griegos de esa época, en particular Platón y Aristóteles, siendo importante recordar que este último era médico y descendiente, como Hipócrates, de una familia de asclepiádes. Ejemplos de ellos es la prohibición del aborto, insistiendo en que no se prescribirá el uso de pesarios ni de drogas abortivas, contrastando con la recomendación de saltar tratando de tocar las asentaderas con los talones para provocar un aborto, la cual aparece en los tratados *Sobre la Generación* y *Sobre la naturaleza del niño*. La prohibición de la Eutanasia es otro ejemplo, aunque no se habla ni recomienda en ninguno de los tratados hipocráticos, es bien sabido que en Grecia era algo común y Aristóteles y luego los estoicos la recomiendan en términos de preservar la dignidad de alguien que sufre sin sentido. El caso del infanticidio es asimismo interesante, ya que existe desde el de intención eugenésica, como es el arrojar a los niños malformados o débiles desde lo alto, como se practicaba en Esparta, la exposición de niños no deseados como documenta la historia de Edipo o como, simplemente dice Aristóteles, que un niño que no cumpla con las expectativas que se tienen de él puede ser sacrificado antes de que llegue a edad de razón, que fija alrededor de los cuatro años, pues todavía no es un ser humano completo (Carrick, pp. 107 y ss).

Por igual ha sido señalada la contradicción entre la prohibición de operar la piedra de la vejiga y los múltiples ejemplos de cirugía presentes en otros tratados (King, 649). Los textos hipocráticos abundan en precisiones sobre el manejo quirúrgico de heridas, de abscesos, de fracturas, pero en el Juramento, y esto es un elemento de carácter religioso, se prohíbe la práctica de la litotomía, que se hacía por vía perineal, dejándola a no médicos que no tenían la obligación de mantenerse ajenos al nacimiento y a la muerte. Se ha dicho que muy probablemente

esta prohibición sea eco de los límites impuestos a Asclepíos, el deificado antepasado de los médicos griegos, al obligarlo a no intervenir en el nacimiento de los niños ni resucitar muertos, transfiriendo la atención del parto al hecho de abrir el periné para extraer un cálculo. Queda la duda de por qué esto no se aplicó al tratamiento de las hemorroides, el cual sí está detallado en uno de los tratados del *Corpus*.

Como quiera que sea, el Juramento se convirtió, de expresar un compromiso de un grupo de médicos, lo más probablemente proveniente de la Magna Grecia, con la que Hipócrates mantuvo estrechos contactos, en el símbolo del compromiso moral de los médicos en cuanto a su ejercicio profesional, hecho doblemente importante, ya que no existía entonces ningún cuerpo social coercitivo para el cumplimiento de normas ni legales ni morales en la práctica médica.

Otro texto, este más tardío, pues se piensa que fue escrito entre el siglo III y el II a. C., el *Decoro*, cambia la perspectiva al enfocar la atención en cuáles deberían ser las características del comportamiento del médico, su *habitus*. La suma de una etiqueta médica a la ética adquirida siglo y medio atrás no deja de ser significativa. El médico ha adquirido una posición social relevante y ya no puede darse el lujo de parecer indolente o poco elegante. Sus dos secciones tratan de lo que el médico debe portar consigo y de su comportamiento cuando acude a consultar a sus enfermos. Es una guía de conducta y un referente para la imagen que se debe transmitir. El arreglo en el vestir, la corrección de los modales, la forma de sentarse, la forma de dirigirse al paciente y a sus familiares, el hacer discursos breves, concisos y claros, lo decisivo de sus aseveraciones y la capacidad de actuar sin dudar cuando es necesario, son requisitos exigidos al buen médico. El paternalismo impera y se recomienda no decir al paciente directamente durante la consulta las cosas referentes a su estado y cuidar si se expresa o no un pronóstico desagradable (Pérez Tamayo, p. 34; Viesca y Sanfilippo, p. 24).

Un texto más tardío, esta vez procedente del siglo I ac, *El Médico*, completa este paso a la etiqueta médica. Ahora es la imagen del médico el elemento central. ¿Qué elementos externos son señalamientos de su alta dignidad? Debe y tener una apariencia saludable y ser tan gordo como quepa correctamente en su constitución física. Un médico enfermo no es concebible y el ser flaco hablaría de carencias y debilidades. Siempre debe estar limpio y bien vestido, sin lujos ni ostentaciones, y debe exhalar buen olor, usando para ello ungüentos perfumados de alta calidad (Pérez Tamayo, p.37-38). Debe llevar una vida ordenada y de preferencia ejemplar, amable y sonriente, nunca riendo a carcajadas, efusivo solamente cuando la situación lo requiera, no adusto ni mal encarado y Celso, un

médico *pater familiae* romano, resumiría esto como siempre ser *Cito, totu et jocundo*, esto es puntual en términos de estar en el momento en que se le necesita, íntegro y siempre de buen talante.

El médico debe ser un amante de la sabiduría, esto es, un filósofo y de esta manera semejante a los dioses (*isotheion*), afirmaba sin falsa modestia el autor de *Decorum*, marcando la inmensa dignidad moral que su comportamiento profesional y la reflexión ética que le llevaba a integrar su estatura humana.

Estas son, a grandes rasgos, las bases de la ética médica hipocrática, la primera ética profesional de que se tiene noticia. Esta es la herencia profesional de todos los médicos que han sido formados y han ejercido y ejercen en el mundo de cultura occidental. Muchos de estos aspectos han sido modificados para responder a nuevas posibilidades y nuevos retos para el bien actuar. Sin embargo, el humanismo hipocrático, la *filía*, siguen siendo elementos nucleares para la configuración del buen médico, que a la vez debe ser un médico bueno. Conocimiento y dimensión ética. Si falta alguna de estas dos dimensiones, no se cumple con los fines de un correcto ejercicio de la medicina (Parsons, 1995; Bulger, 1973).

Referencias

- Bulger, Roger L., ed. (1973), *Hippocrates revisited. A search for meaning*, New York: Medcom.
- Cantor, David, ed. (2002), *Reinventing Hippocrates*, Aldershot / Burlington USA / Singapore / Sydney: Ashgate.
- Carrick, Paul (1985), *Medical Ethics in Antiquity*, Dordrecht / Boston / Lancaster: Reidel Publishing Company.
- Daremborg, Charles (1843), *Ouvres choisies d'Hippocrate*, Paris, chez Lefébvre, editeur.
- Edelstein, Ludwig (2014), "Ancient Medicine", en Goic, Alejandro, *La herencia de Hipócrates*, Santiago de Chile: ed. Mediterráneo.
- Hipócrates (1993-2000), *El juramento, La ley, El arte, Epidemias (libros 1 y 6), Sobre las fracturas, El decoro, El médico*. Existe traducción española, hasta ahora 7 volúmenes, Madrid: editorial Gredos.
- Jonsen, Albert R. (1977), "Do not harm: axiom of medical ethics", en Stuart S. Spicker and Tristram Engelhardt, *Philosophical Medical Ethics: Its nature and Significance*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Jonsen, Albert R. (2000), *A short History of Medical Ethics*, New York / Oxford, Oxford University Press.
- Jouanna, Jacques (1995), "La naissance de l'art médical occidental", en M. Grmek, dir., *Histoire de la pensée médicale en Occident. I. Antiquité et Moyen Âge*, Paris.: ed. Du Seuil, pp.25-66.
- King, Helen, "Hippocrates", en W.F. Bynum y H. Bynum, eds. *Dictionary of Medical Biography*, Greenwood Press, Westcoat, Connecticut / London, Vol. III, p.649

Laín Entralgo, Pedro (1970), *La medicina hipocrática*, Madrid: Revista de Occidente.

Lichtenthaeler, Carl (1984), *Der Eid des Hippokrates. Ursprung und Bedeutung*, Cologne.

Parsons, Patricia and Parsons, Arthur (1995), *Hippocrates Now / Is your doctor Ethical?*, Toronto: University of Toronto Press.

Pérez Tamayo, Ruy (2002), *Ética Médica Laica*, México: El Colegio Nacional / Fondo de Cultura Económica, pp. 23- 44.

Rütten, Thomas (2007), *Geschichten vom Hippokratischen Eid*, Wiesbaden, Harrassowitz Verlag. (format digital).

Staden, Heinrich von (2009), "The discourses of practitioners in Ancient Europa", in Robert B. Barker and Laurence B. McCullough, *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press, pp.352-358.

Viesca, Carlos y Sanfilippo, José (2009), "Ética médica en la Medicina Hipocrática", en Octavio Rivero Serrano e Irene Durante Montiel, *Tratado de Ética Médica*, México: UNAM / Editorial Trillas, pp. 22-25.

www.medicinaysalud.unam.mx klik en: "Temas del Seminario"

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL Y ÉTICA





El médico ante la demanda y el uso de la medicina defensiva

HÉCTOR FERNÁNDEZ VARELA MEJÍA
JORGE ALBERTO ORTIZ CABRALES

La medicina defensiva ha sido reconocida como un problema para los servicios de salud en varios países del mundo y consiste en la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos no justificados con el propósito principal de proteger al médico de la crítica y evitar inconformidades con el diagnóstico o el tratamiento del paciente. Son múltiples las causas que llevan a practicar medicina defensiva: la fundamental es una relación médico-paciente sin la confianza necesaria.

El maestro, doctor Ignacio Chávez Sánchez, ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México y fundador del Instituto Nacional de Cardiología afirmó hace más de 40 años, lo siguiente:

Sobre nosotros caen, en los últimos tiempos, acusaciones de toda índole. Quejas amargas según las encuestas entre enfermos que acuden a grandes hospitales del extranjero. Se quejan del poco interés humano que advierten en el médico; de su arrogancia del trato con ellos; de su negativa a darles explicaciones o siquiera un consejo; del aire de estar siempre de prisa; del alto precio de los servicios médicos, que no están según ellos, en consonancia con lo poco que reciben. Un grado más y la queja se vuelve acusación.

Los doctores Carlos Tena Tamayo y Jorge Manuel Sánchez González en el artículo: “Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad”, mencionaron que la respuesta del médico ante las demandas lo lleva en ocasiones a un ejercicio profesional guiado por los criterios de la medicina defensiva, donde las decisiones médicas no están basadas en el conocimiento científico o bien surgen del mismo pero resultan innecesarias e incluso riesgosas, ya que no constituyen una necesidad para el manejo adecuado del paciente; y agregan: “esta forma de actuar debe considerarse como mala práctica, ya sea consciente o inconsciente y por tanto un ejercicio profesional éticamente inadmisibles, ya que agrega enormes costos sin justificación, ni beneficios para los pacientes y en muchos casos resulta perjudicial.”¹

La medicina defensiva no siempre daña, pero puede prolongar el tiempo de recuperación de los pacientes con los consiguientes costos tanto en la esfera física como psicológica y social.

En ocasiones se pretende con la medicina defensiva ocultar los errores y justificar la actuación del médico; sin embargo, existen otras causas en la práctica de la medicina defensiva, como una relación médico-paciente sin la confianza necesaria; deficiencias estructurales del sistema médico institucional, la cultura del litigio impulsada por algunos grupos de abogados y desde luego la incompetencia, la impericia y la imprudencia con la que algunos médicos practican su profesión.

Según reporte de EUA en 1995, 17.6% de los gastos de la atención médica estaban relacionados con la práctica de medicina defensiva; por cada dólar destinado al pago de las primas de los seguros de responsabilidad profesional, 2.70 dólares son gastados como producto de prácticas defensivas.^{2,10}

Antecedentes

La responsabilidad profesional médica es tan antigua como la humanidad. Ya en la cultura mesopotámica, en el Código de Hammurabi, que data del siglo XVIII a.C., se encuentran las bases para sancionar la actuación del médico y las penas por su incumplimiento, se basa en la aplicación de la ley del Talión y es también uno de los más tempranos ejemplos del principio de presunción de inocencia, pues sugiere que el acusado o el acusador tienen la oportunidad de aportar pruebas.

En la cultura egipcia existen evidencias de la profesionalización de la medicina y para ejercer debían recibir preparación por parte de los sacerdotes capacitados para curar en el templo de Thot donde guardaban los textos sagrados y los papiros médicos.

Grecia e Hipócrates

La idea de una ética médica existe desde los tiempos precristianos en que el griego Hipócrates, nacido en el año 460 antes de Cristo, habló de los deberes éticos de los médicos y los plasmó en lo que se conoce como el juramento hipocrático. Es un juramento en que los médicos se comprometen a actuar ética y honestamente con sus pacientes. A Hipócrates se le considera padre de la medicina, ya que fue el primero en hacer ver que las enfermedades tenían causas naturales no divinas o por espíritus malignos.

En México el Real Protomedicato. A partir del reinado de Juan II de Castilla (1406-1454), quien extendió la Real Cédula de 1422, se creó el título de protomédico o Médico Primero del Reino y fue un tribunal formado por los protomédicos y examinadores, que evaluaban los conocimientos de los que aspiraban a ser médicos y concedía las licencias, y tenía la autorización exclusiva para actuar contra los crímenes y excesos que cometían los médicos. Se extendió a la Nueva España en 1527 donde se aplicó a médicos y otras profesiones afines que efectuaban acciones sanitarias como: sacamuelas, comadronas, yerberos, curahuesos (ensalmadores), boticarios, etc. y estuvo vigente hasta el México independiente, fue suprimido en la Ciudad de México en 1831, diez años después de la Independencia.

Reportes de grupos de expertos refieren que antes de 1960 las demandas a los médicos eran muy ocasionales; pero en cambio estudios actuales demuestran que uno de cada siete médicos en EUA es demandado cada año; situación que ocasiona la creciente práctica de la medicina defensiva al tomar decisiones clínicas influidas por el propósito de minimizar la posibilidad de ser demandados.

En un artículo publicado en la revista *Humanidades Médicas* de Barcelona, España titulado: "La medicina defensiva: un peligroso boomerang", los autores comentan que los niveles de las demandas por negligencia médica difieren, de unos a otros países, así como sus legislaciones y, aunque no han llegado a los extremos de la "malpractice crisis" de los EUA, el fenómeno de "cultura de la demanda" se ha globalizado. Según la Asociación Médica Mundial (AMM), en el mundo existe un aumento de la cultura del litigio que afecta de manera negativa la práctica de la medicina y a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud. En su declaración sobre la Reforma de la Responsabilidad Médica, recuerda que las asociaciones profesionales deben estar alertas frente a los problemas y consecuencias que podría acarrear un aumento de la frecuencia y gravedad de las demandas por negligencia médica. La AMM pide a las organizaciones profesionales

nacionales que reaccionen exigiendo a sus legisladores las reformas necesarias para garantizar que las leyes y los sistemas jurídicos de sus países protejan a los médicos de los juicios sin méritos, a la vez que se hacen garantes de promover el entorno médico-legal más adecuado para una práctica médica segura en beneficio de los pacientes.³

Definiciones

En la literatura encontramos diversas definiciones de lo que se considera medicina defensiva:

- Se puede definir como cita el doctor Octavio Rivero Serrano: “Son los cambios en la práctica del médico para prevenir controversias y demandas judiciales en el ejercicio profesional”. También se pueden considerar medidas diagnósticas y terapéuticas no justificadas para satisfacer las presiones de los pacientes o de servicios privados con fines de lucro.
- La Oficina Evaluadora de Tecnología (OTA por sus siglas en inglés) establece: “Hay medicina defensiva cuando los médicos ordenan estudios, procedimientos, consultas innecesarias, evitan atender pacientes o realizar procedimientos de alto riesgo de demanda, para reducir su exposición a procesos legales con base a una supuesta mala práctica”.⁵
- Muchos autores plantean su definición sobre la medicina defensiva como: “Los cambios en la práctica médica, que pueden ser conscientes o inconscientes en la aplicación de tratamientos innecesarios, pruebas de laboratorio y gabinete excesivos o evitar procedimientos de alto riesgo con el propósito de prevenir controversias y demandas en juicios por el ejercicio profesional”. Esto implica un dilema: ¿Existe defensa inconsciente contra un problema legal?, ¿Sería mas bien una respuesta refleja? o es falta de capacidad profesional.⁴

Ante estas definiciones la primera pregunta es si el deseo de evitar juicios debe ser consciente para que una determinada práctica sea catalogada como defensiva.

La otra postura permite que una práctica sea rotulada como tal, aun si el médico que la realiza no estuvo consciente de evitar un problema médico-legal. Cuando su juicio clínico es deficiente y trata de compensarlo apoyándose en más estudios o prescribiendo más medicamentos de los necesarios. ¿Qué hay con el exceso de estudios de diagnóstico con fines de enseñanza a estudiantes y residentes de medicina?

¿Es medicina defensiva cuando el objetivo de estudios y tratamientos excesivos se debe a presiones de las compañías de seguros de responsabilidad profesional o de instituciones privadas?, y a la inversa, cuando el médico reduce estudios o tratamientos útiles y necesarios por presión de las instituciones prestadoras de servicios de salud prepagados.¹⁰

Causas

Octavio Rivero y Raymundo Paredes proponen que los cambios en la práctica médica son “factores concomitantes de la medicina defensiva” y se pueden atribuir al médico, al paciente o al entorno sociocultural, factores que enlistamos a continuación y con los cuales nos identificamos y nos permitimos aportar algunas aclaraciones:

Factores atribuibles al médico

- I. Mala relación médico-paciente: En la relación médico-paciente al no existir una comunicación constante con aclaración de dudas y orientación cuidadosa, se presta a realizar acciones innecesarias en el manejo del paciente. (Negligencia)
- II. Aplicación superficial de procedimientos clínicos: Aplicar los procedimientos propedéuticos de manera superficial e incompleta, sin ejercitar el interrogatorio exhaustivo con semiología detallada, exploración física meticulosa y sin establecer hipótesis diagnóstica que incluya el síndrome, la etiología y la impresión nosológica; la mayoría subordina la clínica

a procedimientos diagnósticos y terapéuticos sofisticados y costosos. (Negligencia)

- III. Deficientes conocimientos, habilidades y destrezas: Las deficiencias en sus conocimientos, habilidades y destrezas por fallas en su preparación profesional o especializada conllevan a conductas similares. (Impericia)
- IV. Invasión de campos de la medicina que no domina: Es habitual que médicos invadan campos o especialidades que no dominan; y realicen procedimientos que rebasan su especialidad, comprometiendo la vida del paciente o, en el mejor de los casos, ocasionando complicaciones largas y costosas, que conducen al aumento en la frecuencia de demandas y su consecuente protección mediante nuevos estudios y tratamientos. (Imprudencia)
- V. Exceso de confianza: Puede contribuir al error diagnóstico, y el exceso de confianza alterar la evolución del padecimiento. (Imprudencia)

Factores atribuibles al paciente

- VI. Mayor acceso a internet: El paciente consulta en internet aunque carece de capacidad para interpretar la información y la calidad de la misma y presiona al médico o establece una demanda.
- VII. Más acceso a medios de comunicación: La población tiene acceso a los medios masivos de comunicación que difunden noticias de nuevos medicamentos, de procedimientos diagnóstico-terapéuticos y de casos de demandas contra médicos por supuesta negligencia.
- VIII. Mayor conocimiento de sus derechos: Los individuos en particular y la sociedad en general conocen cada vez mejor sus derechos, lo que en un sentido formal les otorga el poder, el privilegio o el derecho para demandar.

- IX. En el sistema de prepago: El paciente no selecciona a su médico, lo que favorece la desconfianza.
- X. Servicios médicos privados: Los intereses económicos, particularmente de terceras personas, también participan en la medicina defensiva, al llevar a cabo estudios y procedimientos innecesarios.

La mercadotecnia de las empresas productoras de equipos, insumos o medicamentos, que presionan al médico para que los emplee, sin que exista una ventaja para el paciente. Medicina defensiva o dicotomía por prebendas con las empresas. (¿Es medicina defensiva comercial?).

Factores atribuibles al entorno social

- I. Leyes más estrictas para la práctica médica. En nuestro país en los últimos años la exigencia de la sociedad de que se analicen los casos de negligencia supuesta o real en el actuar del médico.
- II. Difusión inmediata y masiva de noticias médicas sobre acciones reprobables, muchas veces no comprobadas. Los medios de difusión también han contribuido, al divulgar de manera inmediata y masiva las notas relacionadas con la medicina, sobre todo las de carácter negativo.
- III. Sesgo de la información. La difusión masiva de las noticias médicas ha creado un sesgo que muestra el afán de ganar audiencia y de favorecer o perjudicar a empresas o individuos, sobre todo cuando están involucradas personas públicas, casi siempre en detrimento del médico.
- IV. Demanda de atención médica oportuna, humanizada y de calidad. La exigencia legítima de la sociedad de una atención médica oportuna, humanizada y de calidad provoca demandas cuando no se cumplen las expectativas, lo que da lugar a la actitud defensiva del médico en su desempeño.^{4,8}

Consecuencias

En el Seminario que se efectuó en la Facultad de Medicina en septiembre de 2003 titulado: “El ejercicio actual de la Medicina, Ética y Medicina Defensiva”, el doctor Raymundo Paredes Sierra mencionó que la medicina defensiva sería menos frecuente de no existir las demandas, o la presión de las compañías de seguros de responsabilidad profesional sobre los médicos asegurados para practicar una medicina defensiva que evite los juicios y por lo tanto los pagos fijados por los jueces, todo ello incrementa los costos de las primas, y eleva los honorarios del médico creando una espiral inflacionaria muy lamentable.

Es interesante reflexionar sobre lo expuesto por el doctor Alberto Lifshitz en la revista *Medicina Interna de México* publicada en julio-agosto 2012. Él divide las causas de las conductas defensivas en dos conceptos: por exceso o defecto, (carencia) que me he permitido modificar parcialmente:

Conducta defensiva por exceso:

- Hospitalización injustificada.
- Referencia innecesaria a un especialista.
- Notas en el expediente que en otras circunstancias no se requieren.
- Más pruebas diagnósticas que las necesarias.
- Procedimientos invasivos innecesarios (p. e. biopsias).
- Tratamientos superfluos.
- Medicamentos no estrictamente necesarios.

Conducta defensiva por defecto:

- Rechazo de pacientes con riesgo.
- Abstenerse de realizar procedimientos riesgosos en pacientes que se podrían beneficiarse de ellos.
- Negar atención a pacientes con padecimientos complejos y de alto riesgo dentro de su especialidad.
- Evitar procedimientos o tratamientos útiles por temor a no ser capaces de realizarlos.

Agrega el doctor Lifshitz que las consecuencias de una práctica defensiva de la medicina sólo benefician a los gestores y los abogados, pero no a los pacientes, a los médicos o a la sociedad. Los argumentos que fundamentan esta afirmación incluyen las siguientes consideraciones:

- a) Los costos de la atención médica se incrementan en la medida en que se hacen estudios que no son necesarios para atender mejor a los pacientes, o cuando se incrementan los honorarios del médico.
- b) Los riesgos para los pacientes también se incrementan en la medida en que cada procedimiento los implica.
- c) Se prescriben medicamentos innecesarios, se hacen estudios no indispensables, se incrementa la referencia a especialistas, se cita en exceso a los pacientes
- d) Al aumentar el número de pruebas aumenta la probabilidad de falsos positivos y cada uno de ellos obliga a más estudios adicionales.
- e) Se saturan los servicios de estudios complementarios con pacientes que no necesitan ser estudiados en detrimento de quienes sí lo requieren.
- f) Se fomenta la desconfianza entre médicos y pacientes y se contribuye a la práctica impersonal, contractual y mercantil.⁶

Encuestas sobre medicina defensiva

Con el objeto de estimar la dimensión de la medicina defensiva en México la Comisión Nacional de Arbitraje Médico realizó una encuesta piloto de auto aplicación, de naturaleza exploratoria y de tipo observacional, transversal y descriptivo. Consistió en 17 reactivos sobre actitudes y prácticas relacionadas con la medicina defensiva; se incluyeron dos distractores, por tanto, 15 preguntas exploraron el nivel de acuerdo o desacuerdo con ciertas percepciones, actitudes y conductas específicas relacionadas con el tema, estableciendo categorías y grados de asociación con diferentes prácticas defensivas de los médicos mexicanos.

Los tres reactivos centrales que establecen la categorización de acuerdo con las conductas defensivas son las preguntas 2, 5 y 10.

El instrumento se aplicó a médicos durante su asistencia a congresos, conferencias y diversos foros académicos, en diferentes entidades del país, antes de iniciar la presentación e independientemente del tema del evento. Se les entregó la encuesta, que expresa los motivos y alcances así como una explicación verbal a cada grupo.

Reactivo 2 Frecuentemente siento temor a ser demandado. Indica la percepción del riesgo personal que se denota con una actitud temerosa del encuestado al percibir una situación compleja y riesgosa.

Reactivo 5 Mis decisiones sobre el paciente están orientadas a evitar conflictos. Este reactivo señala una tendencia del médico a adoptar la toma de decisiones con el propósito de evitar conflictos.

Reactivo 10 He modificado mi práctica para evitar ser demandado. Establece el nivel de concientización del médico ante el riesgo de conflicto y demanda, cuando se responde con una afirmación clara y precisa de modificar su ejercicio profesional a fin de evitar demandas.

En los resultados de la encuesta se establecieron categorías y grados en las prácticas defensivas. Resultó no ser defensivo 38.7%, mientras que 61.3 % presentó asociación con algún grado de medicina defensiva según el siguiente criterio:

- Medicina defensiva incipiente: una de las preguntas centrales con respuesta afirmativa, sin importar cuál. (24.5%)
- Medicina defensiva evidente: dos preguntas con respuestas afirmativas. (24.6%)
- Medicina defensiva manifiesta: Las tres preguntas con respuestas afirmativas. (12.2%)

Los diez reactivos restantes, catalogados como acciones neutras, indican o exploran conductas que no se consideran intrínsecamente como defensivas. La actitud defensiva de los médicos participantes es alta, lo cual destaca la importancia de establecer medidas que la eviten, y mejorar así la calidad de la práctica médica.²

La segunda encuesta que nos permitimos citar, es la realizada por la OTA dependiente del Departamento de Tesoro de EUA donde se examina la naturaleza de la medicina defensiva.

Este estudio surge del interés del Congreso de los Estados Unidos en conocer el grado en que la medicina defensiva incide en la práctica y cómo diversos cambios en el sistema legal podrían modificar dichas conductas. La OTA se planteó las siguientes preguntas:

- ¿Qué se entiende por “medicina defensiva” y cómo puede ser medida?
- ¿Cuáles son las causas de la “medicina defensiva”?
- ¿Cuán extendida está la medicina defensiva hoy en día?
- ¿Qué efecto tendrían las actuales propuestas de reforma legal sobre la medicina defensiva?

Encuestas directas

La forma más sencilla de sopesar la extensión de la medicina defensiva (MD) radica en abordar a los médicos acerca de cómo se ha visto afectada su práctica por el temor a juicios. Típicamente en este tipo de abordaje se le pregunta si el temor a ser demandado derivó en una mayor indicación de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. El problema con este abordaje es que no siempre informan en forma precisa qué es lo que realmente hacen.

Encuesta de Escenarios Clínicos. Estas encuestas generalmente presentan a los médicos un escenario simulado con opciones de diagnóstico y tratamiento. Una vez elegida alguna de estas opciones se le pide que subraye en un listado las razones que influyeron en la decisión tomada, una de las cuales es el temor a juicios de mala praxis. Otra de las ventajas es que permite focalizarse en áreas en las que la MD es más probable. La OTA colaboró con tres sociedades médicas (Cardiología, Obstetricia y Cirugía) en la elaboración de encuestas utilizando escenarios hipotéticos diseñados por paneles de expertos. Los escenarios elegidos

eran situaciones clínicas que el panel identificó como propensas a disparar una práctica defensiva.

Resumen de hallazgos

- Hay medicina defensiva en la forma que ha sido definida, por su temor a los juicios de mala praxis, pero no sólo por ello.
- Cuando el médico tiene algún beneficio de la medicina defensiva o excesiva.
- Muchos médicos sostienen que serían agresivos en el pedido de estudios diagnósticos, en casos en donde los paneles de expertos consideran aceptable un manejo conservador, porque creen que esos procedimientos están médicamente indicados, no por temor a un juicio.
- Es prácticamente imposible medir con exactitud el grado y los costos nacionales de la medicina defensiva. Lo mejor que puede hacerse es un estimativo grosero de los límites superiores de extensión de algunos componentes de la medicina defensiva.
- En general, sólo un pequeño porcentaje de procedimientos diagnósticos –estimado en menos de 8%– es probablemente originado por una preocupación consciente sobre la mala praxis. Por ello, en general se sobreestima el nivel de medicina defensiva.
- La medicina defensiva tiene una influencia sustancial en la conducta de los médicos ante algunas situaciones clínicas particulares. Por ejemplo, las cesáreas y el manejo del trauma craneoencefálico.
- Los médicos son muy conscientes del riesgo de ser demandados y tienden a sobreestimar dicho riesgo.
- El rol de los juicios de mala praxis como un freno a la misma no ha sido cuidadosamente estudiado.
- Las reformas legislativas tradicionales, particularmente los topes, reducen los costos de los seguros, pero sus efectos sobre la medicina defensiva son desconocidos y se presumen escasos.

El médico debe aprender a considerar los riesgos legales de su desempeño profesional, que cuando es dudoso se presta a inconformidad de los pacientes por los costos económicos, físicos y emocionales que les generan y que inducen al médico en forma equivocada al uso de prácticas calificadas como medicina defensiva.

Es un problema complejo, porque involucra la formación del médico desde su origen familiar y social, su preparación básica, y desde luego, la calidad con que realizan sus estudios universitarios.

Es de solución aparentemente sencilla, porque el actuar éticamente sólo exige honestidad y seriedad, consigo mismo y con su paciente. Para actuar honestamente se requiere tener una preparación básica sólida, actualizarse, capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente.⁵

Propuestas

En el mismo artículo sobre “Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad”, los doctores Carlos Tena Tamayo y Jorge Manuel Sánchez González, consideran que la solución para disminuir la MD es la medicina apegada a la *lex artis médica ad hoc* (en que se incluye la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas), el buen manejo administrativo de las instituciones, el establecimiento de una relación médico-paciente eficiente (donde se incluye la comunicación efectiva y empática), el respeto de los derechos generales de los pacientes y haciendo respetar los derechos del profesional de la medicina, que llevarán a practicar una medicina con más seguridad y confianza, en donde las inconformidades sobre la atención médica se minimizan.

Sólo con credibilidad acudirá el profesional de la medicina a dirimir sus diferencias con los usuarios y de esta manera, vendrá con la seguridad de que, si ha cumplido cabalmente con la *lex artis médica ad hoc* y si sus elementos probatorios están correctamente plasmados en el expediente clínico, tendrá la posibilidad de resolver favorablemente su problema.^{1,9}

El doctor Ignacio Maglio, abogado y procurador de la Universidad de Buenos Aires (UBA), diplomado en Salud Pública, publicó en la *Revista Bioética* en 2011 el artículo “Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente” donde explica: “La bioética no ha considerado en su real dimensión al error en la medicina como un problema que afecta la integridad y vida de los pacientes. El principio de no maleficencia, es el deber de no dañar, un principio universal, como

el imperativo ético *primun non nocere*. Otros conceptos pertinentes al tema de la MD vertidos en dicha publicación merecen ser citados: *honeste vivere alterum, non laedere, suum cuique tribuere* o sea vivir honestamente, no dañar y dar a cada quien lo suyo.⁷

El médico debe develar la verdad a cada paciente; el incumplimiento de este deber genera malestar, desconfianza y es la primera causa de demanda judicial.

El ocultamiento del error se relaciona también con la cada vez más frecuente práctica de la medicina a la defensiva, en donde el propósito principal consiste en la protección legal del médico o los servicios médicos, desplazando los mejores intereses del paciente. En este sentido, una publicación informa que en los EUA las solicitudes de tomografía computarizada crecen a una tasa anual de 10%, y que en 2011 se realizaron 75 millones de dichos estudios.

Una investigación realizada en Massachusetts indicó que 28% de las indicaciones de estudios por imágenes sólo representan prácticas de defensa y preocupación de los médicos.⁵

Recomendaciones

Las prácticas defensivas pueden ser evitadas en beneficio del paciente cuando el médico es consciente de sus fallas y riesgos y busca corregirlas. Al analizar las recomendaciones elaboradas tanto por los doctores Octavio Rivero y Raymundo Paredes se pueden sintetizar en:

- Capacitación y actualización continua. Revalorar el papel de la clínica y dominio de la *lex artis*.
- Mejor relación médico-paciente, con mayor comunicación, empatía y calidez.
- Información continua y detallada al paciente. (procedimientos, evolución, tratamiento, pronóstico, complicaciones, etc.)
- Uso adecuado de la tecnología. Utilización racional.
- Tratamientos médico-quirúrgicos con indicación precisa.
- Difusión y orientación a médicos y pacientes sobre sus derechos y obligaciones.
- Pugnar por leyes justas y equitativas.

- Mejorar la calidad en el proceso de atención médica.
- Consulta preventiva a un organismo conciliador: CONAMED.⁴

Referencias

- Arimany Manso, J. (2007). "La medicina defensiva: un peligroso boomerang". *Revista "Humanitas" Humanidades Médicas*, tema del mes on-line -núm. 12, febrero.
- Lifshitz-Guinzbarg, A. (2012). "Medicina defensiva". *Medicina Interna de México*. Volumen 28, núm. 4, julio-agosto;28(4):311-312.
- Maglio, J.I. (2011). "Error y medicina a la defensiva: ética médica y la seguridad del paciente". *Revista bioética (Impr.)*; 19(2): 359-65.
- Ortega-González, M., Méndez-Rodríguez, J.M., López-López, F.H. (2009). "Medicina defensiva, su impacto en las instituciones de salud". *Revista CONAMED*, vol. 14, enero-marzo.
- Paredes-Sierra, R. y Rivero S.,O. (2000). *Medicina defensiva*. México: JGH Editores. pp. 79-89.
- Paredes Sierra, R. (2003). Seminario "El ejercicio actual de la medicina ética y medicina defensiva", ponencia en la Facultad de Medicina, septiembre.
- Rodríguez Almada, H. (2006). "De la medicina defensiva a la medicina asertiva". *Rev Med Urug*; 22: 167-168.
- Sánchez-González, J.M., Tena-Tamayo, C., Campos-Castolo, E.M., Hernández-Gamboa, L.E., Rivera-Cisneros A.E. (2005). "Medicina defensiva en México: una encuesta exploratoria para su caracterización". *Cir Cir* 73:199-206.
- Tena Tamayo, C. y Sánchez González, J.M. (2005). "Medicina asertiva. Una alternativa para mejorar la calidad", en: Tena Tamayo, C, Hernández Orozco, F. *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. México: Prado, 407-27.
- US Congress, Office of Technology Assessment: Deffensive Medicine and Medical Malpractice, OTA-H-602 (Washington DC. US Governmentm Printing Office, July 1994).

www.medicinaysalud.unam.mx klik en: "Temas del Seminario"

Confidencialidad médica y secreto profesional

HORACIO RUBIO MONTEVERDE

El presente documento busca demostrar la relevancia del tema en la práctica médica, se inicia aportando los conceptos más importantes, posteriormente se mencionan algunos antecedentes históricos, así como breves biografías de algunos personajes que incidieron en este tipo de práctica, como parte relevante se revisa la evolución y avance hasta nuestros días, haciendo énfasis especialmente en aspectos éticos y jurídicos a fin de brindar un panorama general con los temas que considero deben tomarse en cuenta en la práctica médica.

Conceptos

Confidencialidad médica: Es la protección de la información de las personas y es considerada uno de los pilares de la relación médico-paciente. Dicha confidencialidad encuentra su máximo exponente en la figura del secreto profesional médico.

Secreto profesional: Es la obligación ética que tiene el médico de no divulgar ni permitir que se conozca la información que obtenga directa o indirectamente durante el ejercicio profesional sobre la salud y la vida del paciente o su familia y lo obliga aun después de la muerte del mismo y, no se limita a lo que éste comu-

nique sino a lo que el médico vea y conozca sobre el proceso patológico y de su vida, extendiéndose a su familia.

Relación médico-paciente: Interacción que se produce entre un médico y el paciente con una necesidad de asistencia con el objetivo de diagnosticar, mejorar, curar y/o prevenir una enfermedad. Se trata de una relación donde se presta un servicio de alto significado por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano, y a diferencia de las relaciones interpersonales condicionales, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna; de ahí, la importancia de la confidencialidad y del secreto profesional médico.

Por su relevancia, estos conceptos se ampliarán en otro apartado.

Antecedentes históricos

La confidencialidad, el secreto profesional y por ende la relación médico-paciente, han estado presentes en la práctica de la medicina desde la antigüedad, están vinculados con una casta de sacerdotes griegos relacionados con la sanación de los enfermos (Asclepiades); posteriormente con Hipócrates quién describió el secreto profesional médico con claridad en el juramento que lleva su nombre, con Galeno famoso médico de emperadores romanos que escribió tratados de anatomía y fisiología.

En el siglo VI, el juramento hebreo de Assad "...No revelarás secretos que se te hayan confiado...", en el periodo barroco estos temas se relacionan con médicos como Vesalio, Paré, etc., que además aportaron avances en cuanto a inventario, recopilación y clasificación de enfermedades. En el periodo romántico con Schelling en Alemania, a finales del siglo XVIII, existen bases más sólidas para la relación médico-paciente de tal forma que el siglo XIX se consideró la época dorada de esta relación, toda vez que, la escasa tecnología permitía que el médico de cabecera fuera el principio y final de toda acción terapéutica desde el nacimiento hasta la muerte.

En la medicina moderna recogen el tema la Asociación Mundial de Médicos en su declaración de Ginebra de 1948, los primeros códigos de ética médica como el de la Asociación Médica Americana que declara, "La confidencia nunca debe ser revelada, a no ser que la ley lo exija o sea necesario para proteger el bienestar de los individuos o las comunidades", el Código Internacional de Ética

Médica el cual reitera que “El médico debe preservar absoluto secreto de todo lo que se le haya confiado”.

Considero relevante mencionar algunos personajes de la historia de la medicina que forman parte importante en el tema que nos ocupa:

Hipócrates

Nació en el año 460 a. C. en la isla de Cos (Grecia), en donde inició sus estudios de medicina, tiempo después se marchó a Egipto a terminar su formación.

Uno de sus méritos fue desarrollar un sistema basado en la observación y la experiencia para el estudio de las enfermedades, atribuyendo las causas de las mismas a fenómenos meramente naturales y no a intervenciones de los dioses como se creía hasta ese entonces, determinó que el mantenimiento de la salud depende exclusivamente de la dieta y la higiene, ideas que persisten hasta la actualidad.

Ante alguna anomalía, el padre de la medicina creía que era correspondiente seguir al paciente paso a paso mediante un tratamiento que tendría que ser lo más simple y estéril que fuera posible; únicamente utilizaba agua limpia o vino para sanar las heridas, y en el caso de las fracturas recomendaba estirar el esqueleto y hacer presión sobre las mismas por lo que desarrolló el famoso “Banco hipocrático”.

Entre sus obras se destaca el *Juramento hipocrático*, en el que establece una ética profesional y señala, que el médico debe ser honesto, comprensivo y serio en su trabajo y es considerado la base de las leyes que definen las buenas prácticas médicas: “...todo lo que viere u oyere en mi profesión o fuera de ella, lo guardaré con sumo sigilo”. Cabe mencionar que el juramento ha sido adecuado a los avances científicos y sociales y revisado por última vez en 2006, parte del actual es:

Prometo consagrar mi vida al servicio de la humanidad;
 Otorgar a mis maestros el respeto y la gratitud que se merecen;
 Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente;
 Velar ante todo por la salud de mi paciente;
 Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente.

Su legado más importante fue una obra compuesta por numerosos escritos, recogida por sus discípulos en el *Corpus hipocrática*, en donde se describen descubrimientos sobre anatomía, la naturaleza del hombre, clínica y patología, epidemias, tratados terapéuticos, de ginecología y deontológicos. Normas que rigen la conducta y el desempeño de los profesionales del área de salud.

Galeno

La palabra Galeno se suele usar en honor a un famoso médico de emperadores romanos y cirujano de la escuela de gladiadores que nació en Pérgamo, Italia en el año 129, más tarde se trasladó a Roma donde se convirtió en el médico de los césares Lucio Vero, Marco Aurelio, Cómodo y Septimio Severo. Fue el médico más importante de la antigüedad, su legado fue base para los estudios de medicina ya que escribió numerosos tratados de anatomía y fisiología que se basaban en la tradición hipocrática. Para él la medicina era la mayor actividad intelectual. Especialmente fue conocido su tratado de terapéutica *Ars Magna*. Falleció en el año 216.

Florence Nightingale

Nació en Italia el 12 de mayo de 1820 y creció en Inglaterra. Procedente de una familia victoriana, creció en un ambiente con una educación muy estricta, a pesar de la oposición familiar, decidió consagrar su vida a la enfermería y luchar por una mejor atención sanitaria y mejores condiciones de salubridad. En 1850, inició estudios de enfermería en Egipto y Alemania.

Ejerció una labor destacada durante la Guerra de Crimea (1853-56), en donde participó con otras 38 enfermeras, ahí se originó la leyenda de "la Dama de la Lámpara", su experiencia en ese conflicto bélico fue lo que la impulsó a investigar, escribir y hacer campaña de forma incansable. Después de la guerra, fundó la primera escuela de enfermeras "Nightingale Training School", en el Hospital St. Thomas.

Se le acredita la invención del gráfico circular como marco de organización para aprender, controlar y mejorar las prácticas médicas y quirúrgicas. Los escritos y la planificación y organización hospitalaria de Florence dejaron una profunda huella en Inglaterra y en todo el mundo; publicó más de 200 libros, informes y folletos. Incluye su más famosa obra *Notas sobre enfermería: qué es y qué no es*.

Inspiró a los fundadores de la Cruz Roja Internacional en 1863, fue galardonada con la Cruz Roja Real en 1883.

En 1907 fue la primera mujer en recibir la Orden del Mérito, la más alta condecoración civil en Gran Bretaña. Florence murió a los 90 años, el 13 de agosto de 1910. Se convirtió en una de las mujeres más famosas y de mayor influencia del siglo XIX. Su obra sigue siendo, una referencia para enfermeras, administradores y planificadores de instituciones sanitarias.

Secreto profesional médico

Clases de secreto

Desde el punto de vista moral existen tres clases de secretos: natural, prometido y confiado.

El natural es independiente de todo contrato, es decir, aunque el depositario no haya prometido cumplir sigilo después de habersele manifestado el hecho o haberlo descubierto, está obligado a callar en virtud del precepto moral que prohíbe perjudicar a los demás sin motivo razonable.

El secreto prometido, nace de un trato o promesa de guardar silencio después de haber conocido el hecho.

El secreto confiado, es el profesional y se refiere cuando se cuenta a alguien que por su profesión está obligado a ayudar con sus consejos o cuidados, por ejemplo: médico, abogado, contador, sacerdote, etc.

Existen tres justificaciones del secreto profesional:

La primera es el derecho que tiene el paciente a su privacidad.
La segunda es la de dar confianza al paciente; éste debe estar seguro de que puede confiar su intimidad.
La tercera, es no producir daño al paciente ya que al revelarse el secreto profesional se puede producir daño moral o físico a su persona y/o familia.

Confidencialidad médica

En este apartado se tratarán aspectos de gran importancia que se deben conocer a fin de llevar a cabo la práctica médica respetando en todo momento la integridad en cuanto a la información de los pacientes.

Inicialmente, debemos recordar que la confidencialidad es la protección de información personal de los pacientes, evitando que ésta sea revelada a terceros. Las tres partes que involucran el preservar o violar la confidencialidad son: 1) la persona a quien le pertenece la información, 2) una segunda persona que tiene acceso legítimo a esa información y, 3) cualquier otro que no tiene acceso legítimo a la misma.

La confidencialidad es de gran importancia en el ámbito médico, ya que los pacientes deben revelar información íntima para ser diagnosticados y tratados adecuadamente y confiar en que ésta no será revelada a otros ya que puede ocasionar daño a sus intereses. Estos daños pueden ser físicos o lesivos ya que algunas enfermedades pueden estigmatizar a las personas como el VIH/SIDA o la enfermedad psiquiátrica, así mismo, algunas enfermedades revelan información íntima como las de transmisión sexual o infertilidad, lo cual puede ocasionar discriminación por parte de empleadores u otras personas.

Los médicos pueden compartir información médica sobre sus pacientes con permiso explícito de éstos con cualquiera y sin permiso con el sector salud, cuando así lo requiere la Ley, con otros trabajadores de atención a la salud involucrados directamente en la atención del paciente, con las compañías aseguradoras asumiendo que los pacientes conocen su condición de asegurados y con los departamentos de remuneración económica de los hospitales y centros de salud.

Existe un debate en el sentido de proporcionar registros médicos a los investigadores que no están relacionados a la atención clínica del paciente, ya que algunos argumentan que no es ético sin el permiso expreso del paciente y otros insisten en que es permisible, siempre y cuando no se incluya información identificadora (datos personales como el nombre) en los informes publicados.

En cuanto a los registros médicos electrónicos, el riesgo de violación de la confidencialidad dependerá del mecanismo de almacenamiento, la protección con clave y del Sistema de capas que permite que una parte de la información, sea accedida electrónicamente.

Hay circunstancias que obligan al médico a romper la confidencialidad como la información requerida por Ley o por los reglamentos de la Secretaría de Salud como sucede en el caso de las enfermedades reportables, como las infecciones de

transmisión sexual, tuberculosis, enfermedades virales como el VIH/SIDA, la influenza; heridas por arma blanca o de bala y para casos de potencial materia penal.

Es importante mencionar que existen protecciones especiales de confidencialidad en cuanto al SIDA, ya que ha sido estigmatizante desde el inicio de la epidemia por lo que algunos gobiernos han aprobado leyes para proteger los derechos de las personas infectadas y otros que por ley requieren el reporte de casos por nombre.

En el caso de la información genética, algunos gobiernos han establecido protecciones especiales para preservar la confidencialidad, debido al temor de que la violación a la misma derive en actos de discriminación laboral o por parte de aseguradoras.

En cuanto a los resultados del análisis genético, estos deben mantenerse de forma estrictamente confidencial y no ser revelados sin el consentimiento de la persona cuya muestra fue analizada. En el caso de un resultado positivo con implicaciones para terceras personas.

Los psiquiatras u otros médicos que consideren que sus pacientes pueden ser "peligrosos para otros", es decir, que exista una probabilidad razonable de que inflija daño corporal severo a otra persona, tiene la obligación moral y probablemente legal de reportarlo a otras autoridades.

En lo referente a la entrega de información a los familiares debe otorgarse en todos los casos en los que el paciente otorgue permiso explícito o cuando este no tenga capacidad y el familiar autorice el permiso para el tratamiento médico. Sin embargo, existe una controversia en el caso de que un médico realice una cirugía en un paciente y revele los resultados a la familia sin el permiso previo del mismo o que la familia en espera le pregunte al cirujano los resultados de la cirugía.

Existen algunas dudas en cuanto a romper la confidencialidad como en la revelación de la no paternidad; casos especiales como el nacimiento del hijo mayor con una anomalía genética, cuando los padres buscan información sobre su conformación genética para planificar los embarazos posteriores, en estudios genéticos que revelen la no paternidad o bien en el caso de los padres de un niño que requiera un trasplante y se sometan a análisis de compatibilidad y se revela la no paternidad. ¿Qué debe decir el médico y a quién?, la misma duda existe en el caso de familiares de un niño que necesita un riñón y se someten a análisis de compatibilidad en que el padre resulta ser compatible y solicita al médico mentir sobre ello por temor a ser donante.

De igual forma, existen situaciones en que la familia pide al médico que no revele la información al paciente. En algunas culturas, en forma habitual un diag-

nóstico de cáncer u otra enfermedad fatal no se le comunica al paciente, pero se le revela a la familia. En algunos casos, la familia le solicita al médico que no divulgue un diagnóstico o mal pronóstico al paciente, a menudo esto sucede con los adultos mayores.

Un problema con el que se enfrenta el médico en cuanto a mantener la confidencialidad del paciente es en los adolescentes que le solicitan que no revele información a sus padres en casos como tratamiento por enfermedades de transmisión sexual, solicitud del adolescente de un método de control de la natalidad, embarazo, comportamiento arriesgado como sexo sin protección o el uso de drogas ilegales, adicciones, etc.

Desafío del médico ante las leyes. Algunas leyes exigen que los médicos informen a las autoridades de migración sobre los pacientes ilegales, sobre casos de sospecha de aborto inducido, de mujeres embarazadas que dan positivo en pruebas de drogas ilegales. ¿Es éticamente aceptable que no obedezcan dichas leyes?

Relación médico paciente

Es piedra angular de la gestión médica asistencial y ha pasado por diferentes etapas históricas que podemos denominar: de compañía al enfermo, mística, clerical, profesional, tecnicista e integral. La práctica médica, desde sus orígenes ha estado estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de las habilidades clínicas. Las relaciones médico-paciente son una parte principal de la ética médica en particular. Ello explica el carácter específico del oficio del médico, al que el enfermo le confía voluntariamente, con esperanza, su salud y su vida; le confía todo, incluso lo más íntimo. Esta confianza sin límites del enfermo al médico le exige a este último tener altas cualidades morales. El paciente no es sólo un objeto de influencia profesional, sino también y, en primer lugar, un sujeto racional, es una persona. Él no es indiferente a los problemas de su propio bienestar físico y psíquico, y quiere comprender la esencia de los procesos fisiológicos y patológicos que transcurren en su organismo.

El médico, por tanto, debe ser consciente de que su relación profesional debe estar caracterizada por:

- El respeto que inspira su investidura técnica, es una profesión de alto prestigio social.
- La expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
- Su condición de piedra angular en prestación de un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud.
- Una constante disposición a la relación de ayuda, sin aspiración de reciprocidad.
- El planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de altas potencialidades iatrogénicas.

El médico y la muerte

En el libro *Salud mental y medicina psicológica*, hay un capítulo que trata sobre este tema tan importante del cual consideramos mencionar lo siguiente:

Durante siglos prevaleció la costumbre de que los enfermos supieran que iban a morir y dirigieran este acontecimiento, a mediados del siglo XX se manifestó un cambio debido a que la muerte quedó en manos de la ciencia y la medicina debido a que se desplazó de los hogares al hospital por ser el lugar más indicado para la atención del enfermo, al avance científico y tecnológico que fue aumentando la posibilidad de curar y prolongar la vida y a que la esperanza de vida en México ahora es de 75 años (en 1930 era de 34).

En la actualidad existe un proceso para recuperar el lugar de la muerte.

Evolución de la práctica médica en el paciente terminal

En los años 60, la doctora Kubler Ross formuló las etapas que pasa un enfermo ante la proximidad de su muerte: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. También se publicaron las primeras revistas de tanatología como la *Journal of Thanatology*, etc.

En los 70, aparecen los primeros hospitales destinados a enfermos incurables como el St. Christopher Hospice.

En la década de los 80, se extienden a nivel mundial las asociaciones por una muerte digna, mismas que dieron un impulso importante a los documentos de voluntad anticipada que sirven para que las personas expresen, cuando aún pueden, sus preferencias sobre el tratamiento en caso de encontrarse en un estado que les impida hacerlo.

Decisiones médicas al final de la vida

Suspensión del tratamiento. Cuando existen datos para considerar que el tratamiento ya no es útil y puede causar más sufrimiento, el médico acuerda con el paciente la suspensión.

Limitación del esfuerzo terapéutico. Suspensión del soporte vital con el consentimiento de la familia.

Rechazo del tratamiento. Decisión del paciente.

Cuidados paliativos. Se aplican al suspender el tratamiento curativo y su objetivo es brindar la mayor calidad de vida posible al paciente.

Eutanasia y suicidio medicamento asistido. Cuando ya no existen otras alternativas de alivio al sufrimiento del paciente y éste solicita ayuda al médico para morir de manera segura y sin dolor, suele ser por medio de inyección intravenosa o suministro de medicamentos. Sólo está permitida en Holanda, Bélgica, Luxemburgo y en tres estados de los E.U.A., en México no está permitida.

Voluntad anticipada

Es la declaración escrita que hace una persona acerca de los tratamientos médicos que querría o rechazaría en caso de encontrarse en una situación en que no pueda expresar sus deseos.

Debe estar dirigida al personal de salud y familiares a fin de que entre en vigor cuando se pierda la capacidad para tomar decisiones.

Avances legislativos en México

En referencia a la suspensión y/o rechazo del tratamiento médico así como en el caso de voluntad anticipada, en nuestro país, entró en vigor la "Ley de Voluntad

Anticipada para la Ciudad de México (2008)”, que respalda el derecho a rechazar tratamientos médicos que prolonguen de manera innecesaria la vida, la cual da origen a la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos, misma que, se reformó en el año 2014, y publicada en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF), el 22 de junio de este año e incluye el Título «De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal» y del cual mencionaremos el artículo 166 bis 3 que habla de los derechos que tienen los enfermos:

- VI. Tienen derecho a dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamiento, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida.
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario y
- X. Designar a un familiar, representante legal a una persona de su confianza, para el caso de que con el avance de la enfermedad esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación.

De manera más específica en cuanto a la voluntad anticipada, el artículo 166 bis 4 dice:

Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables. Es importante mencionar que ya se reconoce como documento legal la voluntad anticipada registrada ante notario público.

Artículo 166 Bis 5. El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente. En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar recibir nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 8. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.

Artículo 166 Bis 9. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.

Artículo 166 Bis 10. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.

Artículo 166 Bis 11. En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la institución.

Conclusiones

Hay un interesante debate sobre si el secreto profesional médico debe ser absoluto o hay situaciones en las que está justificado romperlo.

El médico y las autoridades del hospital deben informar al paciente sobre los límites a la protección de la confidencialidad y permitir que éstos decidan si el tratamiento pesó más que el riesgo de revelación de información sensible.

Si se debe entregar un registro, el paciente debe firmar una autorización de divulgación de información.

Permisos generales de divulgación firmados normalmente por los pacientes no se consideran éticamente adecuados para los registros con VIH, u otro material psiquiátrico, genético o de otro tipo de sensibilidad.

Existe evidencia de que los pacientes se preocupan de la divulgación de información sensible y potencialmente dañina.

Los deseos de los pacientes deben respetarse, a excepción de los casos de preocupación mayor por la salud pública.

Tradicionalmente, la ética médica ha visto el deber de confidencialidad como un principio relativamente no negociable de la práctica médica. En cualquier caso, si se proporcionan excepciones a la confidencialidad médica en la legislación nacional, el médico puede pedir la opinión previa de su asociación o colegio profesional.

Referencias

- Álvarez del Río, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica, pp. 187-243.
- Álvarez del Río, A, Cerón, E. (2005). *Un adiós en armonía*. México, D.F.: Grijalbo.
- Fernández Vázquez, Juan Manuel. (1999). "Secreto profesional", *Revista Anales Médicos*, vol. 44, núm. 1. ene-mar, México D.F.: Hospital ABC.
- Fuente, Juan Ramón de la, Heinze, G. (2012). *Salud mental y medicina psicológica*. Capítulo 25, México, D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana, pp. 312-320.
- García Fernández, Dora. (2011). "El derecho a la intimidad del paciente y el secreto profesional de los profesionales de la salud". *Revista Etbio*, año1- núm. 2.
- Kubler-Ross, E. (2016). *La muerte: un amanecer*. México, D.F.: Editorial Diana.
- Pérez Tamayo, Ruy. (2016). *La muerte*. Segunda Ed. Colegio Nacional.
- Pérez Tamayo, Ruy, Olivé, León. (2011). *Temas de ética y epistemología de la ciencia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Velázquez, Antonio. (1995). "Genoma humano y diagnóstico Genético. Oportunidades y dilemas". Cuaderno del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derechos Humanos.

Enlaces electrónicos

- <https://clinic-cloud.com/blog/confidencialidad-medica-secreto-profesional-medico/>
- http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_6_03/mgi06603.htm
- Ley General de Salud 2017 en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_220617.pdf
- Hipócrates. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México <http://www.fac-med.unam.mx/Libro-NeuroFisio/Personas/Hipocrates/Hipocrates.html>
- Biografía de Galeno Biblioteca bibliográfica en línea <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/g/galeno.htm>
- Biografía de Florence Nightingale Biblioteca bibliográfica en línea <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/n/nightingale.htm>

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"



ASPECTOS ÉTICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA





Ética y Alzheimer. Es un dilema

CARLOS D'HYVER DE LAS DESES

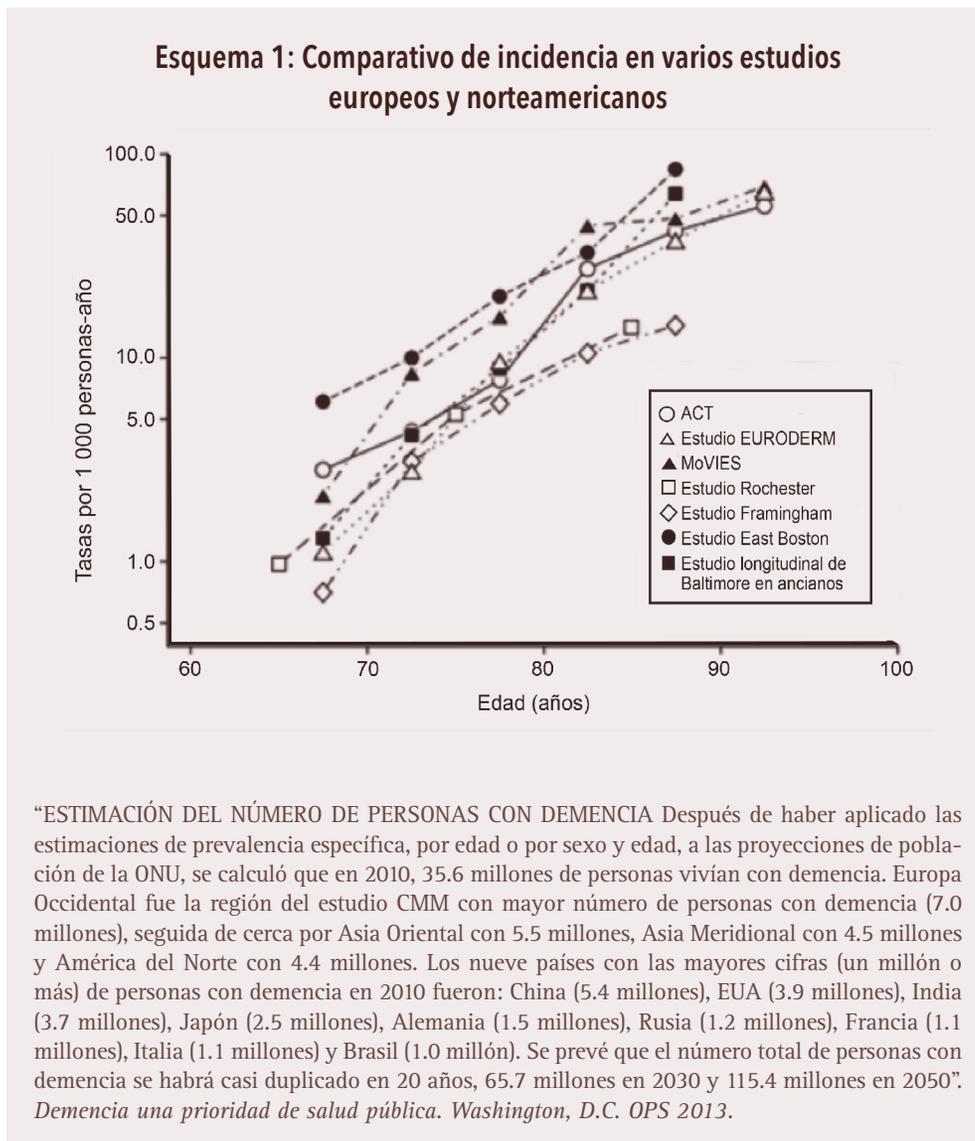
La enfermedad de Alzheimer o demencia senil de tipo Alzheimer o deterioro neurocognoscitivo mayor de tipo neurodegenerativo Alzheimer, forma parte de las enfermedades degenerativas del sistema nervioso central. Hasta el momento es degenerativa, progresiva, incurable y terminal que acerca al individuo a la muerte por complicaciones o por evolución que daña el control de funciones básicas.

El neurólogo y psiquiatra Alois Alzheimer describió los síntomas y las lesiones de placas de amiloide y ovillos neurofibrilares en una mujer relativamente joven, Auguste Deter. El 25 de noviembre de 1901 fue a la primera visita por los cambios que ella había experimentado.

La pérdida de memoria es siempre anormal, los primeros síntomas son quejas leves de la memoria (repetición de ideas, olvido de palabras, hechos aparentemente sin importancia, cambios de humor, etc.), pueden deberse a otro tipo de síndromes, deterioro cognoscitivo leve, sin embargo, debe considerarse la posibilidad de progresión a través del tiempo y terminar desarrollándose a pesar de todas las intervenciones que se puedan realizar.

Epidemiología

El Alzheimer es una enfermedad frecuente en personas de edad avanzada, algunos autores han mencionado que a los 65 años de edad 5% de la población de adultos mayores la padece, 10% a los 70, 15% a los 75, 20% a los 80 y más de 40% a los 90 años y más. Hablando en el plan de incidencia se calcula de 5 a 10 casos por 1 000 personas de 64 a 69 años y de 40 a 60 casos por 1 000 personas en el grupo de 80-84 años. (Esquema 1)



Factores de riesgo

- Edad.
- Sexo femenino.
- Disminución de actividad física (sedentarismo) y mental.
- Factores genéticos:
 - Historia familiar en primer grado (3-5 veces).
 - Presencia de Apolipoproteína E Épsilon 4.
- Historia de traumas craneales.
- Factores cardiovasculares.
 - Hipertensión arterial.
 - Dislipidemia.
 - Homocisteinemia.
- Antecedentes de tabaquismo.
- Diabetes mellitus.
- Obesidad.

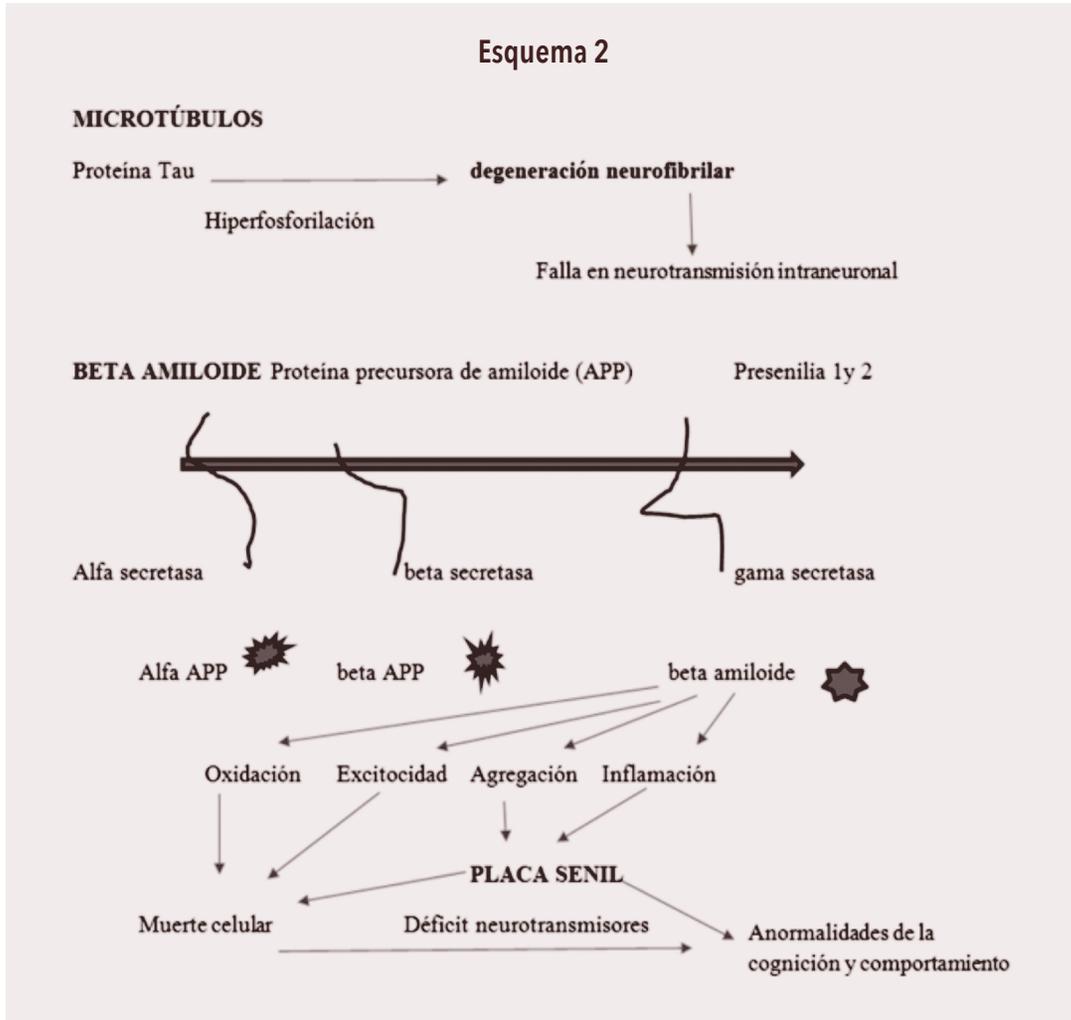
Factores protectores

- Mayor actividad física y mental.
- Dieta de tipo mediterránea.
- Alta escolaridad.
- Presencia de Apolipoproteína Épsilon 2.

Hay dos tipos de Alzheimer: la de tipo familiar donde se han descrito mutaciones como alteraciones en la proteína precursora de amiloide, la presenilina 1 y 2 que se encuentran en los cromosomas 21, 14 y 1 respectivamente, en el cromosoma 21 se ha visto asociada al síndrome de Down y la esporádica.

A nivel fisiopatológico se han descrito ovillos neurofibrilares, secundariamente a la hiperfosforilación de la proteína Tau, acumulación de proteína insoluble beta amiloide; estos cambios favorecen la inflamación, déficit de neurotransmisores (acetilcolina primordialmente), cambios vasculares favoreciendo la pérdida neuronal, su repercusión clínica es la alteración de la memoria, deterioro

cognitivo y cambios conductuales. Los cambios suelen iniciar en la corteza entorinal y posteriormente a la zona del hipocampo. Estos cambios inician hasta con 20 años antes de la manifestación clínica. (Esquema 2)



Fisiopatología

El diagnóstico es hasta el momento clínico, donde se descartan comorbilidades mediante exámenes de laboratorio, en la actualidad se pide una confirmación por laboratorio, pueden ser una tomografía, resonancia magnética de cráneo o tomografía de emisión de positrones (PET), así como, aspectos biológicos como la

medición de proteína Tau y sus derivados en líquido cefalorraquídeo u orina, disminución de proteína β amiloide en líquido cefalorraquídeo, datos que muchas veces encontramos antes que las propias manifestaciones clínicas; no contamos con laboratorios que realicen estas detecciones de rutina en México.

Curso clínico

Algunos han tratado de dividir en etapas la evolución clínica y por lo tanto, existen diferentes formas de catalogarlo, la más sencilla es la que se relaciona con la dependencia de las actividades diarias: la primera etapa es donde el paciente es capaz aún de realizar todas sus actividades (solo o con supervisión), la segunda cuando existen algunas dependencias que hacen que una tercera persona realice ciertas actividades por la imposibilidad del enfermo a realizarlas (manejo del dinero, actividades prácticas como abrocharse zapatos, etc.) y la tercera donde la persona ya se ha vuelto dependiente para la mayoría de las actividades de la vida diaria.

Para otros autores, la evolución es clínica: siendo la primera fase la aparición vaga de cambios de conducta como apatía, ansiedad, depresión no percatándose de pérdida de memoria. En una segunda fase el deterioro cognitivo leve (alteración de memoria a corto plazo), dificultad de planeación, inhibición de conductas, dificultad para encontrar palabras; se acentúan los aspectos depresivos, puede existir ansiedad, irritabilidad, trastornos en el patrón de sueño. En la tercera fase de demencia leve ya hay alteración franca de la memoria de corto plazo, dificultad importante para aprender cosas nuevas, se presentan alteraciones del lenguaje por pérdida de vocabulario, dificultad para nominar objetos, se altera el manejo de dinero, utilización de sistemas de comunicación (teléfono); pueden aparecer ideas paranoides, imaginaciones o ilusiones, y sola, la persona se aísla de la vida social. En una cuarta fase todos los datos mencionados se acentúan, cambian palabras, la dificultad para leer y escribir, no reconoce estar enfermo, se pierde en el exterior del domicilio, ya le cuesta trabajo seleccionar y colocarse la ropa del diario; hasta alimentarse podría ser un problema y la aparición de incontinencia (urinaria y fecal) es posible. En la fase de demencia severa el paciente es dependiente de familiares prácticamente para todas sus actividades y los cambios conductuales pueden llegar a la aparición de alucinaciones, agresividad o al contrario pasividad completa. (Cuadro 1)

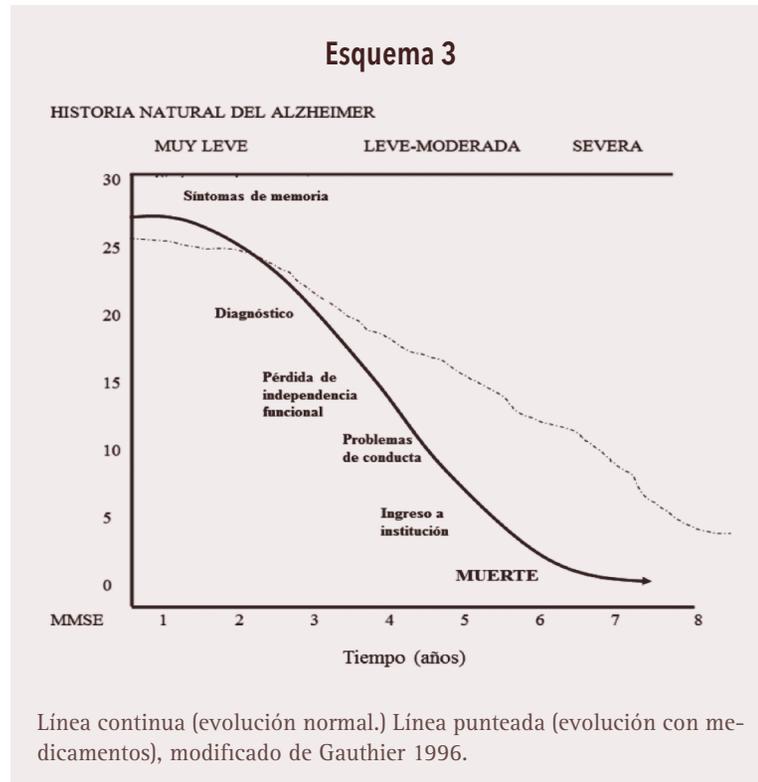
La sobrevivencia desde el diagnóstico varía de 7 a 10 años en promedio, existen múltiples complicaciones que pueden disminuir la esperanza de vida desde que

se completó el diagnóstico, caídas, accidentes, neumonías, úlceras por presión, etc. El principal factor es la edad. Llegando a sólo tres años de evolución cuando el diagnóstico se hace a los 90 años. Los hombres tienen menor sobrevida, la edad del diagnóstico y el estado de autonomía en el momento del diagnóstico darán la expectativa de esperanza de vida.

El **esquema 3** muestra gráficamente la historia natural de la enfermedad, cuando no existe intervención medicamentosa línea continua, en caso de existir ésta la evolución aparece en la línea punteada. Los tiempos de evolución también dependen de la edad de inicio, recordar que personas que tienen la Apolipoproteína Épsilon 4, el cuadro inicia a menor edad y su progresión puede ser más rápida en comparación con aquéllos en que su inicio es tardío.

Cuadro 1. Manifestaciones clínicas en función del estadio de la demencia

	Memoria	Lenguaje y comprensión	Coordinación	Actividades cotidianas	Comportamiento
Estadio 1	Olvida: citas, nombres. Problemas para conversar.	Problemas para encontrar palabras. Frasas cortas. Mezcla de ideas.	No se pierde, puede conducir, vestirse y comer solo.	No hay alteración.	Cambios bruscos de estado de ánimo, tendencia al aislamiento.
Estadio 2	Olvida sucesos recientes. Dificultad de aprendizaje. Recuerdos de hechos lejanos.	Comunicación lenta Vocabulario pobre Repetición de ideas y frases	Pierde equilibrio, caídas. Movimientos lentos. Contracturas musculares.	No sabe elegir ropa, alimento o momento de realizar actividades.	Reacciones violentas, desproporcionadas. Miedos injustificados.
Estadio 3	Olvido de sucesos. Conserva memoria emocional.	Lenguaje balbuceante, pocas palabras concretas.	No controla gestos, dificultad para levantarse, sentarse. Cuesta trabajo tragar, incontinencia.	Permanece en cama, aparecen escaras, infecciones respiratorias.	Humor imprevisible, grita, llora, se agita, ríe.



Tratamiento farmacológico

El manejo farmacológico con el que contamos es la modificación de niveles de neurotransmisores que mejoran la memoria y la conducta, retardando hasta por dos años la progresión, frecuentemente sólo seis meses; ninguno hasta el momento es curativo. Los anticolinesterásicos (donepecilo, rivastigmina y galantamina) y los bloqueadores de NMDA (N-Metil De Aspartato) como lo es la memantina mejoran el perfil en etapas tempranas, más no así en etapas avanzadas. El uso de antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos se usan para los trastornos conductuales dando resultados favorables en ciertos momentos de la evolución. Aunque no se ha comprobado su utilidad en forma genérica, ni modifican la evolución.

La utilización de terapias no medicamentosas como la musicoterapia, la estimulación cognitiva, entrenamiento de la memoria, etc., no han demostrado evidencia de su utilidad, pero tampoco se ha demostrado que no sirvan. El

retraso en la aparición de algunos de los síntomas puede presentarse, sin embargo, la evolución persiste y la sensación de ayuda a la persona y comunidad se da a través de éstas intervenciones.

Su cuidado

El cuidador principal o primario es aquella persona que se hace cargo del enfermo, generalmente la hija, aunque existan otras personas que pueden o no ser familiares que lo ayuden, hasta personal pagado para el caso, ocupándose de los cuidados, alimentación, higiene, medicación, aporte económico o en especie. O simplemente como compañía para reducir riesgos.

El cuidador primario tiene riesgo de colapso y por lo tanto debe recibir apoyo, capacitación mediante grupos de apoyo de familiares y cuidadores, enseñanza en cuanto a alimentación, movilización, prevención de enfermedades respiratorias, urinarias, dentales, oculares etc. Que favorezcan su cuidado personal en descanso, horas de sueño, ocupación de tiempo libre, socialización etc.

Un diagnóstico temprano permite planear cómo enfrentar los altos costos físicos, emocionales y financieros. La demanda diaria de cuidados señalará la necesidad de ubicar al enfermo en centros de cuidado especializados.

Reacciones ante la enfermedad: **negación** tanto el paciente como de los familiares (estoy presionado, triste, preocupado, simplemente despistado), (se acuerda de todo, pregúntele del viaje que hicimos, recuerda los nombres de sus compañeros de escuela); **enojo** aparecen agresiones a preguntas puntuales, responde que esas son tonterías y se niega a contestar; es que me repite muchas veces lo mismo, no me pone atención, es que ya no le importo; **depresión** se encuentran solos, sin tener que hacer, ya no los toman en cuenta y la contraparte, que haré, como lo cuidaré, de quien me apoyo?

Toda la familia se ve afectada en menor o mayor medida; cambios en el empleo del tiempo libre, de recursos, se origina estrés y sentimientos de culpa. La designación del cuidador primario a veces es complicada (generalmente la pareja o una de las hijas, en pocos casos el hijo y cuando existen recursos es ajeno a la familia y su contratación dependerá del familiar más cercano). Con el paso del tiempo muchos de ellos se sienten desamparados, indefensos, puede aparecer rabia y culpabilidad con maltrato subsecuente para el enfermo; la aflicción y depresión son frecuentes no consigue mejorar la relación. Deben aprender a sufrir. Se establece la conspiración del silencio: el acuerdo consiste en no hablar

de la enfermedad, bajo el pretexto de protegerlo del sufrimiento, pero relegan a la persona al aislamiento emocional con sentimientos de ansiedad, y temor.

Hay cambios estructurales y entre los miembros que componen la familia, si bien en un principio hay alianzas y se fortalecen vínculos, con el paso del tiempo se rompe el núcleo y el trabajo recaerá en una sola persona, que tendrá nuevas funciones desde la administración económica del hogar, ayudar a la limpieza, atención personal del enfermo, aportación económica, etc. El enfermo competirá involuntariamente con la atención que merecen otros miembros de la familia: los hijos pequeños son descuidados ante la gravedad de la enfermedad de uno de los abuelos. Se produce una parálisis en el ciclo evolutivo familiar.

Impacto económico: habrá que considerar gastos directos e indirectos (difícilmente cuantificables) en España se considera un gasto de 37 000 euros anuales, en la comunidad europea un costo promedio de 28 000 euros anuales por persona. (Cuadro 2)

Costos en Colombia. (Pesos colombianos por peso mexicano 150), ellos estiman un costo de 98 849 315 pesos colombianos por paciente de llegar a ocho años de evolución, lo que significa 658 995 pesos mexicanos.

No contamos con un estudio de costos en México, el reporte 2015 de la Alzheimer's Disease International menciona un costo por persona anual de 10 349 dólares para Latinoamérica del centro.

Cuadro 2

GASTOS DIRECTOS		GASTOS INDIRECTOS
Médico	Consultas	Tiempo del cuidador Salario no percibido Costo de oportunidades: (Familiares, laborales, morales) Tiempo de ocio Morbilidades asociadas del cuidador
	Estudios	
	Medicamentos	
	Hospitalizaciones	
	Centros de día	
	Asistencia domiciliaria	
	Aspectos arquitectónicos (remodelaciones)	
	Compra de materiales	

Servicios de apoyo

El Estado prácticamente no cuenta con servicio de apoyo especializado en estos casos, la Fundación Alzheimer y la Asociación de Alzheimer se han ocupado de los estudios y la puesta en marcha de centros especializados para su atención, cuentan con apoyo de médicos especialistas que han logrado estar y ser partícipes de estudios internacionales que favorezcan el estudio de la enfermedad. Dentro de los Institutos Nacionales se cuenta con grupos de estudio y abordaje del problema (Neurología, Psiquiatría y Nutrición), han implementado clínicas especializadas que orientan y dan la pauta para su manejo, sin embargo hasta el momento son los particulares los que han hecho una labor masiva de atención.

¿Cuáles son los principios éticos?

Proviene de la teoría de los principios, en general es compatible con la mayoría de los sistemas de valores existentes, ya sean religiosos, éticos o culturales, donde obtienen un carácter pluralista y de amplia aceptación.

Autonomía: La persona tiene la capacidad de tomar sus propias decisiones al contar con la información sobre la patología que presenta, a los procedimientos a los que se debe someter, su propósito, posibles riesgos y beneficios, así como a las posibles alternativas que existen. Siempre podrán realizar cuestionamientos y abandonar cualquier acción en cualquier momento. Cuando la persona no es competente, las decisiones serán tomadas por el representante legal.

Beneficencia: Todo acto que se lleve a cabo debe seguir el propósito de beneficiar al paciente.

No maleficencia: Lo importante es minimizar los posibles daños directos o indirectos de las acciones a tomar.

Justicia: Se deben distribuir los bienes y servicios buscando proveer el mejor cuidado de la salud según las necesidades y promover el interés público.

Cuando violar estos principios:

- Hay mejores razones para optar por un principio que por otro.
- Existen posibilidades realistas de alcanzar el objetivo que justifica la infracción.
- No hay alternativas que sean moralmente preferibles.
- La infracción elegida es la más leve, proporcionalmente al objetivo principal.
- Se intentan minimizar los efectos negativos de la infracción.

Dilema bioético

Principio de autonomía: la persona decide con base en la información.

En Alzheimer, el enfermo no es capaz de decidir, sólo en etapas tempranas podría llegar a comprender y decidir. El tratamiento retrasa la evolución, no la impide, se llegará a la incapacidad de todas formas y a la muerte. Si se realiza tratamiento y manejo multidisciplinario tendrá más de 10 años de discapacidad, de carga familiar, de gasto económico. El manejo inter y multidisciplinario favorece en promedio dos años de discapacidad menor en etapas tempranas.

El diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer presenta importantes problemas bioéticos. Cuando se realiza una detección temprana, donde aún el paciente es autónomo y la aparición de dependencia NO ha iniciado hay un tiempo en el cual la autonomía, la intimidad y la dignidad de quien sufre el padecimiento pueden verse lesionadas por las eventuales medidas de apoyo y atención médica o familiar que se decida adoptar bajo el principio de beneficencia y no maleficencia. Éstas pueden terminar por transformar al paciente en un objeto de cuidado, impidiéndole asumir la enfermedad, elaborar la identidad y reordenar el espacio vital. Debe procurarse que el cuidar no se traduzca en un asedio compasivo y un efecto invasivo que lleve a la anulación del paciente. Quedando en el borde de la maleficencia, afectando derechos humanos fundamentales en cuanto a la intimidad y la autonomía, ya que el cuidado cae en el exceso, en la suplementación de actividades, en la apropiación de la vida, justificados por el "bienestar" de la persona.

Es frecuente que se caiga en el "principio de doble efecto" (se permite causar un perjuicio para producir un buen fin que no es posible lograr sin dañar, aquí entran los aspectos familiares del cuidador); toda acción pretende alcanzar un beneficio sea el cielo, el agradecimiento, la autosatisfacción, el reconocimiento público, el sentido de pertenencia; lo que implica una relación ambigua, confusa entre el dar y recibir, donde no hay reciprocidad sólo obligación.

Hay que evitar el negativismo moral (imponer, humillar, despreciar por orientación utilitaria, paternalista y comunitaria) de los sistemas médicos y familiares; llevando al reconocimiento social de la identidad, autonomía individual y libertad civil como fin.

Por otro lado, nos enfrentamos a los derechos que tiene una persona adulta mayor y que se encuentran plasmados en la Constitución mexicana.

La igualdad de oportunidades, al tener una afectación mental no puede utilizar el derecho de mutuo propio. La participación y autorealización se ven truncados. El derecho a ser cuidado lo deberá ejercer su familia o cuidador primario. La dignidad deberá respetarse en todo momento, sin importar el grado de avance de la enfermedad. El acceso a la justicia derivará al tutor legal que sea nombrado y será representado por éste último para efectos legales de cualquier tipo. Se deberá tratar de ofrecer la mayor calidad de vida a la persona aunque en algunos casos el cuidador o la familia deciden sobre la perspectiva personal y no la del paciente. La visión prospectiva que se plantea es sólo la de mayor dependencia y el cuidado que deberá tener tanto en familia como en institución.

El dilema que dejo sobre la mesa

Tratar o no tratar con fármacos retardadores a la persona que inicia con demencia, ¿manejo farmacológico sólo conductual?

Dar principio de autonomía al paciente en primera fase, o dar autonomía subrogada a la familia con el pasar del tiempo.

¿Dejar de actuar al iniciar la discapacidad? No prolongar una discapacidad con manejo lentificador, provocando mayor tiempo de desgaste personal, familiar, social y gasto económico. Principio de no maleficencia.

¿Apoyo al paciente, cuidador y familia mediante servicios de cuidado, ayuda y apoyo. Principio de beneficencia, más no de manejo farmacológico?

La ley de voluntades anticipadas es la base legal para optar por las diferentes situaciones que pueden presentarse en un futuro, en cuanto a atención y límites de la misma. Ante notario y con testigos de la capacidad de decisión se puede prever que tanta atención se desea recibir en caso de enfermedades potencialmente mortales o incapacitantes.

Conclusiones

Al enfrentar los médicos una enfermedad degenerativa, progresiva y que hasta el presente no tiene un tratamiento curativo, ni siquiera que realmente detenga la evolución, tenemos diferencias de pensamiento que conllevan una carga moral, ética, social y porque no económica que pueden llevar a romper los principios éticos, ya que no hay posibilidades morales a los ojos de unos.

Los derechos humanos difícilmente pueden ejercerse en lo individual, la sociedad tiene la obligación de velar que se cumplan dentro de lo posible; por lo que saber elegir conscientemente nuestro futuro sólo se puede ejercer en una primera fase, posteriormente estaremos condenados al pensamiento de los que nos rodean. Hay que proporcionar toda la información a nuestros pacientes, la veracidad de la misma, la oportunidad con la que se ofrezca ayudará a tener una mejor relación, a que nuestra propia consciencia este tranquila.

No caer en la tentación de no dar la información bajo la presión familiar. Si se le dice va a estar deprimido; no es conveniente que usted le diga ahora, yo se lo diré después (cosa que no pasa oportunamente). Denle al paciente la posibilidad de seleccionar basados en una realidad, en conocimiento y en pruebas que respalden su decisión.

Sabemos que desde el diagnóstico hasta el fallecimiento de la persona pueden pasar seis a ocho años y en aquellos que se les otorga todo el tratamiento pueden llegar hasta los 16 años de esperanza de vida, en función de la edad de la persona en el momento del diagnóstico. Otorgar un tratamiento médico farmacológico durante la primera fase del padecimiento y alargar el periodo de semidependencia es válido, pero en cuanto pasa a una segunda fase de dependencia, creo, debe suspenderse el apoyo farmacológico, dejar avanzar la enfermedad atendiendo al cuidador primario y otorgando sólo manejo conductual al paciente.

¿Será una buena opción?, en cada uno de nosotros está el decidir, nuestro pasado y el entorno socio familiar son nuestras armas de decisión delante del conocimiento actual.

¿Qué decidimos? Ser tratado totalmente, sólo mantenimiento o no hacer nada. ¡Qué dilema ético!

Referencias

- Aja, Marta y Villanueva, N (1998) *El impacto de la enfermedad de alzheimer en la familia*. Escuela Vasca de Terapia Familiar, diciembre.
- Alzheimer's Association, alz.org/alzheimers_disease_what_is_alzheimers.asp (22 mayo 2017)
- Buxó, M.J y Casado, M (2014). "Reflexiones bioéticas sobre el cuidado prematuro desencadenado por el diagnóstico precoz de la enfermedad de Alzheimer". *Gac. Sanit.*; 28(5):426-428.

- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Departamento de geriatría, "Enfermedad de Alzheimer". <http://www.innsz.mx/documentos/articulos/EnfermedaddeAlzheimer.pdf> (mayo 22, 2107)
- Kukull, WA, Higdon, R, Bowen, JD, McCormick, WC, Tei, I, Shellenberg, GD, *et al.* (2002). "Dementia and Alzheimer Disease Incidence: Prospective Cohort Study". *Arch Neurol*, Nov; 59(11) 1737-46.
- Porteri, C, Albanese, E, Scerri, C, Carrillo, M.C, Snyder, H.M, Martensson, B. *et al.* (2007). "The biomarker-based diagnosis of Alzheimer's disease. 1-ethical and societal issues". *Neurobiology of aging*; 52(2017)132-140
- Prada, S.I, Takeuchi, Y, Ariza, Y (2014). "Costo monetario del tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en Colombia". *Acta Neurol Colomb*; 30(4):247-255.
- Prieto, C, Eimil, M, López de Silanes, C y Llanero, M (2011). *Fundación Española de Enfermedades Neurológicas*. http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf
- Pérez, C. *Alzheimer: afrontando el diagnóstico*. <http://blog.infoelder.com/alzheimer-afrontando-el-diagnostico>.
- Serge Gauthier (1996). *Clinical diagnosis and Management of Alzheimer's Disease*. Butterworth-Heinemann. 4 edition ISBN 0750698454
- World Alzheimer Report 2015. The global Impact of Dementia, an Analysis of Prevalence, Incidence, Costo and Trends. Alzheimer Disease International, London, August 2015. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- Zanetti, O, Solerte, SB and Cantoni, F. (2009). "Life expectancy in Alzheimer disease". *Arch Gerontol Geriatric*; 49 Suppl 1:237-43.

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"

Ética y subrogación materna

ENRIQUE RIVERO WEBER

Los avances que se han logrado, tanto en investigación como en tecnología, en diversas áreas de la atención médica en las últimas décadas han sido considerables, sin embargo, la evolución de los conceptos éticos y jurídicos desgraciadamente no han evolucionado a la par de ellos. El campo de la reproducción humana no es la excepción; se calcula que aproximadamente 12% de las parejas en edad fértil son estériles, el concepto de infertilidad a pesar de no ser exacto desde el punto de vista semántico se acepta definirlo como una “ineficacia reproductiva”, en sentido estricto, la esterilidad es la incapacidad de concebir y la infertilidad es la incapacidad de llevar a término un embarazo; diferencia muy importante, pues las causas y los tratamientos son completamente diferentes para cada una de ellas a pesar de que finalmente el efecto es el mismo: la incapacidad de una pareja para reproducirse. Sin embargo, en el *Diccionario de la Lengua Española* aparecen como sinónimos.

La imposibilidad de reproducirse y poder así crear una verdadera familia propia, es una situación muy frecuente y conlleva a un verdadero problema de salud pública, pues crea una gran cantidad de conflictos emocionales que trastornan la vida cotidiana de una pareja y provoca que hagan hasta lo imposible por lograr un embarazo. Paradójicamente hay mujeres extremadamente fértiles, todos sabemos de casos en los que una relación fortuita (incluyendo violaciones) termina

en un embarazo no deseado, y sin embargo, existe un número importante de parejas que a pesar de no encontrar ninguna causa orgánica que lo justifique son declaradas como estériles.

Actualmente, contamos con múltiples recursos para que una pareja que hasta hace poco era incapaz de reproducirse de forma natural logre tener un hijo, la más simple de ellas es la inseminación artificial, sin embargo, requiere de la integridad del sistema reproductor femenino, puesto que solamente sirve para hacer llegar los espermatozoides capacitados artificialmente al interior del útero (sin copulación y evitando la primera barrera que es el cérvix y sus secreciones), método relativamente sencillo, no demasiado costoso y que cualquier gineco-obstetra certificado puede efectuar y aunque no aprobado por algunas religiones es un concepto que no tiene mayor discusión en cuanto a la ética concierne, sin embargo, las nuevas tecnologías más complejas en materia reproductiva si plantean conflictos éticos que deben ser analizados y resueltos tomando en cuenta siempre el respetar la seguridad y los derechos de todos los participantes, así como, garantizar el interés general de la sociedad y el cumplimiento de las leyes vigentes.

Esto nos sirve de marco para analizar en este sentido la gestación subrogada, la cual es una de las técnicas de reproducción asistida que mayor dilema ético genera, pues en ella intervienen no sólo los futuros padres y el que posteriormente será el hijo biológico de ellos, al complicarse con un tercer participante imprescindible: la mujer quien prestará su útero y su organismo entero para dicho fin, conocida también como madre de alquiler o madre subrogada.

Cuando la integridad del sistema reproductivo de la mujer está irreversiblemente alterado, sólo quedan las llamadas Técnicas de Reproducción Asistida, (TRA) la que es más frecuentemente efectuada es la Fertilización In Vitro (FIV) que es la fecundación de un óvulo en un laboratorio altamente especializado, ya sea simplemente poniéndolo en contacto con espermatozoides en un medio apropiado de cultivo, o cuando se detectan problemas de motilidad se inyecta un sólo espermatozoide previamente seleccionado al interior del óvulo captado poco tiempo antes. Se monitoriza mediante microscopia y si fue eficaz la fecundación, y en cuanto hay un número adecuado de divisiones celulares (habitualmente entre el 3° y 5° día) se insertan los óvulos ya fecundados en fase de mórula en la cavidad uterina, habitualmente uno y como máximo tres, para continuar el proceso natural de la gestación, con un índice de efectividad que varía entre 30 a 60%, dependiendo de quién y donde se realice el procedimiento y ¿por qué no decirlo? de las técnicas utilizadas para ello.

Esta técnica, es la que quizás mayor impacto haya tenido desde que en 1978 ocurrió el primer nacimiento por este medio, logrado en el Reino Unido por Robert Edwards y Patrick Steptoe; en Latinoamérica, el primer nacimiento se consiguió en Colombia en 1985, con el equipo de Elkin Lucena.

Fases de la FIV:

- Estimulación del ovario con hormonas
- Extracción de ovocitos
- Inseminación de los ovocitos: La forma clásica es poner en contacto espermatozoides y ovocitos previamente seleccionados en una caja de Petri y cultivarlos, pero también se puede inyectar intracitoplasmáticamente los espermatozoides en el caso de que al microscopio se observen problemas de motilidad.
- Cultivo in vitro del embrión. Durante el periodo de cultivo el embrión pasa por diferentes estados de desarrollo. Habitualmente, los embriones permanecen en cultivo un total de tres días.
- Transferencia embrionaria en el útero por vía transcervical, dependiendo de la edad se transfieren de uno a cuatro, en caso de que existan más embriones viables éstos pueden ser congelados para utilizarlos en algún ciclo posterior, sin embargo, este procedimiento de congelación reduce importantemente la posibilidad de éxito.

En casos mucho más complejos en los que por razones médicas resulta imposible que una mujer pueda llevar por sí misma un producto de la concepción (histerectomía o estados de salud que contraindican en absoluto el embarazo), es donde entra en juego el tema que ahora nos ocupa: la subrogación del útero, en donde la receptora de los óvulos fecundados es otra mujer sana y habitualmente joven y acaba sirviendo exclusivamente de “incubadora biológica” lo que conlleva a una gran cantidad de problemas médicos, familiares, éticos, religiosos y jurídicos.

La técnica de transferencia de embriones no se modifica en el caso de la subrogación ya que el cuerpo depositario de los embriones no influye en el éxito de la FIV. Las tasas de embarazo son comparables a las reportadas para técnicas

similares; el éxito se ve afectado por los mismos factores que en otras situaciones, como la edad del ovocito. Se han revisado, igualmente, los resultados perinatales y la evolución del desarrollo físico de los niños sin que aparezcan diferencias respecto a otras variedades de fecundación in vitro.

Las principales indicaciones actuales para proponer una subrogación materna son:

- Ausencia de útero, congénita o adquirida.
- Anomalía uterina significativa, como Síndrome de Asherman irreparable o útero unicorne asociado con pérdidas recurrentes del embarazo.
- Contraindicación médica absoluta del embarazo, tal como la hipertensión pulmonar.
- Condición médica grave que se pueda agravar por el embarazo o causar riesgo significativo para el feto, como la isoinmunización.
- Incapacidad biológica para concebir o tener un hijo, como es el caso del hombre solo o la pareja homosexual masculina.
- Factor endometrial, justificado a través del fracaso de fertilizaciones in vitro anteriores inexplicables.

Panorama mundial de la subrogación uterina

La reproducción humana asistida puede considerarse como un derecho autónomo, derivado de la dignidad de la persona o como un derecho reconocido en normas jurídicas a fundar una familia. En México no existe una legislación federal al respecto y consecuentemente la mayoría de las subrogaciones se efectúan bajo el concepto jurídico de lo que no está expresamente prohibido, está permitido; por el contrario en estados como Coahuila y Querétaro se encuentra expresamente prohibida la posibilidad de procreación por el método de útero subrogado, por el contrario está permitido y legislado localmente en Sinaloa y Tabasco, en este último en el artículo 92 del Código Civil, se regula la gestación subrogada como un supuesto de filiación y determina qué debe entenderse por “madre gestante sustituta” y “madre subrogada”, recientemente acaba de cambiar la legislación, impidiendo que extranjeros accedan a este método, lo que ha traído gran cantidad de problemas legales, pues este estado se había convertido

en sede de turismo médico en la materia. El problema fundamental es que todas las parejas de extranjeros que optaron por este método y cuya gestación se logró antes del cambio de la ley, se hallan en un vacío jurídico, pues en el momento del nacimiento estos recién nacidos no son reconocidos legalmente, sino hasta después de un juicio complicado y tardado que incluye pruebas de ADN para determinar la paternidad legal.

En los tratados internacionales lo que se menciona es el derecho a formar una familia, y sólo como derecho implícito podría considerarse a que el acceso a la FIV y otras TRA podrían incluirse como parte del derecho a la salud.

Desde 2007 a la fecha se han presentado ocho iniciativas al Congreso de la Unión para modificar la Ley General de Salud y generar una ley específica al respecto, sin embargo, ninguna ha prosperado, fundamentalmente por la oposición de la derecha conservadora, buscando, más que coadyuvar al ejercicio de los derechos de los ciudadanos, a un retroceso social al reconocer solamente familias heteroparentales y el reconocimiento de persona jurídica al embrión.

El 30 de noviembre de 2010, la Asamblea Legislativa de la Ciudad de México aprobó la Ley de Gestación Subrogada; pero no fue publicada.

Estados Unidos

En los Estados Unidos está permitida y legislada la subrogación materna. Ya existió un caso en el que una madre sustituta, rehusó ceder la custodia de la hija de la pareja con la que había hecho un contrato y el tribunal de Nueva Jersey otorgó finalmente la custodia a los padres biológicos. Pero la idea ha ganado aceptación y en la actualidad en ocho estados de los Estados Unidos en los que hay leyes que permiten los contratos de gestación. El estado de California fue pionero en la regulación de este proceso que en la actualidad cuenta con todas las garantías legales y pleno respaldo del sistema judicial del país.

India

En 2008 la Corte Suprema de la India en el caso Manji, sentenció que la maternidad subrogada comercial estaba permitida y dicho proceso tiene un costo que varía entre los 20 000 y 40 000 dólares, sin embargo, desde julio de 2013 se prohíbe la gestación subrogada a homosexuales, solteros extranjeros y parejas de países en los que esté

prohibida esa práctica. La subrogación materna en India se ha tornado en una industria que genera casi 25 000 nacimientos por año y que se expande rápidamente, consolidando al país como un destino buscado en el llamado “turismo reproductivo”.

Ucrania

La maternidad subrogada, incluso en su forma comercial, es completamente legal e incluso contempla la posibilidad de que los cónyuges realicen la fecundación in vitro con ovocitos donados; posterior al nacimiento, la pareja contratante obtiene un certificado ucraniano de nacimiento, en el cual los dos constan como padre y madre. En caso de que hayan recurrido a una donación, no tiene importancia alguna la relación genética “incompleta” con el nacido.

Federación Rusa

La maternidad subrogada, y la comercial, también es legal en los casos de adultos que certifiquen: ausencia del útero, malformaciones del útero o del cérvix, sinequia uterina, enfermedades somáticas en las cuales está contraindicado el embarazo, reiterados intentos fallidos de la FIV cuando se generan embriones de alta calidad pero, una vez transferidos, no se consigue el embarazo.

Unión Europea

La gestación subrogada no está regulada a nivel europeo. El parlamento europeo, en el informe anual de 2014 sobre los derechos del hombre y la democracia y sobre la política de la UE en esta materia, “condena la práctica de la gestación por sustitución (GPA) por atentar contra la dignidad de la mujer, cuyo cuerpo y función reproductiva son utilizadas como mercancías”.

España

La filiación corresponde a los padres biológicos, según el artículo 10 de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

Grecia

En 2002 se introdujo en Grecia la ley 3089/2002 sobre reproducción humana asistida médicamente que incorpora reglas específicas para permitir la subrogación, dándole un marco legal y regulando a la transferencia de filiación.

Reino Unido

A pesar de la extendida creencia de que en el Reino Unido la subrogación es legal, la realidad es que el marco legal que se inició en 1985, se ha ido refinando posteriormente en diversas modificaciones, lo que regula es la transferencia de paternidad después del nacimiento. En estas circunstancias los padres intencionales pueden realizar una solicitud de transferencia de paternidad con los siguientes requisitos:

- Los solicitantes deben estar casados, en una unión civil o en convivencia (incluyendo parejas del mismo sexo). Las personas solteras no pueden solicitarla.
- El embarazo no puede haberse producido mediante contacto sexual.
- El niño debe vivir con los padres intencionales desde su nacimiento.
- En el momento de la solicitud de transferencia al menos uno de los padres intencionales debe estar domiciliado en el Reino Unido.
- Los solicitantes deben tener al menos una conexión genética parcial con el niño.
- La solicitud debe realizarse durante los seis meses que siguen al nacimiento del niño.
- La gestante no puede dar su consentimiento a la transferencia hasta al menos seis semanas después del nacimiento.
- Se debe demostrar que no ha habido ningún intercambio de dinero o beneficio que se salga de los gastos razonables del proceso.

Portugal

El 30 de julio de 2016, se promulgó la norma que establecía la gestación subrogada altruista para mujeres que carecen de útero o que demuestren no poder llevar a cabo un embarazo.

México

La falta de legislación sobre el embarazo subrogado en la mayor parte del país hace que exista un limbo legal. Sólo cuatro territorios mexicanos hablan de gestación subrogada en su sistema legal: Tabasco y Sinaloa, que sí la permiten y por otro lado, Coahuila y Querétaro donde está prohibido.

Con la nueva reforma de la ley, actualmente tanto en Sinaloa como en Tabasco solamente pueden acceder a la gestación subrogada los ciudadanos mexicanos, por lo tanto, la gestación subrogada no está disponible para extranjeros.

Ley de maternidad subrogada en Tabasco está permitida para parejas heterosexuales legalmente casadas o que actúen como marido y mujer, es decir, que convivan y solamente se admite la gestación subrogada altruista y con el siguiente requisito para la gestante:

- Debe tener entre 25 y 35 años (condición que impide la gestación subrogada en abuelas o tías del futuro recién nacido).

Anteriormente a esta actualización, Tabasco era un único destino mexicano de turismo médico para las parejas extranjeras que deseaban un nacimiento por este método. Ahora, la gestación subrogada no está legalmente permitida para extranjeros en ningún lugar de México.

Algo parecido ocurre en Sinaloa, donde además de lo descrito para Tabasco se agrega que la gestante sea madre de un hijo consanguíneo sano.

- Tener una buena salud física y mental.
- Dar el consentimiento voluntario de prestar su vientre.

- Debe acreditar mediante dictamen médico que no estuvo embarazada durante el año previo a la implantación del embrión y que no ha participado más de dos ocasiones consecutivas en este procedimiento y en este estado es permitido cualquier modalidad de gestación subrogada, parcial, total, altruista o con compensación.

Propuesta de ley en la Ciudad de México

En 2010 se redactó una propuesta de ley para regular y permitir la gestación subrogada en la Ciudad de México. Esta propuesta establece la obligación de la mujer gestante a entregar a los padres solicitantes al recién nacido inmediatamente después del nacimiento y a estos a recibirlo.

Según lo establecido en la propuesta, el certificado de nacimiento deberá ser expedido por el médico que asista en los términos de la Ley de Salud de la Ciudad de México. En caso de la separación o fallecimiento de una o ambas personas solicitantes, durante la gestación, un Juez de lo Familiar decidirá la situación del nacido conforme a la legislación vigente.

Los padres solicitantes deben conocer y respetar el derecho de la madre gestante a decidir interrumpir el embarazo según los términos legales que establece el código penal, sin que incurra en responsabilidad civil o penal. Asimismo, se podrá establecer una indemnización en caso de que se produjera fallecimiento o incapacidad permanente de la madre gestante a causa del embarazo.

Los padres solicitantes, quienes aportan el embrión que será transferido, se comprometen a cumplir con la legislación vigente, respecto de la paternidad, velando por los intereses del menor y ejercer los derechos y obligaciones que implica la maternidad y paternidad.

Los padres intencionados serán los que tendrán los derechos de filiación. Además de ser quienes correrán con todos los gastos médicos que se generan desde la transferencia de los embriones hasta el alta médica de la mujer gestante, con independencia de si se logra o no el nacimiento.

A la hora de seleccionar a la madre gestante, se establece que preferentemente sea una mujer con relación familiar, amistad o relación civil con los padres solicitantes. Si no existiera una mujer voluntaria que cumpla con estas características, podrán recurrir a otra mujer ajena al entorno de los padres solicitantes.

Estos son algunos de los aspectos contemplados en esta propuesta de ley, que todavía hoy sigue sin ser aprobada. Es decir, que no está ni prohibida ni permitida, hay un vacío legal, así que los padres de intención y la gestante no están amparados por la ley. En Jalisco, al igual que en la Ciudad de México, ha habido propuestas de ley para regular la gestación subrogada, pero no han sido aceptadas y por tanto sigue sin haber regulación.

Bases éticas

El analizar si el subrogar un útero para que una pareja pueda procrear un hijo biológico conlleva al análisis de muchos conceptos, desde los cambios actuales del término "familia" hasta analizar filosóficamente lo que se refiere a la paternidad, el parentesco, el nivel social y la capacidad económica de una pareja con este problema, de ahí surge el primer cuestionamiento ético en el caso de la Fertilización In Vitro (FIV) y específicamente de la maternidad subrogada, una aseveración de evidente justicia social. Los avances científicos deben ser para todos y no sólo para los que puedan pagarlos; en países en los que esta práctica está permitida es mucho más frecuente que la subrogación sea altruista; sin una motivación económica, sin embargo, habitualmente va implícito algún tipo de compensación oficial o extraoficial.

No necesariamente todo lo que técnicamente es posible efectuar se debe éticamente hacer, si bien la moral nos permite distinguir el bien del mal, la sociedad actual es libre y tiene opiniones y pensamientos distintos, que muy frecuentemente hace que sea muy complicado distinguir entre lo aceptable y lo inaceptable por las diferentes posturas existentes ante un tema determinado que pueden ser igualmente respetables e incluso éticamente correctas.

En este sentido García Diego propone abordar el tema en un contexto socio-histórico: "el conocimiento de la realidad no es sólo lógico, sino también histórico; es lógico históricamente y es histórico lógicamente", luego entonces en el análisis bioético y jurídico de cualquier técnica de reproducción asistida se debe tomar en cuenta el espacio social e histórico.

De acuerdo con el inglés Alfred Reginald Radcliffe-Brown, el núcleo básico de la familia está formado por un matrimonio y sus descendientes y considera que los matrimonios sin hijos no podían constituir una familia verdadera.

El denominado "parentesco" significa semánticamente el "vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectivi-

dad análoga a ésta". La esencia del parentesco radica en la relación con los hijos, Fortes creó el concepto de "filiación complementaria". El parentesco es importante en toda sociedad por ser una dimensión que permite la reproducción de los lazos sociales.

El primer nacimiento conseguido mediante FIV en los EUA ocurrió a finales de 1981; este hecho estableció una nueva necesidad: investigar y teorizar sobre lo que se entiende por parentesco después de la FIV.

Desde una perspectiva crítica, esto cobra particular importancia cuando se habla de las terceras partes en las técnicas de reproducción asistida, ya sean los donantes de células germinales o las gestantes subrogadas.

Poco se ha ocupado la antropología de la esterilidad humana, algunos trabajos etnográficos se enfocaron en la vivencia de la esterilidad como el aspecto del parentesco.

Las políticas actuales en cuanto a las parejas homosexuales abre la puerta a estas técnicas de reproducción asistida a no heterosexuales e incrementa el interés de comprender lo que sucede en algunos fenómenos sociales como las madres solteras por elección o la maternidad sola voluntariamente, asunto en el que no se había profundizado antes muy probablemente debido a que la actividad erótica homosexual parecía excluir implícitamente la posibilidad de la reproducción.

Evidentemente las parejas homosexuales no pueden reproducirse del modo heterosexual, pero pueden hacerlo por diferentes medios alternativos, al igual que las parejas heterosexuales infértiles.

Investigaciones sobre el parentesco en lesbianas indican que existen diferentes roles e identidades cuando las parejas de lesbianas se constituyen de maneras distintas. Por ejemplo, clásicamente, una lesbiana vivía un tiempo como "heterosexual honoraria" para poder embarazarse y tener hijos, y luego como lesbiana con una pareja mujer. Luego de las técnicas de reproducción asistida, una pareja de lesbianas puede acudir a una inseminación sin la presencia física de un hombre; sin duda, esto modifica las nociones tradicionales de parentesco.

Las técnicas de reproducción asistida obligan a que actualmente el parentesco se tenga que establecer por acuerdos y no exclusivamente por los fenómenos biológicos, así por ejemplo la espermodonación implica que hay hombres que aportan sus células germinales sin el deseo real de ser padres.

En la realidad cotidiana, en México existen espacios en la red donde muchas mujeres ofrecen sus cuerpos, para "prestar" su útero y gestar una vida, con un costo aproximado de 300 mil pesos, además del costo de los procedimientos y la atención médica necesaria, luego entonces actualmente todo se circunscribe a

aspectos económicos; accede a esta técnica quien pueda pagarla, habitualmente se sabe que una vez logrado el embarazo el resto de la gestación ocurre en la casa de los papás biológicos, ocasionalmente esto ocurre en el hábitat natural de la madre substituta con una vigilancia estrecha de los padres biológicos en todos sentidos.

Desde el punto de vista antropológico, el hombre ha tratado de buscar soluciones a la esterilidad con mayor o menor éxito, pero sin llegar a conseguirlo de una forma absoluta.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de las Naciones Unidas (CIPD) (1994) consideraba a la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la posibilidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, con capacidad para procrear y con libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, sin embargo, la perspectiva ética es diferente de la legal o jurídica.

Si la gestación subrogada está bien regulada y se aplica respetando los derechos de las partes y el interés superior del menor, los problemas morales se reducen. Sin embargo, cuando no existe una legislación que garantice y respete este concepto pueden derivarse situaciones como:

- Explotación de la mujer.
- Cosificación o instrumentalización del cuerpo femenino y del futuro ser.
- Problemas psicológicos en la gestante por la entrega del bebé.
- Consecuencias legales graves por incumplimiento del contrato de subrogación.
- Lesión o atentado de la dignidad humana.

Numerosas personas consideran moralmente aceptable la gestación subrogada cuando se lleva a cabo de forma solidaria y totalmente altruista, porque entienden que así se evita la explotación de la mujer y es verdaderamente una decisión libre sobre el uso de su cuerpo.

Por otra parte, hay quienes consideran que no dar una compensación a la mujer gestante no es justo para ella, pues es aceptable que reciba una recompensa por la ayuda que ella misma ofrece a los padres de intención.

Por tanto, lo que es o no aceptable es algo que cada uno debe determinar desde el punto de vista de su propia ética.

No obstante, lo complejo de Kant, ningún ser racional debe ser tomado únicamente como medio para algún fin, o sea todos podemos ser considerados como medios para ciertos fines; un hijo no debe ser un medio para lograr la felicidad o satisfacción.

La maternidad subrogada puede dejar huellas indelebles en la madre que gestó al hijo, perturbar la estructuración del cerebro maternal al interrumpir el vínculo materno-filial, ya que su organismo ha sido biológicamente preparado para una lactancia que no tendrá lugar y por el contrario tendrá la privación del apego maternal, fundamento de la familia.

Los cambios antropológicos y éticos han impactado en la sociedad actual, desvirtuando el concepto de procreación, el lenguaje del cuerpo expresado en el acto conyugal queda reducido al proceso biológico de reproducción, como necesidad a la que está llamada la especie.

Ayudar a las parejas en su deseo de ser padres, profesionalmente supone un desafío, pero al usar TRA se debe informar a las parejas que estas técnicas, tienen variantes que implican manipulación de material biológico y eventualmente ponen en riesgo la integridad y la vida del embrión.

Frente a este deseo, es necesario y conveniente que quienes se dedican a esto informen sobre todos los posibles efectos que pueden existir tanto en las mujeres que se someten a estos procedimientos como a las posibles consecuencias para su futuro hijo, tanto físicas como emocionales.

Un criterio científico biológico evidencia que la mujer embarazada experimenta desde el primer día, un diálogo a través de estructuras celulares enviadas por el embrión; recientemente la Universidad de Navarra dio a conocer algunos avances científicos en el campo de la embriología y neurobiología haciendo referencia al vínculo afectivo en la gestación, señalando como células fetales, obtenidas en órganos de la madre que tienen gran capacidad para regenerar y rejuvenecer el cuerpo de la mujer, estos estudios explican cómo el proceso biológico natural del embarazo puede reducir el estrés en la mujer, por efecto del cortisol, y la oxitocina y seguramente muchas más que a la fecha desconocemos.

La maternidad subrogada nos pone en presencia de un nuevo paradigma, la aprobación de esta práctica puede abrir caminos a la creación de instituciones

que ofrezcan legalmente los servicios de gestación sustitutiva. En México la mayoría de los centros especializados en reproducción humana han decidido no ofrecer esta posibilidad, y todos argumentan que una ausencia de legislación al respecto puede acarrear problemas legales sumamente serios que terminarían con penas económicas importantes y muy posiblemente pérdida de la libertad, al ser potencialmente responsables de un delito equiparado con el tráfico de personas, órganos o infantes, sin embargo, las redes sociales están inundadas de mujeres que evidentemente por necesidad están dispuestas a someterse a este procedimiento y llevar en su interior al producto de la gestación de un par de extraños y que le será retirado inmediatamente después de su nacimiento, con todas las consecuencias biológicas y psicológicas que consciente o inconscientemente esto implica; y que visto así se podría en algunos casos considerarse más como un acto de prostitución que de amor.

Conclusiones

La subrogación uterina es un método de reproducción asistida relativamente nuevo y por consiguiente es necesario efectuar más estudios antropológicos, epidemiológicos y psicosociales para poder concluir las repercusiones reales que sobre la salud tiene.

Como tal, la subrogación uterina *per se* no puede considerarse como un procedimiento no ético, sin embargo, la manera de efectuarlo si puede llevar a conductas médicas y sociales no éticas.

La falta de legislación Federal y por ende una inexistente Norma Oficial Mexicana provocan en la práctica cotidiana conductas poco éticas en la forma de efectuar y concluir dicho procedimiento.

La línea que divide lo maravilloso de poder darle a una pareja estéril un hijo biológico a través de la subrogación uterina y un acto de prostitución es muy delgada.

Ética y socialmente resulta una técnica “discriminadora”, ya que su alto costo y la falta de certeza jurídica la hace inaccesible para la gran mayoría de los mexicanos, toda vez que no es cubierta por ningún seguro médico y en el sector salud los pocos lugares en donde se efectúa se encuentran sobresaturados.

Aunque en la práctica cotidiana la tendencia es no “avisar” a los hijos que fueron concebidos de forma no tradicional, de acuerdo a especialistas en salud mental creen que esos niños tienen el derecho de –saber sus orígenes gené-

ticos; guardar un secreto que eventualmente saldrá a la luz y pueda repercutir negativamente y de varias formas en la salud mental de dicha persona.

Urge legislar en la materia de reproducción asistida, pues los avances en el mundo van a un ritmo vertiginoso y NO estamos preparados para ello; la micro-manipulación nuclear, sub nuclear y genética y la clonación están muy cerca de ser operativas; con la medicina genómica se podrá seguramente en un futuro no tan lejano prevenir y predecir enfermedades tanto genéticas como no genéticas y será otro problema mayor a resolver tanto desde el punto de vista ético como legislativo.

Referencias

- Arteta Acosta, C (2011). "Maternidad subrogada". *Rev Cienc Biomed*, 2, pp. 91-97.
- Bachofen, JK (1992). *El matriarcado: una investigación sobre la ginecocracia en el mundo antiguo según su naturaleza religiosa y jurídica*. 2ª ed. Madrid: Akal.
- Bernal Camargo, DR (2009). "Técnicas de reproducción humana asistida, maternidad subrogada y derecho de familia". *Revista Republicana*, 6, pp. 15-30.
- Buchler, I (1982). *Estudios de parentesco*. Barcelona: Anagrama.
- Castañeda Jiménez, E (2008). *Nuevas tecnologías reproductivas y práctica médica en México: una mirada desde la antropología médica*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, pp. 119-
- Castañeda Jiménez, E y Bustos López, HH (2001). "La ruta del padecer de mujeres con diagnóstico de infertilidad". *Perinatología y Reproducción Humana*; 15: 124-32.
- Corea, G., Klein, RD., Hanmer, J., Holmes, HB., Hoskins, BB., Kishwar, M (1987). *Man-made Women: How Reproductive Technologies Affect Women*. Bloomington: Indiana University Press.
- Edwards, J., Franklin, S., Hirsch, E., Price, F. y Strathern M (1993). *Technologies of procreation: Kinship in the age of assisted conception*. London: Routledge.
- Flores Sánchez, I., Gutiérrez Salinas, J. y Gaviño Ambriz, S (2007). "La necesidad de la creación de una Norma Oficial Mexicana sobre reproducción asistida". *Rev Esp Med Quir*; 12: 8-12.
- Gracia, Diego y Sánchez González, MA (2012). *Historia de la medicina y humanidades médicas*. Madrid: Elsevier.
- Grossman, JA (1971). "Morgan and Bachofen". *Am Anthropol*. 73: 986-90.
- Hernández, et al. *Fertilización in vitro; Ginecología y Obstetricia; temas selectos vol II*, Colegio Mexicano de Especialistas en Gineco Obstetricia AC.
- Inhorn, MC (2003). "Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt". *Soc Sci Med*; 56: 1837-51.

- Kably y Ruiz. *Donación de Ovocitos Ginecología y Obstetricia; temas selectos vol II*, Colegio Mexicano de Especialistas en Gineco Obstetricia AC.
- Lévi-Strauss, C (1981). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- López Guzmán, J. y A. Aparisi Miralles (2012). "Aproximación a la problemática ética y jurídica de la maternidad subrogada". *Cuad Bioet*, 78, pp. 253-267.
- Maine, HS. "The patriarchal theory". *Q Rev.* 1886; 162: 181-209.
- Modell, J (1989). "Last chance babies: Interpretations of parenthood in an in vitro fertilization program". *Med Anthropol Q*; 3: 124-38.
- Moreno Sánchez. *Bioética en Gineco Obstetricia; temas selectos vol II*, Colegio Mexicano de Especialistas en Gineco Obstetricia AC.
- R.W. Rebar, G.F. Erickson. *Reproductive endocrinology and infertility*. Cecil Medicine, 24th ed., pp. 244.
- Rivero Serrano, O (2009). *Tratado de ética médica*, México: editorial Trillas.
- Salazar Alvarado, GM (2006) "La infertilidad como enfermedad y como experiencia de vida". *Salud Problema*. 11: 27-34.
- Stolke, V (1987). "Las nuevas tecnologías reproductivas. La vieja paternidad". En: Amorós C, Benería L. *Mujeres: Ciencia y práctica política*. Madrid: Debate.
- Álvarez-Díaz, JA (2011). "Bioética, infertilidad y técnicas de reproducción humana asistida: de la medicina clínica a la medicina social". *Salud Problema*; 5: 8-22.

www.medicinaysalud.unam.mx klik en: "Temas del Seminario"

¿Los conflictos éticos en la donación de órganos para trasplante, siguen siendo actuales?

RUBÉN ARGÜERO SÁNCHEZ

Los trasplantes de órganos son uno de los exponentes más significativos del progreso científico de la medicina actual, dadas las técnicas de conservación, por un lado, y el desarrollo de medicamentos inmunosupresores que permiten una prolongada supervivencia del órgano trasplantado y por tanto del enfermo.

Para que se produzca un trasplante debe haber una donación y una recepción.

En el acto de la donación se ponen en evidencia las actitudes éticas y culturales de una sociedad, individualizadas en la persona que consciente el trasplante.

En los países como el nuestro, la donación de órganos para trasplantes sucede en un contexto con escasos estándares de justicia social y distributiva:

- La asistencia médica no es generalmente universal.
- La situación de enfermedad, desempleo o invalidez no se compensa económicamente, con justicia o dignidad.
- Las facilidades para el tratamiento antes del trasplante, sobre todo el tratamiento con diálisis en los pacientes con insuficiencia renal terminal, son prácticamente limitadas.
- Por último, las posibilidades de obtención de órganos procedentes de donantes fallecidos son mínimas.

Donación

En los últimos años, la tasa de donación de órganos para trasplante, en nuestro país, no ha ido en paralelo a los avances que se observan en algunas instituciones y, en comparación con países desarrollados la tasa de donación por millón de habitantes no es en ningún momento comparable desde 1963 en el caso de riñón y 1988 en corazón, fechas en que se inició el trasplante de órganos sólidos.

A pesar del esfuerzo que ha realizado un grupo de profesionales en promocionar y profesionalizar las actividades hospitalarias en relación con la generación de donantes y la obtención de órganos para trasplante.

Al mismo tiempo, la experiencia de los diferentes equipos de trasplante, junto con la presión de las cada vez más grandes listas de espera para trasplante, ha sido la causa de que cada vez acepten retos técnicos más difíciles y por lo tanto se han tratado de ampliar los criterios de aceptación de donantes de órganos.

Donantes que hace años hubieran sido descartados sin más dilación, son hoy considerados como perfectamente válidos. Este cambio radical en las características de los donantes, cuya edad media ha subido más de 10 años y que ahora fallecen mayoritariamente (>60%) por causas no traumáticas, no ha sido aislado.

Los pacientes a los que se indica trasplante hoy en día también han cambiado, cada vez se operan pacientes con más edad, con otras patologías orgánicas asociadas, con arteriosclerosis u otros problemas añadidos, lógica consecuencia también de una mayor experiencia y conocimientos adquiridos en la medicina del trasplante.

Estos cambios que se han producido tanto en la población de donantes como en la de receptores han obligado a tratar de ajustar más y más la compatibilidad y el emparejamiento entre donante y receptor, y afinar más los criterios diagnósticos de viabilidad y de implante de los órganos de donantes para poder garantizar unos buenos resultados de los trasplantes.

Un fenómeno que ocurre en nuestro país diferente a lo observado en países desarrollados es lo relacionado al trasplante de órganos de donante vivo.

Conceptos y hábitos culturales respecto al cadáver de los seres queridos o de sí mismo en el futuro, no hacen fácil aceptar o dar consentimiento para la extracción de órganos. Éste es el problema de fondo que puede soslayarse, ante el cual las medidas coercitivas de los poderes públicos o de los grupos de presión o de las instituciones médicas, deben atenerse a pautas de comportamiento respetuosas de la sensibilidad popular, sus creencias y sus estilos culturales. "El consentimiento presunto", depende de una responsable campaña de esclarecimiento.

Aspectos éticos vinculados

Donante cadáver

Si bien el cadáver no necesariamente está sujeto a derecho; requiere respeto en su trato y manipuleo.

De tal manera que es importante insistir en la correcta determinación de muerte.

No sería lícito hacer del cuerpo humano un simple objeto, un instrumento de experimentos, sin más normas que los imperativos de la investigación científica.

Y de las posibilidades terapéuticas, técnicas o con fines de educación.

De tal manera que aun en la actualidad se observan situaciones de conflicto ético para la obtención de órganos con fines de trasplante a partir de un cadáver.

Es necesario conocer la naturaleza jurídica del cadáver, para saber quién tiene autoridad o potestad sobre el mismo, para determinar su eventual uso.

El ideal sería contar con el consentimiento expreso, pues se tiene derecho a autorizar o negar el uso de sus órganos y tejidos en caso de pérdida de vida.

Por otro lado, conviene reforzar la información, en la comunidad, de las ventajas de los programas de donación y con ello la oportunidad de realizar un trasplante en los pacientes en estado terminal.

Debe asegurarse la libertad de decisión que en vida expresó el donante, una vez muerto.

Otra forma de utilizar al cadáver es tener en cuenta el llamado consentimiento presunto, por el cual es donante potencial toda persona que no haya expresado de alguna manera su negativa a la donación.

Las donaciones de sangre o de médula ósea no plantean problemas.

La realidad médica actual muestra posibilidades en los trasplantes con donador vivo en riñón e hígado. El riñón es un órgano par, con un solo riñón se puede vivir. El hígado es un órgano impar, pero regenerable. El tema es más difícil en pulmón, pues su extirpación implica un riesgo muy alto.

Por otro lado, la donación del cuerpo a las escuelas de medicina, en las que en forma evidente presentan conflictos éticos no resueltos en la actualidad.

Las pautas para intervenir en éstas circunstancias se resumen así:

- Tiene que ser la única alternativa, donde juega un papel importante la urgencia.
- Ponderación responsable del riesgo para el donante y el real beneficio del receptor.
- Inmejorables condiciones técnicas del lugar y equipo médico tratante.
- El donante ha de ser adulto y competente, debe decidir sin coacción.
- Información exhaustiva sobre indicación, beneficio, riesgos y alternativas.
- Consentimiento informado por escrito.
- La urgencia de trasplante a un hijo puede obrar como coacción psicológica y emocional que impone prudencia.

“El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacciones comerciales”, recomienda la OMS.

Estas disposiciones tienen su razón de ser, pero también ante la realidad de la existencia de mercados de órganos, tal como existe en India, que lo convierten en uno de los centros más grandes del mundo en trasplante de riñón a bajo costo y con disponibilidad casi inmediata.

El anencéfalo como donante

En los últimos años se ha difundido éste nuevo tipo de donante para niños, en particular un niño pequeño con serios defectos, muchas veces vemos que tales seres humanos no tienen capacidades superiores.

Estas afirmaciones son muy importantes por su gran actualidad. No sólo son aplicadas a los fetos en general o a los anencefálicos en particular, sino al anciano inconsciente, al moribundo, al síndrome vegetativo prolongado. Es el gran dilema de fin de siglo; es por otra parte el respetar el derecho a la salud y el no subordinar una indicación.

Por otro lado al tratar de resolver o paliar el problema en pacientes con daño orgánico irreversible y cuya única alternativa terapéutica es el trasplante o algún procedimiento que favorezca la regeneración, existen alternativas como la donación en vivo, en tipos teóricos de donación de vivo: en este sentido, se pueden distinguir tres:

- 1) La donación dirigida a un ser querido
- 2) La donación no dirigida, en la que el donante dona un órgano a un conjunto general de enfermos que está a la espera de un órgano para trasplante y
- 3) La donación dirigida a un extraño, por la que el donante elige donar a una persona concreta con la que no tiene ninguna conexión emocional previa.

Cada una de estas donaciones provoca distintos cuestionamientos éticos. En la donación dirigida a un ser querido surgen dudas sobre la presión familiar y emocional a la que el donante puede estar sometido. La donación no dirigida evoca problemas distintos: el altruismo radical del donante en estos casos exige un análisis muy escrupuloso para poder discernir si el donante es competente psicológicamente, si busca llamar la atención, o si intenta compensar ideas depresivas o negativas respecto de sí mismo, etc. Tal como ocurrió en 1995 en el caso de la donación de un lóbulo pulmonar para una paciente con fibrosis pulmonar severa. Es decir, donación de vivo no relacionado.

Como una posible respuesta a la necesidad de incrementar la disponibilidad de órganos para trasplante ha reaparecido en el horizonte el "donante en asistolia", cuyo manejo y diagnóstico de viabilidad de implante difieren de los del clásico donante en muerte cerebral, condición en la que no se ha referido conflicto ético. Este avance ya resuelto hace varias décadas en otros países desarrollados, en nuestro país puede representar un conflicto ético pues la realidad muestra que no contamos con equipos bien entrenados que lleven al procedimiento a nivel de excelencia y por consecuencia el funcionamiento del órgano trasplantado.

El trasplante en la edad pediátrica es un nicho de oportunidad importantísimo de la medicina del trasplante. Estamos obligados a ofrecer al niño un trasplante de calidad, lo más duradero posible.

Encuesta de donantes

La mayoría de estudios que valoran las actitudes de la población sobre donación de vísceras para trasplante, se basan en el análisis de encuestas dirigidas

a la población general, a profesionales de la salud o a familiares de posibles donantes. La encuesta más seria e importante numéricamente hablando fue la que realizó FUNSALUD, en 1988, que reveló datos de interés:

En cuanto al familiar decisor, el nivel de estudios fue influyente en el acto de donar. Las donaciones aumentaron proporcionalmente con el nivel de estudios. Así, en todos los casos de familiares universitarios se produjo la donación. De los sujetos que creen que la extracción de órganos modifica el aspecto del cuerpo, sólo 25% se decidió a donar. El argumento más frecuente para la negación de la donación es el deseo de mantener entero el cuerpo del familiar fallecido. En lo que se refiere a la existencia de irregularidades en la distribución o comercialización de los órganos, a más de la mitad de los sujetos no le preocupó a la hora de adoptar la decisión, siendo precisamente este grupo el que reflejó el porcentaje más elevado de donantes.

Trasplante de órganos· recepción

Partiendo de la base que sin donación no hay trasplante, es en la recepción del mismo donde los juicios bioéticos tienen gran importancia.

Trasplantes de tejido fetal

El Parkinson ha constituido durante muchos años uno de los signos de impotencia médica frente a ciertas enfermedades. En los inicios de la década de los ochenta se vislumbró por fin la posibilidad de encontrar un remedio definitivo por la vía del trasplante.

Primero se experimentó con animales, injertando en el cerebro células procedentes de las glándulas suprarrenales. Después se practicaron experimentos similares en el hombre. Por fin se probó con el injerto de células de origen fetal. Los resultados parecieron satisfactorios, y desde ese momento se sucedieron las investigaciones, extendiéndose la aplicación de tejido embrionario al tratamiento de otras patologías como la enfermedad de Alzheimer, algunos tipos de leucemia, etc. Paralelamente, se comenzó también a realizar trasplantes de órganos, preferentemente en niños, utilizando fetos como donadores.

Las células, tejidos y órganos fetales presentan diversas ventajas clínicas: crecen rápidamente, se adaptan con facilidad y, convenientemente tratados, casi no

provocan reacción inmunológica en el receptor. Además, en el caso del trasplante pediátrico, esos órganos poseen dimensiones anatómicas apropiadas.

Obviamente, estas nuevas perspectivas terapéuticas plantean una serie de interrogantes éticos que, en estos momentos, constituyen quizá uno de los problemas más graves con los que se ha topado la medicina moderna.

Conflicto ético de los injertos de tejido fetal

La posibilidad de utilizar embriones como donadores de órganos y tejidos plantea problemas muy serios.

Desde un punto de vista tanto clínico como moral, ante un feto procedente de un aborto espontáneo o de un aborto indirecto, el primer punto que debe tenerse en cuenta es el estado vital:

- Si vive y es viable, debe hacerse todo lo posible por salvarle.
- Si no es viable, habrán de aplicarse las medidas y curas paliativas del caso, suspendiendo o no iniciando ningún otro tipo de intervención referida al trasplante, mientras no se haya diagnosticado con certeza la muerte del feto.

Además deberán observarse también las siguientes reglas generales de ética médica:

- La intervención ha de ser necesaria: debe por tanto reservarse para casos graves que no puedan resolverse con un procedimiento terapéutico más sencillo.
- La técnica aplicada tendrá que haber sido suficientemente experimentada en animales, de acuerdo con los estándares establecidos por las normas clínicas y deontológicas.

Debe constar el consentimiento informado por parte del receptor o de sus familiares, y por parte de los parientes del donante: no pueden usarse tejidos de un

feto cuya madre, convenientemente advertida, no haya otorgado la correspondiente autorización.

No debe mediar ninguna retribución económica ni ventaja de ninguna clase. Por ejemplo, si debe practicarse una histerectomía para eliminar un tumor, la intervención quirúrgica no debe ser favorecida porque la madre haya consentido en la donación del feto. Este requisito es especialmente grave por la absoluta indefensión del embrión.

El equipo que practica la intervención de la que indirectamente se va a seguir un aborto que no se puede evitar ha de ser distinto del que después realizará el injerto o trasplante. Esta norma tiende a prevenir que el interés por el trasplante pueda condicionar de algún modo la acción médica sobre la madre y sobre el feto. Sería absolutamente inadmisibles, por ejemplo, que una histerectomía se aplazase hasta el momento en que el feto hubiera alcanzado el grado de madurez más conveniente para su uso como donador. Normalmente este tipo de intervenciones se retrasan para intentar salvar la vida del feto, no para servirse de él.

Los problemas éticos en el caso de los trasplantes de tejido fetal se centran en el hecho de que, al contrario de lo que ocurre con el trasplante de adulto que siempre es programable, es posible fabricar embriones para fines experimentales por un lado y, por otro, la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo ha creado una fuente abundante y a bajo costo de material fetal. Este problema ético sólo tiene un precedente histórico: la utilización de prisioneros para la experimentación clínica. En 1987, en una noticia de prensa, se pudo constatar la magnitud del problema: una mujer solicitó ser inseminada artificialmente para que el feto resultante pudiera ser utilizado como dador en beneficio de su padre, afectado de enfermedad de Parkinson.

Estatuto del embrión

El tema central del problema se centra en la naturaleza del feto, tanto desde el punto de vista filosófico, como jurídico. La condición plenamente humana del embrión se inicia desde el mismo momento en que ha sido concebido, puesto que ya es un ser vivo, autónomo e individual, que acabará convirtiéndose en un hombre adulto. Sin embargo, existe la opinión que la condición plenamente humana se adquiere cuando el embrión se ha implantado en la mucosa uterina: segunda semana después de la fecundación.

Desde el punto de vista ético, los derechos humanos no son otorgados por nadie. Proviene de la naturaleza humana del mismo individuo, independientemente del grado de madurez, edad, raza, capacidades, etc.

Procedencia de los tejidos fetales

De embriones fecundados "in vitro"

Desde el punto de vista filosófico la fecundación in vitro tiene un contrasentido evidente: el ser humano es producido por una vía que no respeta su dignidad, prestándose a manipulaciones, discriminaciones, comercialización, etc.

Uno de los muchos problemas éticos que presenta, se centra en el elevado número de embriones que se pierden, antes y después de la transferencia uterina.

Del ser generado en un acto de amor, se pasa a un ser manufacturado, en la fecundación in vitro. El ser generado de la unión conyugal expresa el mutuo afecto de los padres y es aceptado en sí mismo, aun cuando su organismo resulte dañado o defectuoso. En cambio, un hijo producido artificialmente es elegido y seleccionado, no querido en sí mismo. Será dado a luz sólo si reúne ciertas condiciones preestablecidas.

La fertilización in vitro comporta la producción de un número de embriones mayor de los que luego son transferidos al útero. Se ha planteado el supuesto de si los embriones que están condenados a su destrucción, podrían ser aprovechados con fines terapéuticos. Aun siendo muy tentadora, debe excluirse terminantemente la licitud de tal actitud.

En segundo lugar, un embrión generado en el laboratorio, se le podría someter a una ulterior manipulación y se condicionaría la fecha de su muerte según las necesidades de un concreto procedimiento clínico de trasplante fetal.

Del aborto voluntario

Para el médico y la medicina, el principio de la promoción y salvaguarda de la vida humana y de la integridad de la persona tiene un carácter primario y absoluto, y por tanto no debe conocer excepciones, como por ejemplo el aborto voluntario.

De la cantidad ingente de abortos voluntarios que anualmente se producen (más de un millón en EUA), la mayoría de ellos acontece entre la 6ª y 11ª semanas

de gestación, período ideal para el trasplante fetal. Si se utilizaran los embriones así disponibles, se podrían realizar unos 90 000 trasplantes anuales, que superan en cifra a las necesidades por enfermedad de Parkinson.

Se ha propuesto constituir bancos de tejidos embrionarios para tal fin.

De todas formas no hay que olvidar que la procedencia es el aborto voluntario, legalizado en muchos países. A pesar de todo, sigue siendo un mal (principio de no maleficencia, que está por delante del de beneficencia) y se daría la situación que de un mal queremos sacar un bien.

El aborto voluntario significa autorizar la privación de la vida de un ser humano inocente y por tanto siempre es éticamente inaceptable.

No sería ilícito aprovechar el embrión de un aborto espontáneo, que no se ha podido evitar, aunque en tal caso es muy improbable que esté entre las semanas 6ª y 11ª.

El deber de defender la vida y la integridad del ser humano no nacido impondría la prohibición de promover el uso de esta clase de tejidos u órganos, si constara que éstos hubiesen sido obtenidos bajo una o varias de las condiciones siguientes:

- El uso terapéutico influye en la decisión del aborto.
- La petición del consentimiento, de la mujer, del uso del tejido fetal es anterior a la decisión irrevocable de interrumpir el embarazo.
- La mujer embarazada tiene alguna relación con el posible beneficiario del trasplante fetal.
- La posibilidad de que el feto sea usado como dador ha impedido de alguna manera que la mujer revocase su decisión de abortar.
- La mujer recibirá alguna compensación o beneficio al dar el consentimiento.
- El aborto ha sido programado en función del uso posterior de tejido fetal.

En los países que está legalizado el aborto, voluntario es un procedimiento estandarizado, que se realiza dentro de una estructura hospitalaria.

Feto vivo in útero

Hoy día hay la posibilidad técnica de realizar una intervención quirúrgica sobre el feto in útero, para recoger grupos de células o tejidos con buenas posibilidades teóricas de que no se sigan consecuencias negativas ni sobre el embarazo ni sobre el posterior desarrollo del niño, no ha superado todavía la fase experimental hasta hoy.

La ventaja, éticamente hablando, reside en que se eliminarían todos los inconvenientes ligados al aborto.

Cuando las condiciones técnicas lo permitan, después del consentimiento informado de los padres y sin mediar ningún beneficio o ventaja, habría que exigir:

- El explante de células y tejidos fetales debería realizarse de tal manera que se excluyera razonablemente cualquier riesgo para la vida e integridad del feto y de su madre.
- Los elementos recogidos con fines terapéuticos han de ser exclusivamente aquellos que sean regenerables en su integridad.

Desde hace unos años, se discute la posibilidad de recurrir a los niños anencéfalos para la obtención de órganos para trasplante, que podrían resolver 90% de las exigencias de órganos en el área pediátrica, puesto que tienen la misma cualidad que los tejidos embrionarios.

La anencefalia se caracteriza por la ausencia de los hemisferios cerebrales y de una parte del tronco encefálico. A pesar de la inviabilidad de los anencéfalos, los problemas éticos que suponen la donación de sus órganos no son pocos. Los criterios éticos exigidos para el adulto serían los mismos exigibles al anencéfalo. Actualmente se discuten tres cuestiones:

- Conociendo la condición de anencéfalo ¿podría ser lícito programar el parto en función de la donación?
- Después del nacimiento, ¿estará permitido aplicar técnicas de mantenimiento biológico que se usan con el adulto con diagnóstico cierto de muerte cerebral?

- Dado que los criterios de muerte cerebral del adulto no son enteramente aplicables a los niños ¿qué seguridad debe exigirse en las normas clínicas para establecer la condición de cadáver del anencéfalo?

El respeto de la dignidad humana exige que a nadie se le imponga de un modo coactivo la cesión de una parte del organismo, ni siquiera cuando ya es cadáver. Si se cuenta con el consentimiento informado de los padres no habría inconveniente en aplicar las medidas de terapia intensiva a un anencéfalo inmediatamente después de la muerte, aunque no sería lícito aplicarlo antes de la muerte, con fines exclusivamente orientados al trasplante.

Muerte cerebral

Concepto

Al estar el cerebro dañado irreversible y globalmente, el ser humano debe considerarse muerto a todos los efectos médicos y legales. Ha de equipararse, por tanto, el concepto y el momento de "muerte del cerebro" con el de muerte del ser humano.

En estos casos, la interrupción de toda asistencia médica puede llevarse a cabo por la certeza de que se está prestando ayuda a un cadáver, sin que puedan entrar en consideración motivos éticos de tipo alguno.

La supresión de todo tipo de mantenimiento artificial de funciones está justificada después de la firma del certificado de defunción; no puede interpretarse, por tanto, que el individuo fallece como consecuencia se puede considerar ético el retirar el sistema de la reanimación, porque el individuo está muerto.

Consideraciones éticas

La interrupción de las técnicas de reanimación y mantenimiento cardio-respiratorio en la práctica clínica diaria ha obligado a médicos, legisladores, filósofos y teólogos a enfrentarse a la nueva situación de la muerte de la persona humana

cuando todavía persisten sus funciones homeostáticas básicas: la respiración y la circulación. Más aún, la sociedad entera se enfrenta al vital dilema de cuándo interrumpir ciertas medidas terapéuticas o de cómo asegurar que una persona está realmente muerta antes de la extracción de sus órganos para trasplante. La respuesta a estas preguntas sólo puede venir de la convicción del diagnóstico de la muerte cerebral.

La sociedad está hoy preparada para aceptar desde cualquier punto de vista filosófico o desde cualquiera de las principales tradiciones religiosas que la destrucción irreversible del cerebro supone la muerte de la persona, porque es el órgano integrador y unificador que permite el funcionamiento del organismo como un todo y lo hace capaz de sustentar la vida humana, sea cual sea la concepción filosófica o teológica de la misma.

Turismo de la salud

Principios Rectores de la Organización Mundial de la Salud en relación a la legislación actual en México.

Principios que establecen entre otros que los órganos de personas fallecidas pueden ser retirados con el propósito de trasplante si:

Se obtiene cualquier consentimiento requerido por la ley; y formal expresado durante toda la vida de la persona.

Es uno de los cambios que se hicieron en la Ley de Salud del Distrito Federal en marzo de 2012, para coincidir con la Ley General de Salud, en la que se considera que la persona puede donar de forma expresa.

En México se permite esta situación, cumpliendo los siguientes requisitos:

- Obtener una resolución favorable del Comité de Trasplantes de la Institución en que se haga el procedimiento, cumpliendo con las evaluaciones estandarizadas en cada sitio.
- El potencial donador debe otorgar su consentimiento expreso ante Notario Público, manifestando que éste es libre, consciente y sin que medie remuneración alguna. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

- Cumplir con los requisitos legales y procedimientos establecidos por la Secretaría de Salud para comprobar que no se está lucrando con el trasplante, donadores extranjeros.
- Se les solicita que tengan acreditado un expediente y seguimiento clínico por al menos 6 meses antes del procedimiento si no se tiene parentesco, o dos semanas en familiares hasta cuarto grado.
- El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacciones comerciales.
- Debe prohibirse el publicitar la necesidad o la disponibilidad de órganos, con el fin de ofrecer o buscar pago por ellos.
- Debe prohibirse a cualquier persona o institución involucradas en procedimientos de trasplante de órgano el recibir cualquier pago que exceda una cuota justificable por los servicios prestados.

El abismo creciente entre el mundo desarrollado y el de en vías de desarrollo, plantea situaciones de ambivalencia a la hora de tomar decisiones entre la aplicación de técnicas novedosas y costosas, que trae la medicina moderna o la utilización de modalidades factibles y con impacto colectivo.

Conclusiones

El trasplante de órganos constituye actualmente una forma novedosa de terapéutica, con indicaciones precisas y aceptación universal. El tema ha generado, en los últimos 60 años, diversos dilemas éticos, comenzando con sus primeras etapas experimentales y planteando en la actualidad preocupación por los grandes costos en sociedades con recursos financieros escasos.

Es una alternativa de curación y prolongación de vida en varias enfermedades que, de otra forma serían mortales a corto plazo. Es una posibilidad de tratamiento que, en ciertas circunstancias, podría calificarse de extraordinaria, si bien en función de realidades de lugar y tiempo, y de posibilidades técnicas y financieras, no es desproporcionada. Su licitud deriva del cumplimiento del principio de finalidad terapéutica, pues su objetivo médico tiende al bien del paciente. Está legitimado por el principio de solidaridad en lo relacionado con la donación

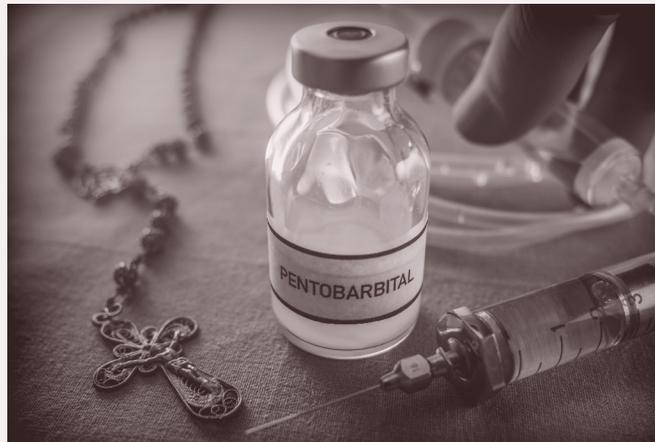
de órganos, expresión de caridad hacia el prójimo, principio acorde y vinculado al de totalidad, por el cual se dispone de parte del propio cuerpo, máxime en dador vivo, para “un bien mayor, moral, superior, relativo” a la propia persona del donante como ofrenda, acto de entrega. Cumpliendo pautas éticas expuestas y comentadas, sólo cabe asegurar aspectos normativos legales que den garantías en la determinación de la muerte, que aseguren el consentimiento informado, la selección médica responsable de los receptores más aptos, una correcta y justa distribución de recursos y un control de abusos derivados del posible comercio y lucro. Debe asegurarse la libertad personal del donante, libre de toda imposición o coacción.

Referencias

- Altinörs, N, Haberal, M. (2016). “Transplant Ethics”. *Exp Clin Transplant*. 14(Suppl 3):32-36.
- Corfee, FA. (2016). “Transplant Tourism and Organ Trafficking: Ethical implications for the nursing profession”. *Nurs Ethics*. 23(7):754-76.
- Goldberg, D, Kallan, MJ, Fu, L, Ciccarone, M, Ramirez, J, Rosenberg, P, Arnold, J, Segal, G, Moritsugu, KP, Nathan, H, Hasz, R, Abt, PL. (2017). “Changing Metrics of Organ Procurement Organization Performance in Order to Increase Organ Donation Rates in the United States”. *Am J Transplant*. 17(12):3183-3192.
- Khush, KK. (2018). “Donor Selection in the Modern Era”. *Ann Cardiothorac Surg*. 7(1):126-134.
- Kocaay, AF, Celik, SU, Eker, T, Oksuz, NE, Akyol, C, Tuzuner, A. (2015). “Brain Death and Organ Donation: Knowledge, Awareness, and Attitudes of Medical, Law, Divinity, Nursing, and Communication Students”. *Transplant Proc*. 47(5):1244-8.
- Martin, DE, Nakagawa, TA, Siebelink, MJ, Bramstedt, KA, Brierley, J, Dobbels, F, Rodriguez, JR, Sarwal, M, Shapiro, R, Dominguez-Gil, B, DanOvitch, G, Sweet, SC, Trompeter, RS, Moazam, F, Bos, MA, Delmonico, FL. (2015). Transplantation Society. “Pediatric Deceased Donation-A Report of the Transplantation Society Meeting in Geneva”. *Transplantation*. 99(7):1403-9.
- Stoler, A, Kessler, JB, Ashkenazi, T, Roth, AE, Lavee, J. “Incentivizing Authorization for Deceased Organ Donation With Organ Allocation Priority: The First 5 Years”. *Am J Transplant*. 2016;16(9):2639-45.
- Wall, SP, Plunkett, C, Caplan, A. (2015). “A Potential Solution to the Shortage of Solid Organs for Transplantation”. *JAMA*. 2015;313(23):2321-2.
- Youn, TS, Greer, DM. (2014). “Brain death and management of a potential organ donor in the intensive care unit”. *Crit Care Clin*. 30(4):813-31.



CONFLICTOS ÉTICOS EN EL PACIENTE TERMINAL





El dilema ético del médico ante el enfermo terminal

ENRIQUE WOLPERT BARRAZA

Los principios de la ética en términos generales son las normas en las que actúa una sociedad. Es un código único de deberes y normas que son extensivos a todas las personas y en todas las esferas y en el caso de los médicos, (*Ética Biomédica*: Beauchamp y Childress 1979) nos obligan a actuar bajo cuatro principios básicos:

- No maleficencia. No se puede hacer mal a otro.
- Derechos del enfermo terminal.
- Autonomía: respetar la libertad de los enfermos.
- Justicia o equidad: tratar a todos por igual.

Un dilema, es una situación en la que es necesario elegir entre dos opciones igualmente buenas o malas. En medicina es la toma de una decisión en condiciones de incertidumbre que hacemos en la práctica clínica, frente a un paciente terminal. Esta decisión puede ser juzgada tanto moralmente correcta como incorrecta. Es una situación muy difícil en la cual el médico al tomar una decisión para cumplir con un principio, contraviene otro. En un evento de enfermería donde se

discutían la ética y la moral, llevado a cabo en Venezuela hace ya dos décadas, se argumentaba que un dilema ético era por ejemplo escoger entre dos opciones que en principio son buenas, pero que se excluyen mutuamente.

Objetivos de la medicina, estos son fundamentalmente tres:

- Preservar la salud.
- Curar y cuando esto no sea posible, aliviar, acompañar y consolar al enfermo y a sus familiares, y
- Evitar muertes prematuras e innecesarias. Entre los objetivos de la medicina no está que el papel del médico sea luchar contra la muerte.

Este seminario que con tanto éxito fundó y dirige el maestro Octavio Rivero Serrano, fue precedido por otro igualmente creado por él: El Ejercicio Actual de la Medicina, ahí el doctor Ruy Pérez Tamayo, presentó hace algunos años un trabajo: “El médico y la muerte” y escribió con mucho tino que “el concepto popular de que la función del médico se limita sólo a luchar contra la muerte”, no solamente es incorrecto sino que coloca al médico en una posición incómoda de perdedor obligado, porque, en última instancia, la muerte siempre saldrá ganando. “Hay muchos escritos muy interesantes en México sobre el tema que reflejan la experiencia y el interés del médico mexicano sobre el dilema ético al que nos enfrentamos en la práctica clínica cuando estamos frente a un enfermo al final de su vida”. El doctor Juan Ramón de la Fuente, escribía en un artículo reciente, publicado en la revista *Nexos*, que si bien “existe un derecho fundamental para la vida y se habla sobre la calidad de la vida, se habla menos de la calidad de la muerte” y menciona que “algunos estudios señalan a países como el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda, como aquéllos con un mejor índice de calidad de muerte. México estaría clasificado en el lugar 36 seguido de China, Brasil y Uganda”.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos de América publicó hace poco menos de tres años un libro sobre *Morir en América (Dying in America)*. Que se viene a sumar a las excelentes publicaciones de este prestigiado organismo editadas anteriormente como: *To err is Human* y *Control y tratamiento de las Hepatitis B y C* y cuya lectura recomiendo ampliamente.

En septiembre de 2015, el doctor De la Fuente, organizó el 2° Taller Internacional en Cuidados Paliativos que fue muy exitoso y que contó con la participación de numerosos especialistas tanto de México como de otros países.

En ese taller se mencionó en varias ocasiones la importancia fundamental de tener una buena comunicación entre el médico a cargo del paciente y los especialistas en cuidados paliativos con los enfermos y con los familiares o responsables legales.

Los seres humanos queremos vivir el mayor tiempo posible pero con salud y cuando llegue el momento de la muerte, que es inevitable, deseamos que sea en paz y sin sufrimientos.

Hoy en día, los médicos podemos hacer que los pacientes en el hospital o en la casa, con una enfermedad terminal y cuya muerte es inminente tengan los cuidados paliativos que alivien los síntomas. Quitar el dolor por ejemplo es fundamental ya que es el síntoma al que más temen los pacientes terminales hospitalizados y que se presenta en forma moderada o intensa en 40% de los casos. El profesional de la salud, médico, enfermera, especialista en clínica del dolor y de cuidados paliativos tenemos la obligación de preguntar al enfermo si tiene dolor y la magnitud del mismo; incluso en aquellos pacientes que no se pueden expresar de manera verbal, si está con intubación endotraqueal o en sujetos con demencia avanzada, hay muchos indicadores no verbales que nos pueden señalar si está con dolor y quitárselo. Otro síntoma que provoca gran ansiedad y que debilita mucho al paciente terminal es la disnea; es importante identificar la causa de la disnea para tratarla, además de proporcionar oxígeno. Incluso en enfermos con insuficiencia cardiaca o cáncer, tengan o no hipoxemia, la administración de oxígeno los ayuda. Si es posible, hay que enseñarles ejercicios sencillos de respiración, mantener una temperatura ambiente óptima, usar humidificadores, elevar la cabecera de la cama, en fin, todas las maniobras que puedan reducir la disnea.

Hay otros síntomas frecuentes que se presentan en enfermos terminales. La tos es algo que debilita mucho al paciente, es un síntoma persistente y que ocurre con gran frecuencia, hasta en 60-100% en los enfermos *pre mortem*, tanto en aquellos con enfermedades malignas como con otros padecimientos. En algunos casos es porque no pueden expectorar y eliminar las secreciones traqueobronquiales. La boca seca, xerostomía es muy frecuente y puede ser causada por medicamentos, sobre todo anticolinérgicos, opioides y otros. Náusea y vómito son síntomas frecuentes igualmente provocados que pueden ser causados por los medicamentos, por uremia, oclusión intestinal, gastroparesia, etc., estreñimiento de

origen multifactorial es otro de los síntomas que experimentan los pacientes en las etapas terminales de la vida así como anorexia, ansiedad, insomnio y delirio.

El reconocimiento de los cuidados paliativos como un capítulo de una sub especialidad ha sido muy importante para el manejo de los síntomas de los enfermos terminales. En este año se cumplen exactamente 50 años desde que se fundó en Londres el Hospicio St. Christopher, un lugar moderno y equipado para proporcionar cuidados paliativos a enfermos terminales.

En relación propiamente al tema, voy a compartir algunos lineamientos sobre el cuidado del paciente al final de la vida que el Colegio Americano de Cirujanos publicó hace ya casi dos décadas en su boletín.

- Respeto a la dignidad de pacientes y cuidadores.
- Ser sensible y respetuoso de los deseos del paciente y de los familiares.
- Usar los medios más apropiados que coincidan con la decisión del paciente o representante legal.
- Aliviar el dolor y otros síntomas.
- Reconocer, atender e informar las necesidades psicológicas, sociales y espirituales del paciente.
- Asegurar continuidad del tratamiento establecido por el equipo de médicos.
- Proveer acceso al tratamiento que pueda mejorar la calidad de vida del paciente.
- Proveer acceso a tratamientos paliativos y cuidados hospitalarios.
- Respetar el derecho a rechazar el tratamiento, y
- Reconocer la responsabilidad del médico para evitar tratamientos inútiles.

En México, la Ley General de Salud señala en los artículos 343, 344 y 345, la definición de pérdida de la vida que obliga al médico a realizar ciertas acciones para documentarla.

Artículo 343. - Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presenta la muerte cerebral o
- II. Se presentan los siguientes signos de muerte:
 - g) La ausencia completa y permanente de conciencia.
 - h) La ausencia permanente de respiración espontánea.
 - i) La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y
 - j) El paro cardíaco irreversible.

Artículo 344. - La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.

Artículo 345. - No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: él o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquél que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

Ética médica y eutanasia

Al hablar del dilema ético del médico ante el enfermo terminal, es necesario mencionar a la eutanasia que significa buena muerte, deceso voluntario, sin sufrimiento y que si bien es aceptada legalmente en países como Holanda y Bélgica, no lo es en muchos otros países en el mundo incluyendo el nuestro. Hay varias formas de eutanasia, la pasiva y la activa, (una variedad de suicidio asistido) pero también se mencionan la eutanasia directa, indirecta, voluntaria, involuntaria (sin contar con la decisión del enfermo).

Podemos encontrar en la literatura otros términos como Distanasia (dificultad para morir, agonía prolongada, una muerte con sufrimiento), adistanasia (sin sufrimiento y con respeto al proceso natural de la muerte) y desde luego Ortotanasia, este concepto es equivalente a una muerte correcta que conoce y respeta el momento de la muerte sin adelantarlo ni retrasarlo, es el ideal de un ejercicio médico ético y si está permitida en México a nivel federal. LGS 2009 y CDMX 2008.

Un estudio reciente publicado en la *Gaceta Médica de México* y realizado en el Hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza, IMSS demostró la falta de homogeneidad en el conocimiento por parte de los médicos residentes, de los requisitos para cumplir con la normatividad de la "Voluntad Anticipada".

Desde mi punto de vista, los médicos tenemos una obligación con el paciente terminal para que al final de la vida no sufra y exigir que estén disponibles en el hospital, en el hospicio y en la casa todas las medidas para evitar el sufrimiento. Si todos los individuos tienen el derecho de vivir con dignidad, también tienen el derecho de morir con dignidad.

Referencias

- Binderman, C.D and Billings, J.A (2015). "Comfort Care for Patients Dying in the Hospital". *New Eng J Med*; 373: 2549-2661.
- Bull Am College of Surgeons 1998.
- Fuente, J. R. de la (2015). "El médico ante la muerte del enfermo". *Nexos*.
- Harvey, Max, Chochinov, William, Breitbart. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford University Press.
- Institute of Medicine (2014). *Dying in América*. Septiembre.

Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. Publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 07 de enero de 2008. Última reforma publicada en la *Gaceta Oficial del Distrito Federal* el 27 de agosto de 2012.

Lindquist, O, Lundquist, G, Dickman, A *et al.* (2013). "Four Essential Drugs Needed for Quality Care of the Dying: a Delphi-Study Based on International Expert Concensus Opinion". *J Palliat Med*; 16: 38-43.

Nathan, Fairman, Scott, A., Irwin (2013). "Palliative Care Psychiatry: Update on an Emerging Dimension of Psychiatric". *Practice Current Psychiatry Reports*, 22 Jun, 15:374

Pérez Tamayo, R. "El médico y la muerte". Seminario: El ejercicio Actual de Medicina; FACMED UNAM.

Sally Hill, Jones, PhD, LCSW (2008). "Managing Difficult Behaviors in Hospice Clients". *Social Work Today*. September/October Issue. vol. 8, num. 5, p. 28.

Segundo Taller Internacional en Cuidados Paliativos.

Wilson Astudillo, A. y Carmen Mendinueta, A. *Bases para afrontar los dilemas éticos al final de la vida.*

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"

¿Cuáles son los conflictos éticos en la aplicación de la voluntad anticipada?

PELAYO VILAR-PUIG

La sociedad de nuestros días ha cobrado conciencia para la defensa de los derechos humanos, entre los cuales la atención a la salud es un tema relevante; los avances del conocimiento y el desarrollo de la tecnología han jugado un papel preponderante, porque han generado nuevos dilemas éticos.

Simultáneamente la sociedad en general y la medicina en particular han evolucionado en forma acelerada, esta última de ser una profesión paternalista, se ha visto inmersa en una sociedad informada, participativa y contestataria, que exige el rendimiento de "cuentas". Por otro lado, el Estado y las propias organizaciones médicas, se han convertido en vigilantes del actuar de los profesionales de la salud, por todo ello los médicos debemos conocer, entender y aplicar los principios éticos, aceptando que el enfermo tiene derechos inalienables como son: la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia.

Veamos ahora como garantizar que estas conductas se apliquen en beneficio de los enfermos. Según Sánchez Barroso:

En la Medicina paternalista se infiere que en la atención del paciente se defiende el principio de beneficencia en forma vertical, (yo mando, tu obedeces). En el caso donde se garantiza la autonomía del enfermo, el concepto es de tipo horizontal (todos mandamos, todos obedecemos).

Por lo arriba expresado al paciente se le considera como un adulto autónomo, capaz de recibir toda la información, y libre de tomar las decisiones referentes a su propio cuerpo, sobre su salud y sobre su vida.

Reflexionemos ahora cómo los avances del conocimiento y la tecnología influyen en los comportamientos éticos de la sociedad, el Estado y la comunidad médica. Es así como aparecen dilemas éticos en cuanto a la toma de decisiones médicas, diagnósticas o terapéuticas, en escenarios muy diferentes a los de hace apenas medio siglo.

Pensemos lo que ha representado la prolongación de la vida humana en los últimos 100 años, los dilemas éticos que la genómica y la epigenética nos plantean, la información médica disponible en forma inmediata y universal por parte de la sociedad, la fertilización in vitro, la posibilidad de conocer el perfil de la salud de una persona muchos años antes de que aparezca determinada patología o la dificultad en mantener el secreto profesional al intervenir varios actores en la atención de los enfermos.

Conceptos generales sobre la voluntad anticipada (VA)

Antes de analizar el tema de la VA, considero indispensable constatar que el enfoque de esta presentación pretende ser epistemológica, apartada de los enfoques que no se sostengan bajo la óptica de la ética laica. La razón para ello es que cuando se pretenden analizar dilemas de ética médica, con criterios que van ligados a un acto de fe, que ocurre en quienes practican alguna de las diferentes religiones, todas ellas muy respetables, y en no pocas ocasiones mayoritarias; en estos casos no se respetan los derechos humanos de las diversas colectividades del mundo moderno.

Lo mismo podríamos expresar cuando se trata de diversas culturas donde prevalecen los llamados “usos y costumbres”.

Otro factor que debemos tomar en cuenta es que la globalización, ha ocasionado que las poblaciones de muchos países, sean cada vez más pluriculturales y multiétnicas, de suerte que sólo en los estados laicos, se pueden crear marcos jurídicos que aseguren que todos sus ciudadanos gozarán de leyes que garanticen que los principios bioéticos universales sean respetados.

Las problemáticas éticas y jurídicas de la VA

Reflexiones bioéticas sobre el final de la vida

A nadie escapa que la muerte es vista y aceptada de forma muy diversa ante la gran variedad de culturas y etnias; a pesar de ello las personas al enfrentarse a la muerte, tienen una experiencia individual no transferible, donde cada ser tiene un concepto de sí mismo y de la vida.

Por otra parte, la vinculación de la muerte con la enfermedad, está siempre presente en los seres humanos. Los deslumbrantes avances científicos y tecnológicos de la medicina, han generado en la sociedad expectativas sobre la resolución de los problemas de salud y de la prolongación de la vida, más allá de la realidad. Cuando este fenómeno se presenta pueden generarse dilemas éticos y jurídicos entre el enfermo y su familia, y la comunidad médica y el marco jurídico.

Eutanasia. Ortotanasia. Distanasia

Enfoque ético

Eutanasia

Acción donde el médico proporciona al enfermo los medios para que éste termine su propia vida.

Existen dos tipos de eutanasia:

- Eutanasia activa (medicamente asistida).
- Eutanasia pasiva, donde el médico omite medidas que pueden prolongar la vida en un enfermo terminal, y por ello éticamente se justifica bajo el fundamento de respetar la autonomía del enfermo, y también se privilegia el principio de la beneficencia.

Ortotanasia

Se refiere a la justificación de evitar tratamientos y/o procedimientos médicos desproporcionados o inútiles.

Distanasia

Se refiere a la llamada obstinación terapéutica o al encarnizamiento terapéutico.

Con todo lo dicho podemos afirmar que desde la visión ética, los pacientes tienen la autonomía para rechazar tratamientos que no van a mejorar la duración y/o la calidad de su vida ante una enfermedad terminal, pero esto no implica que se desatiendan las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y espirituales del enfermo y de su familia. De ahí la relevancia y el auge de la Medicina Paliativa y de la Tanatología, que si bien están muy entrelazadas con el tema que nos ocupa, requeriría de un análisis más específico y extenso.

Enfoque jurídico

Antecedentes

Los conceptos filosóficos, los dilemas éticos, la generación de leyes en diversos países, las movilizaciones de las comunidades médicas y de la sociedad, han recorrido un largo y difícil camino. De ello expondremos algunos ejemplos de diversos países y finalizaremos, con lo que se ha logrado en México.

En varios países el suicidio asistido y la eutanasia son calificados como homicidio y se persiguen de oficio. Desde hace varias décadas hubo países que enfrentaron tan delicado problema con una visión adelantada.

En 1981, en la ciudad de Rotterdam y en 1984, la Suprema Corte de Justicia de Holanda decidió que no se acusara de oficio a quienes participaran en suicidios asistidos, siempre y cuando se ajustarán a ciertas restricciones. En el año 2000 el Congreso Holandés aprobó por 104 votos a favor y 40 en contra, una ley que permitía la eutanasia en las siguientes circunstancias: Personas mayores de 16 años con dolores intensos e intratables, podían solicitar a un médico que terminara con su vida. Para ello debían tener la opinión favorable de otros médicos quienes a su vez se asegurasen que era la voluntad del paciente.

En 2000, *The Economist* publicó la siguiente nota:

Un fresco debate sobre la eutanasia ha surgido en Francia debido a que hace un par de semanas, una enfermera de un hospital del pueblo de Mantes-en-Jolie, cercano a París, fue acusada de ayudar a la muerte de algunos de sus pacientes.

Aumentando la dosis de morfina administrada como analgésico, Chritine Malérve, de 28 años de edad, había contribuido a terminar el sufrimiento de 30 pacientes agonizantes, muchas veces por solicitud de los mismos enfermos, otros por miembros de su familia, y otras más por su propia iniciativa, frente al dramático impacto del sufrimiento cruel e inútil.

Cuando éstas “piadosas” muertes se descubrieron, Christine Malérve intentó suicidarse sin éxito, después de un breve internamiento en un sanatorio psiquiátrico, no fue procesada.

En Suiza desde hace años existe una sociedad denominada EXIT que auxilian a personas que desean por diversas razones un suicidio asistido. Aparentemente sus integrantes nunca han sido acusados.

En otros países como Inglaterra, Dinamarca, Alemania y Austria están aceptados los “testamentos vivientes”, en que los pacientes o la familia pueden solicitar a los médicos que no prolonguen su vida cuando estén en agonía.

En Colombia en 1991, se modificó la Constitución de 1886, que tenía un fuerte contenido religioso católico que impedía modernizar las leyes que la sociedad requería en temas tan delicados como el que nos ocupa. En esa ocasión el doctor Carlos Gaviria García, magistrado de la Corte Constitucional de Colombia, comentó: “Pero yo no puedo dar cuenta de la existencia de Dios y por tanto creo que mi ética debe fundarse en algo más que en la creencia de ese ser, puedo llegar a una conclusión distinta y si vivo y soy el titular de ese derecho de vivir, soy también quien debe decidir cuando mi vida termina”.

En 1997, en Washington D.C. y en el estado de Nueva York, se presentaron cinco casos de solicitud de suicidio asistido, lo cual fue autorizado por los jueces locales, apelado por las autoridades y enviados a la Suprema Corte de EUA quien rechazó la petición, basado en opiniones de diversos médicos y de la AMA.

Entre 1990 y 1998 el doctor Jack Kevorkian, patólogo americano jubilado ayudo a morir a 93 personas, usando para ello una “máquina para el suicidio”, inventada por él con el nombre de Mercitrón. Un juez lo condenó de homicidio en primer grado y sentenciado de 10 a 25 años de prisión. La sentencia se sustentó en la violación de la ley. El juez pronunció lo siguiente:

El juicio es sobre la falta de respeto a una sociedad que existe debido a la fuerza de un sistema legal. Nadie, señor, está por encima de la ley, nadie. Usted tuvo la audacia de aparecer en la TV nacional y mostrarle al mundo lo que hizo, de retar al sistema legal a que lo detuviera. Pues bien, señor, considérese usted detenido.

En 1935 se creó en Inglaterra una asociación llamada Voluntary Euthanasia Society y por esos años en EUA, un abogado diseñó un documento al que denominó *Living Will*, en el que manifestaba que se oponía a que se le prolongara artificialmente la vida.

En 1974 se presentó un documento firmado por 40 distinguidos personajes, entre ellos tres Premios Nobel (Linus Pauling, George Thomson y Jacques Monod) donde se defendía el derecho a la eutanasia. Cito el último párrafo:

La práctica de la eutanasia voluntaria humanitaria, pedida por el enfermo, mejorará la condición general de los seres humanos y, una vez que se establezcan las medidas de protección legal, animará a los seres humanos a actuar en ese sentido por bondad y en función de lo que es justo. Creemos que la sociedad no tiene ni interés ni necesidad verdaderos en hacer sobrevivir a un enfermo, condenado en contra de su voluntad, y que el derecho a la eutanasia benéfica, mediante procedimientos adecuados de vigilancia, puede ser protegido de los abusos.

La legislación en México. La Voluntad Anticipada (VA)

La primera ley de Voluntad Anticipada, se promulgó en el *Diario Oficial del Distrito Federal* el 7 de enero de 2008.

Los documentos de la VA establecen que cuando una persona conserva sus capacidades mentales y emocionales, tiene la capacidad de tomar decisiones bajo el derecho de que es un ser autónomo y que actúa intencionalmente, con conocimiento suficiente y sin influencias que determinen su decisión.

Para lograr que se cumpla su VA, se tienen que generar condiciones que garanticen el apego a los principios éticos y del entorno jurídico.

Esta ley regula:

- A) Formalidades y requisitos del documento de VA.
- B) Obligaciones de los notarios.
- C) Reglas de suscripción del documento.
- D) Contar con un representante del solicitante.
- E) Presencia de testigos.

Al aprobarse y aplicarse esta ley en el Distrito Federal, se abrió el camino para que otras entidades federativas (Aguascalientes, Coahuila, Hidalgo, Michoacán, San Luis Potosí y Guanajuato) se aprobaran leyes similares.

En el Distrito Federal el 13 de diciembre del 2011, la ley fue modificada, simplificando diversas formalidades y se reforzó el concepto de que los familiares tenían la obligación de respetar la VA, expresada por el enfermo, cuando estaba en uso de sus facultades. Por ello la figura del representante que elija el enfermo para la firma del documento, cobra relevancia para asegurar el cumplimiento de los deseos del paciente.

Conclusiones

Es un hecho que la aprobación de esta ley sobre VA fue un gran acierto que ha beneficiado a muchas personas y que en su aplicación se generaron dilemas éticos y procedimentales, tales como el no cumplimiento de la VA del enfermo al perder sus facultades mentales que le permitieran sostener su decisión, por ello la figura del representante legal se convierte en una figura jurídica de primer orden, razón por la que en las enmiendas de 2011, su papel quedó reforzado.

Es alentador cómo otras entidades federativas de nuestro país han aprobado leyes similares a las de la Ciudad de México y sería deseable, que ninguno de los estados careciera de este marco jurídico en beneficio de la sociedad.

Referencias

- Cantú-Quintanilla, G, Ubiarco, V, Medeiros, Domingo M, Gracida-Juárez, C, Reyes-Acevedo, R, Reyes-López, A y Alberú-Gómez, J (2012). "La ley de voluntad anticipada del Distrito Federal en México. Trasplantes e Ideología". *Pers.Bioet.* 16-1,11-17.
- Díaz Green, E.J, Cedillo Fernández, J.M, Reza Orozco, M.A y Amezcua Macías, A.I (2013). "La otra forma de morir; la Ley de Voluntad Anticipada". *Acta Medica Grupo Ángeles* 11-1 enero-marzo.
- Garduño Espinosa, A, Reyes Lucas, C y Ortiz G (2001). "Consentimiento informado en Pediatría. La autonomía del niño en discusión". *Revista Mexicana de Pediatría*; 68:3 mayo-junio.
- Gutiérrez Samperio, C y Carrasco Rojas, J.A (editores). (2010). *La bioética en el ejercicio quirúrgico. Clínicas quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía*. México: Editorial Alfil.

Ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal. (2008). *Gaceta Oficial del Distrito Federal* (7 enero).

Miranda Montecinos, A (2008). "El principio del doble efecto y su relevancia en el razonamiento jurídico". *Revista Chilena de Derecho*; 35-3 485-519.

Pérez-Tamayo, R (2013). *Bioética hoy. Seminario sobre salud. Módulo 1 La investigación para la salud: retos y perspectivas*. Coordinadores Martínez-Palomo A., Medina-Mora M.E. y Soberón Acevedo G. México: El Colegio Nacional.

Pérez Tamayo, R (2012). *Ética médica laica*. México: Fondo de Cultura Económica, El Colegio Nacional.

Rivero Serrano, O y Durante Montiel, I (2009) *Tratado de Ética Médica*. México: Editorial Trías.

Sanchez Barroso, J.A (2011). "La voluntad anticipada en España y en México. Un análisis de derecho comparado en torno a su concepto. Definición y contenido". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. Instituto de Investigaciones Jurídicas. 131-701-734.

"Voluntades anticipadas. Reflexiones bioéticas sobre el final de la vida". Documento formulado en el seno de la Comisión Nacional de Bioética. Sin fecha.

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"

Notas para una genealogía de la eutanasia¹

PAULINA RIVERO WEBER

Miles de niños viven en México sin techo, sin comida y sin educación. Los problemas que actualmente enfrenta el país en materia de seguridad son propios de un Estado en guerra. La pobreza en el campo no se ha abatido jamás. Y sin embargo lo que más parece atraer la preocupación de los legisladores son cuestiones de índole personal, que debieran estar en manos de cada individuo, como lo es la aceptación o el rechazo de la eutanasia. ¿No es esto sumamente extraño?

¿Por qué nos preocupa tanto restringir la libertad que toda persona debe tener para decidir qué hacer con su vida y con su muerte? Porque que no se trata

¹ Este escrito tiene su origen en dos conferencias diferentes, elaboradas en muy distintos momentos para el Seminario sobre Medicina y Salud, dirigido por el doctor Octavio Rivero Serrano. Al examinarlas, me di cuenta de diferentes aspectos de ambas que deseaba conservar en este escrito final, por lo que decidí hacer un solo escrito con el material de ambas ponencias. Me di a la labor de verificar si alguna de ellas se había publicado con anterioridad, con la finalidad de dar los créditos necesarios, pero no encontré ninguna publicación anterior. Me ha parecido adecuado hacer esta aclaración, previendo el caso de que en efecto alguna de ambas ponencias haya sido publicada.

de una actitud propia sólo de quienes están en el poder, sino de la sociedad en su conjunto: suele ser necesario pensar mucho, antes de decidir qué opinar sobre la eutanasia... pero pasamos de largo sin ningún problema moral frente a niños enfermos cuya delgadez les hace parecer poco más que un vil despojo. En verdad: ¿no es esto extraño?

Suele asumirse que la eutanasia, como lo indica su etimología, es sinónimo de una "muerte buena". Debemos comenzar por aclarar que la eutanasia es *una* de las muchas formas posibles de "buena muerte"; existen varias más. El concepto de "muerte buena" es más amplio que el de "eutanasia": "muerte buena" abarca muchas formas de morir, una de las cuales es la eutanasia como hoy en día se le entiende. Para algunos una muerte buena puede ser morir mientras se duerme, para otros, morir sedado, para otros, cosa rara pero real, morir en el combate.

Por lo anterior es importante entender que hoy en día el concepto "eutanasia" no conserva su significado griego original; actualmente este término se refiere únicamente al *acto médico llevado a cabo a petición expresa de un paciente desahuciado, para adelantar su muerte y no vivir por tiempo indefinido en medio de dolor o del sufrimiento*.²

Existen también otras formas diferentes de "muerte buena" relacionadas con el quehacer médico, que no son en realidad "eutanasia". Tenemos por ejemplo el suicidio médicamente asistido, en el cual, a diferencia de la eutanasia, no es el médico quien provoca la muerte, sino que se limita a proporcionar al paciente los medios para que él acabe con su propia vida. Otra forma es la sedación paliativa, en la cual el médico administra fármacos que sedan al paciente terminal, con lo cual reducen el dolor y la conciencia del mismo. Ésta es bastante usual en México y el paciente puede esperar la muerte en condiciones relativamente aceptables.

Completamente ajena a estas prácticas, resulta la así llamada "ortotanasia", defendida en ocasiones por la Iglesia católica. Esta cruel práctica implica dejar al enfermo morir de "muerte natural", sin ayuda alguna, y puede llegar a ser inhumana si no se cuenta con cuidados paliativos. Pero aún más distante, ya en el extremo contrario a una muerte buena, se encuentra la llamada "distanasia": la lucha por mantener al enfermo vivo pase lo que pase, cueste lo que cueste, aun

² Quien desee internarse en el estudio de este tema en México, puede consultar la obra de al menos dos autores: desde el campo de la medicina, la del doctor Arnoldo Kraus, y, desde el campo de la psicología, la de la doctora Asunción Álvarez.

cuando ya no haya esperanza alguna de que se recupere ni de que, en caso de lograrlo, tenga una buena calidad de vida.

Como es evidente, todas estas prácticas suelen referirse a pacientes desahuciados que viven en un irremediable dolor. Pero no son únicamente ellos los que pueden requerir de la eutanasia o de la sedación paliativa. Un paciente en cuya vida no hay dolor, pero sí hay sufrimiento, tiene todo el derecho a no querer vivir de esa manera.

Quizá convenga comenzar por recordar algo muy elemental, que nos permite comprender lo necesario que resultan estos cuestionamientos: la muerte es la única posibilidad que todos tenemos asegurada. Algunas veces llega sin aviso: irrumpe en la vida. Pero en ciertas ocasiones, llega a ser previsible. El lapso entre una muerte anunciada y el fin de la vida, es llamado agonía. En griego *agón* significa "lucha": la agonía es la lucha del individuo por su vida antes de morir. Vivir la agonía es también un derecho: cuando un enfermo decide vivir su agonía y esperar pasivamente la muerte, debe hacerlo independientemente de que cuente o no con una buena calidad de vida. Pero cuando ante una enfermedad mortal, la vida de una persona se torna dolorosa o indigna y el enfermo toma otra decisión para salir de esa situación, ésta no debería negársele.

Hay varios factores que deben considerarse en torno a la muerte para comprender la pertinencia de la eutanasia. Uno de esos factores se deja ver en *La muerte de Iván Ilich*, donde Tolstoi narra la soledad y la desesperanza de una muerte lenta, prolongada y negada. El personaje de esta historia, Ivan Ilich, ha caído enfermo y sabe que va a morir, al igual que lo saben todos sus seres queridos. En medio de terribles dolores no sólo debe padecerlos, sino que no puede siquiera hablar de ellos, ya que su familia opta por actuar como si la enfermedad fuera pasajera. La muerte puede llegar a ser un tabú: algo de lo que no se habla, algo casi prohibido a pesar de ser nuestra única posibilidad.

El ejemplo contrario lo encontramos en las *Coplas por la muerte de su padre*, de Jorge Manrique, el poema parte de la aceptación de la muerte y la fugacidad de la vida:

Recuerde el alma dormida,
avive el seso y despierte
contemplando
cómo se pasa la vida,
cómo se viene la muerte
tan callando...

[...]

Nuestras vidas son los ríos
que van a dar en la mar,
que es el morir:
allí van los señoríos,
derechos a se acabar
y consumir,
allí los ríos caudales,
allí los ríos medianos
y más chicos;
y llegados, son iguales
los que viven de sus manos
y los ricos.

La aceptación de la finitud de la vida es fundamental para iniciar cualquier pensamiento en torno a ella. En la mencionada obra de Tolstoi, gran parte de la soledad y el dolor de Iván Ilich no radica en su agonía, sino en la imposibilidad de aceptar abiertamente que está muriendo y actuar en consecuencia. Por eso podemos decir que partir de una clara aceptación de la muerte se transforma la vida y el enfermo puede llegar a ella de manera serena, como se deja sentir al final de las ya citadas *Coplas*:³

³ Este conocido poeta castellano del siglo XV, si bien se expresa a la usanza de su época, no por ello deja de ser comprensible.

Así, con tal entender,
 todos sentidos humanos
 conservados,
 cercado de su mujer
 y de sus hijos y hermanos
 y criados,
 dio el alma a quien se la dio
 (el cual la ponga en el cielo
 en su gloria),
 que aunque la vida perdió
 dejónos harto consuelo su memoria.

Ante la posibilidad de la eutanasia suelen emplearse conceptos como “dignidad” o “muerte digna”. Pero es difícil hablar de dignidad, porque la idea de dignidad varía considerablemente de una sociedad a otra. Para algunas tribus de China antigua era completamente indigno que un adulto maduro conservara vivo a su viejo padre: su obligación moral y cívica era ayudarlo a morir. Quien hoy hiciera esto, acabaría en prisión y sería percibido como un individuo indigno de su padre. La idea de dignidad no varía solamente de una sociedad a otra: lo que es digno para una persona puede ser indigno para otra, y por ello solamente la persona misma puede saber lo que considera digno o indigno para su vida. Sucede exactamente lo mismo con el término “calidad de vida”, que, si bien puede ser un poco más objetivo, finalmente esconde el mismo problema: cada persona tiene el derecho de definir lo que para ella o él implica una vida con calidad o sin ella, y lo que para él o ella es la dignidad a la hora de morir.

Ponemos por ejemplo en un tetrapléjico, que aun sin tener dolor puede considerar que no cuenta con una calidad de vida adecuada. Algunos casos que han quedado como paradigmáticos de las diversas actitudes frente a la tetraplejía y de hecho han sido llevados a la pantalla grande, haciendo accesible el tema a más personas. Primeramente, tenemos el film *Mar adentro*, de Alejandro Amenabar, basada en la vida de Ramón Sampedro; en segundo lugar la versión cinematográfica de la novela *Me before you (Yo antes de ti)*, de Jojo Moyes, realizada por Thea Sharrock, y por supuesto, un caso más de la vida real: *Intouchables*, película fran-

cesa dirigida por Olivier Nakache y Éric Toledano, inspirada en la vida del conde Philippe Pozzo di Borgo, autor por cierto del libro *Le Second soufflé*.

Las dos primeras cintas mencionadas presentan personas que no desean vivir de esa manera y optan por morir. *Mar adentro* es considerada por ello una película de denuncia, pues presenta el caso real de Sampedro y el sufrimiento que atravesó por vivir en un lugar donde la eutanasia está prohibida (España). En el caso del tercer filme, que como dije, también narra un caso real, el protagonista opta por vivir.⁴ De modo que cada quien decide lo que es y lo que no es una vida digna y vivible: nadie más puede hacerlo por una o uno. Al igual que el concepto aristotélico de virtud, la dignidad o la calidad de vida la determina únicamente el individuo que está viviendo su propia vida.

La sola mención de Aristóteles conduce a pensar en las diferentes maneras en que la eutanasia ha sido comprendida y/o practicada por la humanidad a lo largo de la historia. A continuación, anotaré algunos momentos clave en la concepción de la eutanasia, con la finalidad de esbozar una genealogía de la eutanasia. La genealogía es un método filosófico que puede ayudar a comprender cualquier fenómeno. Dicho de manera bastante simple, se ocupa de estudiar el significado que han tenido las palabras a lo largo de la historia para distinguir el fenómeno mismo, del significado atribuido al él.⁵ Las variaciones en el significado a lo largo de la historia nos permiten comprender el cúmulo de significados que un término puede tener y esto facilita la labor de “desenredar” esa especie de “madeja” de significados que puede tener un concepto, en este caso, el de “eutanasia”.

Por sus raíces griegas y por el eurocentrismo clásico de nuestra cultura, cuando nos referimos a la eutanasia en la antigüedad, lo primero que suele venir a nuestra mente es el juramento del galeno griego Hipócrates. Sin embargo, la eutanasia como la entendemos hoy, es algo completamente diferente a lo que se entendía entonces. Por ello, apelar al juramento hipocrático hoy en día es absurdo: los contextos son radicalmente distintos. La ciencia y la técnica en el mundo médico actual no tiene absolutamente nada que ver con la medicina

⁴ Por supuesto, el conde Philippe Pozzo di Borgo cuenta con una considerable abundancia de recursos económicos, lo cual es digno de tomarse en cuenta. Pero la explicación de su deseo de vivir no puede reducirse a ello, tiene su origen en el sentido que él encontró a la existencia a través de la solidaridad y la fraternidad. Nuevamente: cada caso es diferente y cada quien tiene el derecho de decidir qué hacer ante la invalidez.

⁵ El método genealógico es creado, fundamentado y explicado por F. Nietzsche a lo largo de los tres tratados de *La genealogía de la moral*, quizá el libro más peligroso y mal comprendido de este pensador.

hipocrática. Los recursos actuales para prolongar la vida no se soñaban siquiera en aquella época.⁶

Aún así, si alguien considerara pertinente basarse en Hipócrates para cuestionar la eutanasia como la entendemos hoy, tendría que analizar las líneas en donde supuestamente él la prohíbe:

Οὐ δώσω δὲ οὐδὲ φάρμακον οὐδενὶ αἰτηθεὶς θανάσιμον,
οὐδὲ ὑφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε.

“No daré ningún fármaco mortal a nadie que lo pida, ni recomendaré un consejo tal”.

Como se ve, Hipócrates no emplea la palabra griega *euthanasia*, ni se refiere en ningún momento a pacientes terminales o desahuciados. Sobra decir que no describe lo que hoy en día se entiende por eutanasia, sino al hecho “no darle veneno a cualquier persona en general”: eso es lo que dice el texto. Hay algo más que nos indica que el así llamado “padre de la medicina”, no hablaba de eutanasia: ésta no era mal vista en la época de Hipócrates. De hecho, en el libro III de *La República*, Platón afirma que en una República ideal “nadie puede pasar la vida en enfermedades y medicinas... [por lo que será necesario establecer] una disciplina en el Estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo.” Esto es; los ciudadanos cuya alma y/o cuerpo no estén sanos, no requerirían, de acuerdo a Platón, que el médico se esforzara en salvarlos.⁷

Por su parte, Epicteto veía la muerte como una cuestión de libertad individual: “la vida a veces no tiene rumbo alguno y sólo provoca sufrimientos tanto para el enfermo y para sus familiares, es por eso que el enfermo tiene el derecho a decidir”: eso, sí apunta hacia la eutanasia. La preocupación de Epicteto era el respeto a la libertad que cada individuo tiene sobre su propia vida: si no somos

⁶ Dado lo anterior es una desgracia que en nuestras instituciones se continúe empleando ese juramento que el buen griego hizo para una sociedad tan radicalmente diferente. ¿No tenemos acaso la capacidad para crear un nuevo juramento apto para nuestra sociedad?

⁷ Cf. Platón, *República* III, vol. IV; traducción comentarios y notas de Conrado Eggers Lan, Madrid, Editorial Gredos, 1988.

dueños de nuestra propia vida, ¿de qué lo somos? Poco después del pensamiento clásico griego, la antigüedad romana dejó plasmada su idea de la eutanasia de una manera coloquial y casi cotidiana en la ahora famosa sentencia: *Felici vel honesta morte mori* (Morir una muerte feliz y honesta).

El filósofo romano Séneca consideró que la ley eterna fija un solo modo de iniciar la vida, pero varios para salir de ella.⁸ Para él, “es al hombre a quien corresponde decidir libremente sobre el sentido y su capacidad de soportar su existencia en el cuerpo”, esto es: Séneca considera que solo cada individuo puede decidir sobre su propio cuerpo. A la vez aconsejaba una sana relación tanto con la vida como con la muerte: “no se debe ni querer demasiado a la vida ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje”.

Me parece importante detener la genealogía en Séneca porque para él la cuestión a elegir en el momento de la eutanasia no implicaba huir de la vida, sino de *saber dejarla*, pues “es preferible quitarse la vida, a vivir una vida sin sentido y con sufrimiento”. De manera coherente a lo anterior, ante la tortura y la violencia que le esperaba en manos del tirano, Séneca optó por morir rodeado de sus más cercanos amigos y familiares cortándose las venas y tomando cicuta. Paulina, su mujer, decidió seguir su ejemplo para evitar los mismos males, ante lo cual Séneca expresó:

Yo te había sugerido la resignación ante la vida; tú prefieres el honor de morir: no me opondré a tal ejemplo. Sea igual entre nosotros la constancia en un fin tan generoso, pero en él, tú consigues *la mayor gloria*.⁹

“La mayor gloria”: elegir libremente cómo y cuándo morir. Para Séneca elegir la propia muerte, elegir la eutanasia, no requería estar enfermo ni estar en “las últimas”, pues todo individuo debería tener ese derecho. La eutanasia no la aplicaba un médico, era cuestión individual y era digna de alabarse, porque, como lo diría también Marco Aurelio, “una de las funciones más nobles de la razón consiste en saber si es o no tiempo de irse de este mundo”.¹⁰

¿Qué sucedió? ¿Cómo un acto considerado digno, loable, admirable, pasó a ser prohibido? Por lo general le adjudicamos esta prohibición al cristianismo, porque la Iglesia católica lo ha prohibido. Pero la realidad es que no se trata del cristianismo:

⁸ Séneca, *Carta 77* de las cartas a Lucilio, prólogo y traducción del latín de Vicente López Soto. México: Editorial Juventud.

⁹ Tácito, La muerte de Séneca, en *Anales*, XV.

¹⁰ Marco Aurelio Libro III.

en la Biblia no existe una sola mención a la eutanasia; ni en el antiguo ni en el nuevo testamento. ¿Cómo se dio entonces este cambio en el significado de este fenómeno?

Desde mi perspectiva fue un individuo el que dio inicio a este tabú. Un individuo que llevaba una vida bastante disipada hasta que su madre le convenció de ser un “pecador”, idea que le obsesionó hasta la locura: Agustín de Hipona. La primera consideración de este hombre tan inteligente como enfermo, fue que al individuo no le pertenece su vida. Pensemos si no acaso ésta es una idea sorprendente: si a un individuo no le pertenece su vida ¿qué le pertenece? Nada. Todo le pertenece... ¿a Dios? No, no, no tan de prisa: a la Iglesia.

La idea de que al individuo no le pertenece su propia vida no es la única idea descabellada del elegante obispo de Hipona. Pero lo que es aún más descabellado es que sigamos pensando como se pensaba en la Edad Media y que puedan continuar vigentes ideas que se presentan como si fueran propias del cristianismo sin que en realidad lo sean. ¿Por qué si en ambos testamentos bíblicos la eutanasia no se prohíbe, la Iglesia lo hace?

La respuesta radica en la política del poder, propia de las instituciones seculares. En ese sentido el obstáculo fundamental pareciera ser de orden político, no religioso. Recordemos que la religión siempre ha incidido en la política y ha sido un factor de cohesión social. Ya en la antigua Grecia Sócrates fue condenado a muerte por cuestiones políticas, pero para ello se esgrimieron razones religiosas. Esta incidencia de las ideas religiosas en la política no ha cesado a lo largo de la historia. La religión continúa siendo un factor de cohesión en los pueblos; de ahí que aquello que la Iglesia prohíbe, difícilmente pueda ser despenalizado por el poder estatal, y cuando lo logra, es a costa de muchos enfrentamientos con el poder eclesiástico, como se ha hecho notar en el caso de la despenalización del aborto en la Ciudad de México.

Lo sorprendente es que la fuente originaria de la religión dominante en este país, esto es, la Biblia, no prohíba la eutanasia. Esto permite ver que el obstáculo para legalizar la eutanasia no ha sido tanto la religión, sino el vil y terrenal control político de un pueblo, porque insisto: si un individuo no es dueño de su vida, ¿de qué es dueño? Y peor aún: si un individuo no es dueño de su vida, ¿quién es el dueño? La respuesta, como sugerí, no es “Dios”, sino el poder político que detentan individuos tan ignorantes como supersticiosos.

Partamos del hecho de que en nuestro país el poder político de la Iglesia católica no se encuentra en manos de los grandes teólogos: ellos están en las universidades, enseñando teología. El poder político en el ámbito religioso del catolicismo lo han asumido individuos muchas veces ignorantes, con aspiraciones mundanas de poder: son ellos los que se declaran contra cualquier medio

que empodere al individuo y lo haga sentirse dueño de su propia existencia y con el derecho a decidir sobre la misma. Cualquier institución será más poderosa si logra que cada ciudadano de la sociedad asuma que su vida (¡su propia vida!) no le pertenece. Le pertenece a un ente superior del cual ellos, y solamente ellos, son representantes... bonita fórmula.

Lo más extraño de todo es que esto suceda en un país supuestamente laico. Nunca debemos olvidar lo anterior, porque en efecto: en eso nuestro país difiere o debería diferir de muchos otros. ¿Qué es el laicismo y por qué resulta fundamental recordarlo al hablar de eutanasia? En México el laicismo tomó su forma definitiva con Juárez, quien construyó una república laica. Como sabemos, desde la conquista española se impuso un estado confesional que se caracterizó por la intolerancia religiosa y el barbarismo de los llamados "reyes católicos" y sus conquistadores. En todas las constituciones mexicanas promulgadas hasta 1843, se especificaba que la única religión que podía profesarse en nuestro país era la católica, la cual prohíbe la eutanasia.

Podría creerse por lo mismo que junto con la independencia de México esta situación cambiara, pero paradójicamente la independencia mexicana engrandeció aún más el poder de la Iglesia, pues muchos de sus caudillos provenían de la Iglesia católica e incluso muchas imágenes propias de esa religión se emplearon como estandartes y símbolos de la independencia del país. De ahí que dicha religión a lo largo del movimiento independentista creció en poder político hasta engrisarse como el aspecto dominante del Estado.

Ante esta situación, el presidente Juárez fue el primero en enfrentar la historia de México con una propuesta radicalmente diferente: el Estado laico. Promulgó la separación del poder de la Iglesia del poder político y por supuesto, del poder económico: derogó las leyes que exigían el pago de diezmos a la Iglesia católica y aún antes de ser presidente, como gobernador de Oaxaca terminó con la costumbre fuertemente arraigada de que las autoridades políticas asistieran a ceremonias religiosas con carácter oficial. Posteriormente, como sabemos, Juárez nacionalizó los cuantiosos bienes del clero y llevó a cabo algo fundamental: defendió la libertad religiosa hasta entonces prohibida. Algunas de sus razones fueron expuestas en una carta a sus hijos,¹¹ en donde delimita y explica su sentir respecto a la religión en general.

¹¹ Benito Juárez escribió múltiples cartas, discursos y manifiestos que han sido objeto de varias antologías. Cf. Andrés Henestrosa, *Benito Juárez, textos políticos*, México, SEP, 1944 y Benito Juárez, *Apuntes para mis hijos*, México: UNAM, 2003, Colección Pequeños Grandes Ensayos.

El Estado laico creado por Juárez no es necesariamente un Estado ateo, como incorrectamente se puede llegar a creer. Un Estado laico es aquel en el cual toda creencia religiosa se encuentra ajena a la forma de conducir el Estado, se maneja de manera independiente de las diferentes creencias religiosas que tienen por igual el mismo derecho a coexistir. En un Estado laico, todo individuo debe tener la posibilidad de ser dueño de su vida y la o las iglesias, con sus diferentes credos, tienen por igual el mismo derecho a existir, pero no deben incidir en la forma de legislar los asuntos propios de la nación.

La filosofía ha insistido en la necesidad de otorgar a cada individuo el derecho de guiarse a sí mismo, a elegir su propia forma de vida tanto como su propia forma de muerte, mientras no dañe a terceros. Si examinamos tantas y tantas palabras que surgen desde la filosofía para comprender un problema, veremos qué solitaria se encuentra en el mundo: casi nunca es escuchada. Como lo hemos visto, desde la antigüedad la filosofía ha expuesto los conceptos básicos con los que se puede defender la eutanasia, para superar los diversos oscurantismos que pretenden quitar al individuo lo único que le pertenece: decidir sobre su propia vida.

Sólo quedaría mencionar un detalle más. Algunas veces, el individuo ya no puede expresar su deseo de acabar con el sufrimiento por encontrarse invalidado físicamente para hacerlo. Es aquí en donde se aprecia la relación entre la eutanasia y la voluntad anticipada: es necesario anticiparse al momento en que llega la agonía y decidir en qué condiciones no se quiere morir y dejarlo notariado. Todo médico debería exigir a su paciente este documento, del cual, el paciente en cualquier momento se puede retractar. El problema sin embargo se mantiene en pie: mientras esta práctica no sea legislada con todo cuidado, las opciones para dejar por escrita la propia voluntad, son limitadas a no ser conectado a respiradores u otros medios de subsistencia artificial.

Este es un problema que puede y debe resolverse a través de la educación. En ese sentido debemos considerar si aún es deseable que nuestros médicos continúen jurando lo que Hipócrates juró hace milenios. Es necesario derogar el tan romántico como descontextualizado juramento de Hipócrates y crear un nuevo juramento que permita a cada individuo pensar y decidir por cuenta propia: mientras éste se apegue a los principios de beneficencia y no maleficencia, la medicina puede y debe cambiar para servir mejor a la humanidad.

Eutanasia

ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

En esta presentación voy a empezar por definir qué es la eutanasia y cuál es su relación con otras decisiones médicas relacionadas con el final de la vida, todas ellas en el contexto de la atención médica. Continuaré presentando cuatro preguntas que ayudarán a reflexionar sobre la fundamentación ética de la eutanasia. Finalmente mencionaré los principales temas que forman parte del debate actual sobre la eutanasia.

La eutanasia es una acción permitida en muy pocos países. Sin embargo, en muchos otros se discute la conveniencia de hacer cambios legales para que sea una opción de terminación de vida en la atención médica. En México también se ha discutido el tema de manera intermitente en el ámbito académico y legislativo (actualmente hay una iniciativa en revisión) y, ocasionalmente la discusión se extiende a la opinión pública. Lo cierto es que es un tema que prefiere evitarse (como todo lo que se relaciona con la muerte), y que es muy complejo porque en él confluyen aspectos éticos, legales, religiosos y emocionales, por mencionar algunos. A todo esto hay que añadir el obstáculo que implica para la deseable discusión, el hecho de que exista tanta confusión sobre el tema y se considere como eutanasia acciones que se alejan mucho de serlo.

Qué es y qué no es la eutanasia

Una definición de *eutanasia* que evita la ambigüedad es la siguiente: Eutanasia es la acción médica que causa la muerte de un paciente, sin dolor, para poner fin a su sufrimiento, respondiendo a su petición expresa.¹

En esta definición queda implicado que: 1) se trata de una acción médica cuya intención clara es causar la muerte (en los países en que se ha legalizado se ha establecido que la realice un médico); 2) se produce una muerte sin dolor, lo cual remite al significado etimológico de *eu-tanasia*: buena muerte; 3) la muerte se causa como respuesta al deseo del paciente que necesita la ayuda de su médico para morir (no se debe llamar eutanasia si la acción no responde al pedido de quien muere); 4) se recurre a la eutanasia para poner fin al sufrimiento del paciente al haberse agotado otros medios para hacerlo.

Esta definición ofrece un sentido muy específico de la acción, como lo ha propuesto la reflexión bioética en los últimos años. Por otro lado, en los países en que se ha legalizado: Holanda, Bélgica, Luxemburgo y Canadá es necesario establecer límites muy claros entre lo que está permitido y lo que no lo está. Cabe mencionar que en Colombia se despenalizó la eutanasia por una sentencia de la Corte Suprema desde 1997, pero aún no existe una ley que defina claramente los criterios de aplicación. Es importante aclarar que en los diferentes países varían los criterios bajo los cuales se puede aplicar la eutanasia (entre ellos, establecer a qué pacientes se puede ayudar a morir). A continuación describiré los que se han establecido en Holanda,² los cuales debe seguir el médico para que su acción corresponda a la excepción que contempla el Código Penal al criminalizar las acciones de terminación de vida.³

El médico debe de estar convencido que:

¹ Álvarez del Río, A. *Práctica y ética de la eutanasia*. México: Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 32.

² Los de Bélgica y Luxemburgo son similares. En Canadá los criterios son más restringidos porque establecen que la muerte del paciente se espera muy próxima.

³ Es importante aclarar que los médicos deciden si están de acuerdo con aplicar la eutanasia; primero en un sentido general, pero después en un sentido particular deciden con cada paciente si considerando las condiciones en que éste se encuentra, están de acuerdo en ayudarlo a morir. Por eso se dice que en Holanda no hay un derecho a la eutanasia, ya que es el médico quien toma la decisión final de aplicarla o no en cada caso.

- El pedido del paciente es voluntario y lo ha considerado muy bien.⁴
- El sufrimiento (físico o mental) del paciente, causado por una enfermedad o condición médica, es perdurable e intolerable.
- Informar al paciente sobre su situación y posibilidades.
- Para el paciente no hay otra solución razonable para la situación en que se encuentra.
- Ha consultado, por lo menos, con otro médico independiente.
- Termina la vida con el debido cuidado (médico).⁵

Al definir la eutanasia de manera tan específica, se puede ver que ésta se caracteriza por ser activa, directa y voluntaria. Por tanto, es preferible prescindir de las clasificaciones de eutanasia que se han utilizado: activa y pasiva; directa e indirecta; voluntaria, no voluntaria e involuntaria; y utilizar mejor un término específico para cada una de las decisiones que se dan en el contexto de la atención médica al final de la vida.

La decisión de suspender o no dar un tratamiento de soporte vital⁶ sin el cual el paciente va a fallecer, se ha conocido como eutanasia pasiva. Esta decisión se justifica cuando el tratamiento no beneficia al paciente y, por el contrario, prolonga su sufrimiento o lo obliga a vivir en condiciones que resultan indignas para él.

La aplicación de medicamentos para aliviar el dolor u otros síntomas con la consecuencia previsible de adelantar la muerte del paciente (por ejemplo, mediante el uso de morfina), solía llamarse eutanasia indirecta, pero es preferible considerarla simplemente como una intervención que forma parte de los cuidados paliativos, la cual se justifica por el principio del doble efecto.⁷

⁴ Esto incluye asegurarse que el paciente no está solicitando la eutanasia bajo una condición de depresión, desesperación o por sentirse presionado por alguien más, pues cualquiera de estas situaciones atentaría contra su libertad.

⁵ The Final Stages of Life. Guidelines to help you consider, discuss and decide. NVVE Amsterdam, 2016. https://www.nvve.nl/files/2314/6279/6309/TheFinalStagesofLifeENGELS_DEF.pdf [consultado el 3 de junio de 2016].

⁶ Decisión que también se conoce como Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET).

⁷ Este principio establece que dado que de una acción pueden seguir una consecuencia beneficiosa y otra perjudicial, se justifica realizarla si se busca, en primer lugar, la consecuencia que beneficia y perjudicial simplemente se prevé. Si bien puede ser cuestionable deslindar la responsabilidad de una consecuencia negativa que se prevé, en el ámbito de la atención médica al final de la vida, se considera éticamente aceptable una acción que evita el sufrimiento de un paciente próximo a morir aunque con

Dentro de los cuidados paliativos, la sedación es una intervención cada vez más utilizada, la cual consiste en administrar medicamentos para reducir la conciencia de un paciente, tanto como sea necesario, para aliviar uno o más síntomas. La sedación paliativa puede ser leve, intermedia o profunda e intermitente o continua, según se requiera. En situaciones en que se prevé que el paciente morirá en un plazo muy breve y no se puede aliviar su sufrimiento, se puede aplicar una sedación profunda y continua hasta la muerte,⁸ al mismo tiempo que se retira la alimentación y se retira o se mantiene al mínimo la hidratación. Esta intervención se distingue de la eutanasia porque no busca producir la muerte del paciente, sino hacer que éste la encuentre estando inconsciente para que no sufra. Desde luego, con esta intervención se termina la vida de relación del paciente que no volverá a tener más contacto con su medio ambiente.

Ahora veamos una decisión médica sobre el final de la vida que es muy parecida a la eutanasia: el Suicidio Médicamente Asistido (SMA): Es la ayuda que da un médico a su paciente, en respuesta a su solicitud, proporcionándole los medios para suicidarse y es el paciente quien realiza la acción final que causa la muerte.⁹

Esta opción de terminación de vida se permite en los estados de Oregón, Washington, Vermont, Montana y California en Estados Unidos, con criterios más restringidos que los que se dan en los países europeos para permitir la eutanasia.¹⁰

Antes de concluir este apartado, es importante comentar que las condiciones en que los pacientes se encuentran en el final de su vida son muy variables. Algunos están conscientes y son competentes, de manera que pueden participar de las decisiones que sea necesario tomar sobre si prolongar o no su vida y son los únicos para quienes la eutanasia y el SMA podrían ser opciones (donde se permiten). Otros pacientes están inconscientes o son incompetentes y no pueden participar (al

esta acción se adelante su muerte; sería injustificable que para evitar adelantar su muerte, se dejara al paciente experimentando un sufrimiento para el cual existe alivio.

⁸ También se le llama sedación terminal.

⁹ Álvarez del Río A, *op. cit.*, p. 40.

¹⁰ En los países europeos también se permite el suicidio médicamente asistido y es el paciente quien decide de qué forma quiere recibir la ayuda para morir. Suiza es el único país que permite el suicidio asistido sin restringirlo al contexto de la atención médica. Esto significa que la ayuda no se limita a casos en que se busca la ayuda por un sufrimiento causado por enfermedad, ni se pide que sean médicos quienes ayudan en el suicidio, ni se establece que los medios para ayudar sean médicos; otra cosa es que en la práctica el suicidio asistido se da en personas con alguna enfermedad o condición médica que acuden a asociaciones que defienden el derecho de las personas a decidir el final de su vida (asociaciones “por el derecho a morir con dignidad” o “*right to die*”).

menos directamente; pueden haberlo hecho a través de una voluntad anticipada) en las decisiones que sea necesario tomar sobre ellos: si debe o no suspenderse un tratamiento de soporte vital o si debe aplicarse la sedación profunda y continúa hasta la muerte, acciones sobre cuya aceptabilidad ética hay consenso en la mayoría de los países y que son *más o menos* legalmente aceptables en nuestro país.¹¹

Cuatro preguntas sobre la ética de la eutanasia¹²

Para analizar si la eutanasia es una acción éticamente aceptable, propongo cuatro preguntas, cada una de las cuales, si se responde afirmativamente, lleva a la siguiente:

- ¿Tiene un paciente derecho a decidir el final de su vida?¹³
- ¿Tiene derecho a pedir a su médico que le ayude a morir?
- ¿Tiene el médico un deber (moral) de responder a ese pedido?
- ¿Debe el Estado garantizar los derechos del paciente y el deber del médico?

¹¹ Digo que *más o menos* son acciones legales porque están respaldadas por la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal que también existe en otras entidades estatales, por la reforma a la Ley General de Salud en Materia de Cuidados Paliativos y por el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de Manejo Integral de Cuidados Paliativos. Sin embargo, por un lado no existe claridad suficiente sobre lo que está permitido y por otro, existen ciertas contradicciones entre éstas regulaciones y el código penal.

¹² Con fines de mayor fluidez, me referiré a la eutanasia, pero en lo que sigue me estaré refiriendo con este término tanto a la eutanasia como al SMA.

¹³ Reconocer el derecho de un paciente a decidir el final de su vida implica reconocer el mismo derecho a cualquier persona, lo cual nos lleva al tema de la muerte voluntaria (o suicidio, término que puede ser confuso porque lo mismo se utiliza para referirse a la acción deliberada de terminar con la propia vida que al acto impulsivo e irracional de quitarse la vida, con todos las situaciones intermedias que puede haber entre estos dos polos). Mientras que el suicidio, en general, puede decidirse por cualquier motivo, la eutanasia y el SMA son opciones que se dan en el contexto de la atención médica, razón por la cual se refieren a pacientes que desean adelantar su muerte debido al sufrimiento intolerable y sin posibilidad de alivio causado por una enfermedad o condición médica.

No voy a desarrollar en este espacio una respuesta para cada una de estas preguntas; las dejo más bien como una invitación a reflexionar sobre el tema.¹⁴ Lo que puedo decir es que las personas se dividen entre quienes responden afirmativamente y quienes lo hacen negativamente, una o más de estas preguntas. Lo harán de acuerdo a sus valores y creencias, por lo que no tiene caso discutir si las respuestas son adecuadas o no, pues las distintas posiciones son respetables. La única respuesta que cabe discutir es la de la cuarta pregunta. Si admitimos que hay personas que consideran que tienen el derecho a decidir el final de su vida y pedir ayuda para ello a su médico, y hay médicos que están dispuestos a dar tal ayuda, en una sociedad que reconoce la pluralidad, es tema de debate si el Estado debe respaldar o no su voluntad. Es decir, si debe respaldar tanto la voluntad de los que no quieren pedir o aplicar la eutanasia (que es lo que actualmente se respalda) como la de los que sí lo quieren (lo que no sucede actualmente).¹⁵ Sólo si existieran argumentos de peso para decidir que no debe respetarse la voluntad de los segundos, se justificaría mantener la prohibición de la eutanasia.

Elementos del debate sobre la eutanasia

El debate sobre la eutanasia, pendiente en nuestro país, requiere reflexionar y analizar, en primer lugar, los principales argumentos *no religiosos*¹⁶ en contra de la eutanasia, a saber: 1) que los cuidados paliativos hacen innecesaria la eutanasia, 2) que los médicos no deben participar en una acción que cause la muerte porque de hacerlo destruirían la confianza en la profesión, 3) diferentes versiones del argumento de la pendiente resbaladiza que viene a decir que la eutanasia

¹⁴ En el capítulo 6 de *Práctica y ética de la eutanasia* (Álvarez del Río A, *op. cit.*), “los elementos de la discusión”, se desarrollan ampliamente las respuestas a estas preguntas.

¹⁵ No debería ser necesario aclarar que si se permite la eutanasia, nadie se vería obligado a solicitarla si no la quiere, ni ningún médico se vería obligado a aplicarla si no está de acuerdo con ella, pero lo es a juzgar por los comentarios de muchas personas que se oponen a la eutanasia.

¹⁶ Los argumentos basados en creencias religiosas que sólo comparte una parte de la población no tienen por qué incluirse en una discusión con base en la cual se establecerán leyes que van a aplicar para toda la población.

puede justificarse éticamente, pero una vez que se permite es inevitable que se abuse de ella.¹⁷

Si como sociedad llegamos a la conclusión de que los elementos en contra de la eutanasia no tienen suficiente fundamento como para no respaldar la voluntad de una parte de la sociedad que quiere contar con esa opción en caso de necesitarla, lo que sigue es discutir de qué forma se va a permitir. Esto implica responder, entre otras preguntas, las siguientes: ¿qué pacientes podrían recibir ayuda para morir?, ¿de qué forma se ayudaría a morir?, ¿cómo llevar el control de las acciones médicas para ayudar a morir y asegurar lo más posible que no se comentan abusos?

Para concluir

El debate sobre la conveniencia de legalizar la eutanasia está pendiente en nuestro país, pero no deberíamos postergarlo más, ni considerar esta acción como si estuviera aislada. La eutanasia tendría que concebirse como una última opción que forma parte de un conjunto de acciones que se dan en el contexto de la atención médica. Una opción que se tomará excepcionalmente, porque la gente no quiere morir a menos que vivir les resulte tan doloroso que vean la muerte como un beneficio.

Cuando se suspenden oportunamente tratamientos curativos que ya no benefician al paciente¹⁸ y el objetivo de la atención se enfoca a proporcionar alivio al enfermo, es muy posible que éste encuentre la muerte en condiciones que le resultan aceptables. Pero hasta los mejores cuidados paliativos tienen límites y para algunos pacientes, agotadas las posibilidades de aliviar su sufrimiento, será esencial tener la posibilidad de adelantar su muerte de manera segura y sin dolor y para eso necesitan ayuda.

A diferencia de lo que suele argumentarse en contra de permitir la eutanasia, su legalización podría impulsar el desarrollo de los cuidados paliativos en tanto

¹⁷ Desarrollo, análisis y refuto cada uno de estos argumentos en Álvarez del Río, A. "Eutanasia y suicidio médicamente asistido: ¿Cuál es el problema?" *Rev Inv Clin* 2014; 66(3): 282-287.

¹⁸ Una decisión muy difícil, para la cual es necesario que el médico favorezca las conversaciones que permitan al paciente entender que ya no puede evitarse su muerte.

se daría más importancia a la atención médica en el final de la vida¹⁹ y daría tranquilidad a los pacientes que podrían confiar en contar con una ayuda médica para morir (y no tener que ocuparse ellos mismo en conseguir los medios) en caso de que ya no existan opciones de curación y de alivio para su situación. Si se da el debate necesario y se establecen las medidas para asegurar, en lo posible, que la eutanasia se aplique adecuadamente, la legalización de esta acción, lejos de promover que mueran personas que quieren vivir (como fácilmente se argumenta recurriendo a la “pendiente resbaladiza”), servirá para que dejen de vivir pacientes que ya no quieren seguir sufriendo, para que no tengan que tomar las decisiones de manera clandestina y para que las personas que los ayuden, no se arriesguen a tener que continuar su vida en prisión. Que los pacientes puedan, por el contrario, despedirse de esta vida en las mejores condiciones acompañados de las personas con las que elijan vivir ese último momento.

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: “Temas del Seminario”

¹⁹ En los lugares en que se permite la eutanasia o el SMA, los cuidados paliativos han mejorado notablemente. Oregon es el estado de su país con la mejor atención médica en el final de la vida y Bélgica es uno de los países con mejores cuidados paliativos, los cuales empezaron a desarrollarse al mismo tiempo en que comenzó a discutirse la legalización de la eutanasia. Véase Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, *et al.* “Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy?” *BMJ* 2008; 336: 864-7.

DIMENSIÓN SOCIAL DE LA ÉTICA MÉDICA





Ética en los servicios de salud

MARIBLANCA RAMOS ROCHA

Panorama general de los servicios de salud en México

México cuenta con una población total estimada por el CONAPO (2017) de 123 millones 518 mil 270 habitantes; de ese total 64 millones 312 mil son hombres y 64 millones 851 mil son mujeres. La distribución sigue siendo la de una pirámide con los siguientes grupos etarios: 27% son menores de 14 años; 18% entre 15 y 24 años; 45% entre 25 y 59 años y 10% son de 60 años o mayores. En el 2017 el total de la población mundial se calculaba en 7 600 millones, y se cree que para el 2030 se llegará a 8 700 millones; los países que ocupan los primeros lugares son China e India a los que les corresponde 1 300 millones de personas, es decir 37% del total. México es el décimo país más poblado del mundo.(INEGI 2016).

La expectativa de crecimiento poblacional en México en el 2009 de acuerdo con el informe de la CONAPO era de 120.9 millones para el 2030, misma que ya se rebasó. Lo anterior es el resultado de la disponibilidad de recursos tecnológicos, el aumento de la expectativa de vida calculada para el 2016 de 78 años para las mujeres y 73 años para los hombres en promedio.

En México existen 4 354 hospitales de los cuales 1 182 son públicos y 3 172 privados. De los públicos 718 atienden a la población sin seguridad social y el

resto a la población con seguridad social. Alrededor de 86% son hospitales generales y el resto cuentan con alguna especialidad. (OCDE) Los datos de los recursos de salud actualizados de la Dirección General de Información en Salud del año 2015, con respecto a las camas de hospital censables y no censables son: para el ISSSTE 6 981 y 3 778; IMSS 32 535 y 14 928; IMSS propera 2 556 y 1 375; Pemex 969 y 490; Secretaría de la Defensa 2 250 y 546; Secretaría de Marina 853 y 428; Secretaría de Salud 38 356 y 28 914; Servicios Médicos Estatales 2 171 y 1 090 Servicios Médicos Municipales 68 y 15; Universitarios 841 y 439; DIF 23 y 2 respectivamente. México ocupa el penúltimo lugar entre los 34 países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuanto a camas disponibles para el tratamiento de pacientes en hospitales. Japón ocupa el primer lugar con 13 camas por cada 1 000 habitantes, seguido por Corea del Sur con 10 camas, Alemania 8. Las cifras de México son 2.4 médicos, 2.8 enfermeros y 1.5 camas por 1 000 habitantes. Los últimos lugares son Colombia y México. A pesar de ello se cumplen con los estándares mínimos recomendados por la OMS. México gasta 5.8 del PIB en salud, menos del promedio de la OCDE.

De acuerdo al Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) los médicos que se encontraban en contacto con pacientes en el 2015 eran 218 162; médicos generales 48 265; médicos familiares 19 589; enfermeras generales 294 915. (CONEVAL 2015). Médicos en el sector público 191 942; enfermeras 287 807 Médicos en el sector privado 75,906 enfermeras 45 397 (INEGI 2013)

Las cifras de la población afiliada a los servicios de salud en México son: 47.8 millones en el Seguro Popular; IMSS 37.6 millones; ISSSTE 6.8 millones; ISSSTE estatal 0.9 millones; Pemex, Defensa o Marina 1.0; Seguro de Gastos Médicos Privados 1.1; Población por Seguridad Indirecta 2.2 y sin ninguna atención 25.3 millones (CONEVAL 2012).

Según la OCDE, el Sistema Mexicano de Salud “funciona como un subgrupo de subsistemas que operan de manera desconectada. Las personas no pueden elegir el tipo de seguro, ni el proveedor de servicios, ya que estos son predeterminados por su empleo, público o formal, informal o inexistente”. La tercera parte de los afiliados al IMSS y al ISSSTE se vieron obligados a cambiar de proveedor por modificación de su empleo.

Asimismo, la OCDE sugiere trabajar en tres puntos para lograr un sistema unificado, justo y sustentable, de calidad y servicio que son en primer lugar expandir los convenios para permitir un intercambio de servicios entre el IMSS, ISSSTE y Se-

guro Popular; como segundo punto mejorar la calidad de los servicios, conjuntar los servicios médicos y finalmente crear un sistema de salud preventivo sobre todo para aquellas personas que cambian de trabajo frecuentemente. En primer lugar, la existencia de un intercambio de servicios entre el Seguro Popular, el IMSS y el ISSSTE, con el fin de que se cubra a todos los mexicanos y que se acceda al mismo tipo de nivel de servicio. (OCDE)

Los pagos por el servicio de salud provienen de los habitantes, y continúa siendo muy alto, con relación al promedio de la OCDE, lo cual "refleja dificultades para lograr un sistema de protección efectivo y con servicios de buena calidad. (OCDE).

Los retos que enfrenta el gobierno con los servicios de salud es asegurar el derecho a la salud, la protección social, y contener la presión que significa el aumento de la población y la situación económica en la que se encuentra el país.

Historia del Sistema de Salud en México

Poco tiempo después de la conquista de México en 1521, el sistema de salud adopta las mismas políticas imperantes en España. La edificación de los primeros hospitales arranca unos meses después de que Hernán Cortés tomara control de la ciudad. El primer hospital en la Nueva España fue el de Tlaxpana, seguido por el de la Purísima Concepción conocido también con el nombre de Hospital de Jesús Nazareno en 1524, que aún continúa prestando servicio. Los hospitales se multiplicaron para llegar a un número de doce a mediados del siglo XVII solamente en la Ciudad de México, con lo que cubrían las necesidades médicas de toda la población. Destacan como los principales hospitales: Hospital Real de Naturales, el de San Hipólito, el del Divino Salvador, el Hospital del Espíritu Santo, el del Amor de Dios entre otros y el Hospital de San Andrés antecesor inmediato del Hospital General.

Durante tres siglos el gobierno español vigiló el desempeño de sus médicos a través del Protomedicato. Con la Independencia de México, se reestructura el sistema de salud. El primer cambio es la creación del Consejo de Salubridad fundado en 1814 y reorganizado en 1819, y la desaparición definitiva del Protomedicato en 1832, para dar paso a la nueva era de medicina en México. La Junta de Beneficencia Pública se hizo cargo del manejo de los hospitales.

Con las Leyes de Reforma, se abolió la propiedad de la Iglesia, por lo que hospitales, orfanatos y asilos quedaron a cargo del gobierno federal. En 1879 el

Consejo Superior de Salubridad del Departamento de México toma autonomía y se inician cambios importantes en la higiene del país como la redacción e implementación de un Código Sanitario.

El presidente Porfirio Díaz, asesorado por Eduardo Liceaga y el Consejo Superior de Salubridad, se dan a la tarea de la modernización de los servicios de Salud. El primer paso fue la salida de los grandes hospitales del centro de la ciudad a lugares salubres. En 1905 se construye el Hospital General de México, y en 1910 el Manicomio General de la Castañeda.

La Revolución mexicana significó una pausa en la atención de la salud y el avance científico. La implementación de las garantías sociales y la relación obrero patronal de la Constitución de 1917 se dan más tarde. En el artículo 123 de la Constitución aparecen los seguros de vida, invalidez, accidentes de trabajo, y se establecen las cajas de seguro popular "para infundir e inculcar la previsión social".

El movimiento social, político y económico del mundo representado por el paro de más de 30 millones de trabajadores en los EUA y la revolución comunista en la URSS, dieron paso a una organización diferente de los servicios de salud. La medicina estatal contemplaba la responsabilidad y la atención médica desde el Estado integrado al presupuesto de salud. La Seguridad Social estaba conformada por un financiamiento 50% por parte de los empleadores de servicios, 25% por los obreros, y el resto del Estado. Este modelo es adoptado rápidamente en Latinoamérica; en 1943, en México se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A partir de 1940 se crean los Institutos Nacionales de Salud y los hospitales de especialidades médicas iniciando con el Hospital Infantil, el Instituto Nacional de Cardiología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas Dr. Salvador Zubirán. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velasco Suárez. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Ismael Cosío Villegas, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Pediatría, Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Medicina Genómica, Instituto de Geriátría, Instituto Nacional de la Transfusión sanguínea, cuyo fin era la atención de la más alta calidad en salud. Instituto Nacional de Oncología. Más tarde en 1960 se daría atención a los trabajadores del Estado Mexicano a través del ISSSTE. (Barquín, Chávez, Viesca, Arriola).

En 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo.

En 1982-1983 el presidente Miguel de la Madrid Hurtado incorpora el derecho a la protección a la Salud. En 1984 se expide la Ley General de Salud

donde la Secretaría de Salubridad y Asistencia cambia su nombre a Secretaría de Salud. (Tapia, 2017)

Desde 1990 se crea la red de la Dirección General de Hospitales de Referencia, los cuales son reorganizados por el Programa Sectorial de Salud 2007-2012: Hospital General de México (1905); Hospital Manuel Gea González (1947); Hospital Juárez del Centro (1847); Hospital de la Mujer (finales del siglo XVI-1957) y el Hospital Nacional Homeopático (1893). En 2006 se reestructura la Secretaría de Salud. (Bidart Ramos, 2000)

Creación de la COFEPRIS (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), como un órgano desconcentrado, se da dentro de una política pública de salud y de regulación sanitaria. (Arriola)

En el 2003 se crea por la Ley General de Salud, el Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular, eminentemente de carácter financiero que tenía como objetivo disminuir los gastos en salud de la población más pobre y vulnerable de nuestro país.

En la actualidad, en el año 2017 el sistema de salud en México se encuentra organizado en dos amplios sectores; el gubernamental o público y el privado. El Público comprende el IMSS; ISSSTE; Pemex; SEMAR; SEDENA, y la Secretaría de Salud, junto con el Seguro Popular y el privado que incluyen a las aseguradoras, médicos que trabajan en forma privada.

Ética en los servicios de salud

La ética es la base que sustenta las obligaciones morales de la institución de salud en cuanto al ejercicio profesional de la medicina, que tiene como fin aumentar la eficiencia y la efectividad, con el respectivo aprovechamiento de los servicios disponibles, siempre planteados en beneficio del paciente y con respeto de su autonomía. Incluye todos los factores que garanticen el buen cuidado del paciente.

La enfermedad y el padecer limita y vulnera al sujeto, convirtiéndose éstos en la preocupación principal, el interés en el cual giran la familia, la sociedad y la economía superando en ocasiones las dimensiones médicas, políticas y sociales. La enfermedad incrementa la desigualdad y la inequidad. Es allí donde surge la obligación del médico para cuidar en todo momento la integridad corporal, mental y cultural del enfermo, buscando mejorar su calidad de vida. Por ello ha sido prioritario para el gobierno garantizar el derecho a la salud buscando y distribuyendo los recursos de manera eficiente. En México el acceso a los

servicios de salud está contenido en el artículo 73 fracción XVI Constitucional. Del “derecho a la protección de la salud” que dice: “La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.

Tal y como lo menciona el doctor Octavio Rivero Serrano en las consideraciones finales de su último libro, “existe un cambio en el paradigma del ejercicio médico. Durante siglos la atención del enfermo se dio dentro de un marco de confianza y contacto personal. El uso de la tecnología en el diagnóstico y en el tratamiento propiciaron el aumento del costo del acto médico y la intervención de terceros”. Es innegable el cambio en la organización de la atención para la salud, —aquí me refiero a los servicios de salud institucionales y no al ámbito personal—.

Como consecuencia las normas que rigen la buena conducta del médico ahora son impuestas por las instituciones de atención de la salud, públicas y privadas, que modifican las dimensiones de la relación médico-paciente y que se limitan al cumplimiento de los Códigos como sinónimo de una buena práctica clínica.

El Código de Conducta del Servidor Público de la Secretaría de Salud en su página Web, propone una guía como referencia del comportamiento esperado y aceptado para su personal. Los principales valores como trabajador son: el respeto, la responsabilidad, la colaboración, el compromiso, la vocación de servicio, el orgullo y la integridad. Se destaca el trabajo en equipo, como docente e investigador, la actualización permanente —el aprender y dominar nuevos conocimientos—, el compromiso con la docencia y la investigación de acuerdo con las exigencias y prioridades de su jornada laboral. El equipo de salud también es representante de la Institución, entendido con esto que el personal no podrá anteponer sus intereses a las labores propias de la institución, el no aceptar retribuciones, y hacer del conocimiento de la autoridad la participación con otros centros laborales. Dentro de la ética también se contempla el comportamiento del personal en relación a los pacientes y familiares partiendo de la idea que el enfermo es un agente vulnerable por el padecer, los familiares y los responsables legales no tienen “siempre la presencia de ánimo para comportarse con amabilidad”, por lo que el médico y sus colaboradores tienen la obligación de dar un trato cordial y amable, brindar consejo, y propagar hábitos saludables. (Código de Salud de SS).

Los códigos de ética siempre presuponen la existencia de un equilibrio entre las autoridades de la institución, el personal de salud y los usuarios. Se propone respetar al individuo brindándole un trato igualitario o de excelencia, es decir con dignidad. Promoviendo en todo momento la autodeterminación y la libertad para la toma de decisiones. El comportamiento del médico se puede resumir en

el respeto a la ley, los derechos de los pacientes y la dignidad humana; proporcionar servicios médicos de calidad con responsabilidad, beneficencia y compasión; mantener la confidencialidad y participar en actividades que mejoren su práctica, a través de la actualización continua que se deviene en una obligación (Pérez Tamayo).

El trabajador en salud por lo tanto debe ser portador de valores, esperando un comportamiento intachable hacia la Institución, los compañeros de trabajo y los pacientes. El doctor Ruy Pérez Tamayo hace referencia en su trabajo de "Ética médica, salud y protección social" sobre el Código de Ética de la Asociación Médica Americana (AMA) como representativo de los códigos contemporáneos.

Para dar una idea de la importancia del tema, y lo mucho que se ha escrito acerca de él, se realizó una búsqueda sistemática en las redes médicas. De acuerdo al título, resumen, palabras clave y otras revisiones se encontraron con las palabras: Servicios de Salud y ética y bioética un total de 1 090 489 artículos, a esta revisión se le agregaron los parámetros de calidad de vida, directivas avanzadas y conflicto de interés. En la red de PUBMED se encontraron 6 598 trabajos con esas palabras claves.

De lo anterior surge una gran preocupación respecto a la ética en los servicios de salud, describir como una gran brecha que se encuentra entre la teoría y la práctica. En ninguno de los códigos consultados se habla del cuidado hacia el profesional de salud. Ya que no pueden ser considerados ni los derechos ni las obligaciones que tienen los servicios de salud con los pacientes, sin cuidar la relación entre ambos a través de los prestadores de servicios.

Es evidente que existe una escisión de los ideales de los códigos éticos y la realidad que se vive a diario. Los servicios de salud en las instituciones se encuentran saturados, el IMSS registra diariamente un promedio de atención de cerca de 490 mil consultas, 327 mil son de medicina familiar, 57 mil de urgencias, 79 mil de especialidades. (Informe IMSS), el ISSSTE 50 500, y los consultorios de farmacias¹ registran diariamente 9.75 millones.

Comenzaré por cuestionar cuáles serían los deberes y las obligaciones que tendrían los médicos en un servicio de salud saturado ¿Será posible que el médico cumpla con el deber moral de "... escuchar con paciencia, atención, compasión al paciente y a sus familiares...", "...explicarles con claridad y lenguaje sencillo, tantas veces como sea necesario, todo lo concerniente a su enfermedad

¹ Existen 28 mil farmacias en el país de las cuales 13 mil cuentan con el consultorio. De acuerdo a Cofrepris 73% pertenece a cadenas nacionales o autoservicio y 27% a farmacias particulares.

y a su pronóstico...”, dentro de una consulta que tiene una duración promedio de 10 a 15 minutos? ¿Podrá dar atención oportuna cuando existe un rezago de 8 900 cirugías en el IMSS? Acaso el médico puede actualizarse y participar en la docencia cuando sus jornadas laborales son de más de 10 horas de trabajo, sin contar el desempeño de otras actividades para incrementar su sueldo.

Y más allá, nos preguntaríamos si con el crecimiento estrepitoso de la población en México se pueden subsanar las deficiencias en la atención de los servicios de salud. Al hablar de la ética médica se ha dejado a un lado la ética de tipo administrativa, que nos confronta con una realidad poco deseable.

Uno de los graves problemas que han surgido en los últimos años y que debe ser comentado es sobre la atención primaria de la salud en manos de particulares que promueven sus farmacias. Diariamente en estos sitios se atienden 8.33% de la población mexicana, a los cuales no se les da seguimiento, no tienen un expediente clínico, poco se sabe de sus antecedentes familiares y de sus antecedentes patológicos, el objetivo de la consulta es sólo evitar el congestionamiento y la dilación en la consulta. Y si el panorama no fuera complicado, es a partir de las restricciones a la venta de medicamentos que se incrementaron significativamente las consultas.

En el Plan Estratégico para mejorar la atención de la población del IMSS (2016), el doctor Mikel Arriola Peñalosa propuso algunas soluciones a los problemas que atraviesa la institución. El objetivo es aumentar 40% la capacidad de los quirófanos ya que se tienen 8 900 cirugías en espera; la contratación temporal o permanente de médicos residentes recién graduados para incrementar la atención; la modificación de los días de descanso de cirujanos y/o el pago de horas extras. Sobre las consultas en urgencias es reducir el tiempo de espera en cinco minutos. Se ha liberado a ocho millones de consultas por medio del programa de receta resurtible, además de la eliminación del pase de videncia para jubilados y pensionados y la ampliación de servicios digitales. La unifila para servicios de consulta toma alrededor de 58 minutos hasta una hora y diez minutos de tiempo de espera; lo ideal sería un tiempo no mayor a 30 minutos. La eliminación del pase de entrada obligatorio del IMSS a los menores en guarderías cuando se enferman, por parte de la institución, ha eliminado 1.2 millones de visitas, da la posibilidad que estos niños sean atendidos por un pediatra particular, lo que significa un ahorro al instituto. (Arriola, 2000)

En estos términos es fundamental llamar la atención de la necesidad de la responsabilidad ética del Estado para establecer políticas para la atención primaria de la salud. La obligación del Estado es proporcionar salud a la población,

no sólo es desahogar los servicios congestionados a través de una medicina por dispensarios; es dar el marco de referencia y propiciar que los servicios sean los adecuados.

De una visión ideal de Estado benefactor y promotor de los derechos a la salud y responsable de la atención médica, se ha pasado a un Estado gerencial que pretende administrar la atención de la salud bajo el esquema de una responsabilidad parcial que recae sobre los médicos recién egresados en el caso de las farmacias, de un mal desempeño de actividades cuando se trata de la institución. Asimismo, ha permitido que otras instituciones u organizaciones cumplan con la obligación a la que se comprometió.

¿Qué debe hacer el Estado, la institución, el médico y el paciente? Por parte del Estado proporcionar los elementos adecuados para la atención de la salud, basados en una ética de responsabilidad; subsanar la fragmentación de los servicios de salud; favorecer el ambiente de trabajo digno con condiciones adecuadas reales; brindar protección del médico ante demandas injustificadas, o cubrir la falta de insumos.

La praxis médica debe llevarse a cabo de conformidad a los principios científicos y éticos delineados por las instituciones de salud. La protección de los médicos y de las enfermeras no se puede limitar exclusivamente a la cobertura de los derechos laborales como pensiones para los familiares del trabajador, pensión por vejez, o por incapacidad física o mental proporcionados por el IMSS.

Los médicos también tienen el derecho a expresar su opinión, a la libertad de culto, al ejercicio libre de su profesión, y al respeto de sus garantías individuales por las obligaciones impuestas de su lugar de trabajo.² El pleno de la Cámara de Diputados aprobó en la Ley General de Salud en el artículo 10 Bis, por primera vez, la defensa de los intereses del médico al promover en la objeción de conciencia, siempre anteponiendo los intereses del paciente. En la ley mexicana de Asociaciones Religiosas y de Culto Público, queda prohibida la objeción de conciencia, situación que contradice a esta ley. Por otro lado, protege la salud, y es necesario que se cubran los derechos y las obligaciones del acto médico. (Manuell).

² La Comisión Nacional de Bioética expidió el Código de Bioética para el Personal de Salud, el Artículo 28 menciona: «El personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, de sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales, cuando se oponga a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia».

Más allá de los códigos cual sería la dimensión de un servicio que el punto final es el beneficio, promover las condiciones de salud que le permitan tener una calidad de vida adecuada.

Referencias

- Arriola Peñalosa, Mikel (2017). "Salud, seguridad social en el marco de la Constitución. El caso del Instituto Mexicano del Seguro Social". En Secretaría de Salud, *Memoria y perspectiva de las Secretarías de Estado*. Biblioteca Constitucional INEHRM Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. pp. 435-482.
- Arriola Peñalosa, Mikel (2000). "La regulación sanitaria". En *La salud en México. Oportunidades y retos*. Edición y producción Pinacoteca. México: Secretaría de Salud. pp. 118-125.
- Barquín, Manuel (2001). *Historia de la Medicina*. Octava edición. México: Méndez Editores SA de CV. pp. 259-274; 275-292; 331-346.
- Bidart Ramos (2000). "Hospitales Federales de referencia". En *La salud en México. Oportunidades y Retos*. Edición y producción Pinacoteca. México: Secretaría de Salud. pp. 58-80.
- Código de Conducta del Servidor Público de la SA. Secretaría de Salud. dgrh.salud.gob.mx/AcercaDe/CODIGODECONDUCTADELASSA.pdf
- Coneval. Estimación del número de afiliados por el CONEVAL. www.coneval.org.mx/informes/Evaluación/Impacto/ Acceso%20y%20Uso%20 efectivo.pdf. Recuperado el 30 de octubre del 2017.
- Chávez, Ignacio (1997). *México en la cultura médica*. Libros. Edición conmemorativa. Obra 2. México: El Colegio Nacional. Secretaría de Salud, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. pp. 1-187.
- El sistema de salud mexicano, una historia de casi 60 años. www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html
- INEGI. Estadísticas sobre esperanza de vida en [www//cuentame.inegi.org.mx/población/esperanza.aspx?tema=p](http://www.cuentame.inegi.org.mx/población/esperanza.aspx?tema=p). Consultado el 2 de noviembre del 2017.
- Manuell Lee, Gabriel, Sotelo Monroy, Gabriel, Casa Madrid, Octavio. La objeción de conciencia en la práctica del médico <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no49-3/RFM49310.pdf>
- Narro-Robles, José, Rodríguez-Domínguez, José, Viesca-Treviño, Carlos, Abreu-Hernández, Luis Felipe (2004). "Ética y salud. Retos y reflexiones". *Gac Méd Méx*, vol. 140, núm. 6, pp. 661-666.
- OCDE. Presentación del Estudio sobre el Sistema Mexicano de Salud 2016. Palabras de Ángel Gurría, Secretario General, OCDE 6 de enero de 2016. Ciudad de México, México (As prepared for delivery) <https://www.oecd.org/centrodemexico/presentacion-del-estudio-sobre-el-sistema-mexicano-de-salud-2016.htm>

- Pérez- Tamayo, Ruy (2005). "Ética médica, salud y protección social". *Salud Pública de México*, vol.47, núm. 3, mayo-junio. pp. 245-251.
- Rodríguez, Ruth. Farmacias arrebatan consultas del sector salud. <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion-mexico/2014/farmacias-arrebatan-consultas-al-sector-salud-986292.html>
- Rodríguez Suárez, Romeo, Masilla Olivares, Armando, Díaz Jiménez, María Juana. (2000) "Institutos Nacionales de Salud". En *La salud en México. Oportunidades y retos*. Edición y producción Pinacoteca. México: Secretaría de Salud. pp. 24-54.
- Ruíz Medina, Manuel Idelfonso. "Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México" http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/mirm/secretaria_salud.html pdf Secretaría de Salud. Recursos. www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/darecursosogobmx.html recuperado el 30 de octubre del 2017.
- Tapia Conyer, Roberto y Motta Murguía, Lourdes (2017). "Bases y modalidades para el acceso a los servicios de Salud". En Secretaría de Salud, *Memoria y prospectiva de las secretarías de Estado*. Biblioteca Constitucional INEHRM Centenario de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. pp 411-434.
- Torralba, Francisc. Introducción. *Ética para profesionales de la salud. Guía práctica*. México: Comité de ética de SAR . Fundación SAR y el Comité de Ética de SAR ma dulce Fontanals Edita: Depósito legal: sar B-25085-2011 www.gruposar.es
- Viesca, Carlos y Manuell Lee, Gabriel (2000). "Acciones en los servicios de salud". En *La salud en México. Oportunidades y retos*. Edición y producción Pinacoteca. Secretaría de Salud. pp. 13-20.

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"

Bioética médica: el rescate de la dimensión humana del paciente

CARLOS VIESCA TREVIÑO
MARIBLANCA RAMOS ROCHA
JESSICA HAYDEE GUADARRAMA OROZCO

La bioética médica es la respuesta de la profesión médica a la crisis que ha marcado la evolución de la atención de la salud durante el último siglo en particular. Cambios radicales en los conceptos definitorios de la enfermedad y, por ende del quehacer médico, pasando de los modelos humoral, iatrogénico y iatrofísico al anatomopatológico primero, para luego ir incorporando el fisiopatológico, el microbiológico, el inmunológico, el biológico molecular, el genómico..., todos ellos íntimamente ligados al desarrollo de la tecnología.

El proceso que así delineamos es el que conduce a la medicina a hacerse científica, entendiéndose con ello adoptar y adaptar su quehacer a los criterios definitorios de ciencia desarrollados por la civilización occidental a partir del siglo XVII. Esta tendencia bien se puede resumir trayendo a colación la anécdota de Laplace, quien se refiere que al recomendar a un médico amigo suyo para ser aceptado en la Academia de Ciencias y ser interpelado con la pregunta de ¿por qué un médico en la Academia, si los médicos no son científicos?, contestó que era precisamente para que lo fueran siendo. El hecho es que los médicos aceptaron el reto y la historia de la Medicina de entonces acá narra como parte sustancial ese proceso de convertirse en científica y los médicos en científicos. Lo que ha sucedido en el transcurso de estos dos siglos y cuarto, marca un desarrollo desmesurado del conocimiento médico y en éxitos radicales en el tratamiento y control de numerosas enfermeda-

des, así como en una notable disminución de las tasas de mortalidad y un también asombroso incremento de la expectativa de vida al nacer.

Ya lo señalaba Thomas Sydenham a fines del siglo XVII, al insistir en que “no hay enfermos sino enfermedades”, poniendo al conocimiento de la enfermedad como objetivo primordial del ejercicio de la medicina. No resulta extraño pensar que el enfoque del saber médico se centró en el conocimiento de la enfermedad, de las enfermedades. Pero tampoco lo es el que el enfermo, el ser humano enfermo pasó a segundo término. Queja constante en estos dos siglos ha sido la deshumanización de la medicina. Recordemos simple y sencillamente lo expresado en nuestro medio por médicos como Ignacio Chávez, clínico de altos vuelos, pionero de la cardiología en América Latina y constante impulsor del humanismo como pilar de una correcta atención médica o como Raoul Fournier, hombre de exquisito trato con sus pacientes, gastroenterólogo distinguido y director de nuestra Facultad de Medicina. Carlos Véjar Lacave publicaba en 1959 un libro bajo el título de *Deshumanización de la Medicina*, el cual expresa la misma protesta que treinta años después haría Petr Skrabanek en *La muerte de la medicina humana* (Skrabanek, 1999). Este último hace una llamada desesperanzada a evitar que el totalitarismo de una salud politizada y convertida en obligación y hace eco del riesgo de que la medicina se torne en una profesión “dominante” en términos de imposición ideológica que conlleva a un “higienismo” a ultranza y a la práctica de una medicina coercitiva, la cual por definición, no puede ser ética. El ser humano enfermo se diluye en una visión utópica de una sociedad sana. Sin embargo, Ruy Pérez Tamayo considera a la deshumanización de la medicina como un pseudoproblema de la ética médica, aduciendo que el problema no es lo que en realidad la sustitución de la realidad humana del paciente por datos duros que conducen al establecimiento de procesos diagnósticos y terapéuticos, sino el que el médico sea ineficiente (Pérez Tamayo, 2002:119-128). Anecdóticamente podríamos recordar lo que en su momento, se dijo de Dupuytren, al caracterizarlo como el mejor de los cirujanos y el peor de los hombres.

Ahora bien, esta medicina centrada en la enfermedad entraña una consecuencia que resulta funesta, la consistente en que su dimensión ética sea reducida a una ética médica limitada a la obtención de un conocimiento actualizado y su adecuada puesta en práctica en términos de ajustarla a éste, invistiendo en que aun los principios éticos habitualmente incorporados en los códigos de ética médica no son específicos de la medicina (Pérez Tamayo, 2002:131). Paul Hoehner ha recalcado que esta postura no está en manera alguna exenta de valores, ya que la objetividad y la neutralidad ante los valores y creencias de los enfermos y

los integrantes de su medio sociocultural constituyen la posibilidad de una mejor toma de decisiones (Hoehner, 2006:341 y ss). Esto, el conocimiento actualizado, evidentemente es un pilar fundamental para la existencia de la medicina, pero no es suficiente. El que alguien sepa medicina, así sea un médico científico en el más pleno sentido de la palabra, no trae consigo el que sea un buen médico y menos aún un médico bueno.(Goic, 2000:44-53).

Estas consideraciones nos llevan a recordar la importancia y dimensión de la conjunción de lo que hoy en día se denomina ciencia y arte, la *techné* de los médicos hipocráticos. Esta acepción de *techné*, como saber, saber hacer, hacerlo con excelencia y saber para qué se hace, significa ni más ni menos que la integración en el quehacer del médico de un conocimiento actualizado, claro está dependiendo de sus condicionamientos históricos y culturales; del saber llevarlo a la práctica buscando hacerlo con arte, lo cual implica pericia, elegancia, belleza en una palabra y encuadrarlo en los fundamentos éticos que enmarcan toda acción profesional del médico.

Tal herencia constituye la esencia ética de la medicina. Baste recordar que ha sido transmitida en la tradición médica occidental y se han sumado a ella los correlatos presentes en las tradiciones culturales milenarias que participan actualmente en la configuración de una humanidad global, como son el taoísmo y el confucianismo en China, el budismo y el hinduismo, el islamismo, el judaísmo, las tradiciones mesoamericanas y andinas.

Con altibajos que se han repetido a lo largo de los siglos, esta ética médica, a la que continuaremos llamando hipocrática en honor de la tradición que la define, ha sido el marco referencial válido a través de veinticinco siglos y su olvido operativo durante el último siglo y medio, su limitación a la práctica de una buena ciencia, es lo que ha motivado la necesidad de revivir teorías y principios éticos y apropiarse, desde la medicina, de un sustancial porcentaje del pensamiento bioético (O. Rivero, 2009:143).

Orígenes de la bioética

El término bioética, acuñado por primera vez por Fritz Jahr en 1929, cobró valor a fines de los años sesenta de ese mismo siglo, cuando Van Rensselaer Potter, investigador de la Universidad de Wisconsin enfrascado en el estudio de sustancias citotóxicas y su efectividad en el tratamiento del cáncer, lo trajo a colación para significar una sabiduría que encauzara los nuevos conocimientos y los incesantes avances

tecnológicos hacia una actitud ética ante todo y responsable ante los resultados indeseables de acciones humanas sobre los seres vivos y el medio ambiente que les rodea, e influye perjudicialmente sobre ellos al ser alterado (Potter, 1970, 1971). Él mismo haría explícita la intención subyacente a la elección del término al asentar en su "Presidential Adress" dirigida a los oncólogos y publicada en *Cancer Research* (Potter, 1975), que había elegido el *bios* para representar la ciencia de los seres vivientes, y el *ethos* para a su vez representar el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Si bien en su primer artículo publicado en *Perspectives of Biology and Medicine* y en su libro, *Bioethics, a bridge to the future*, presentaba a la bioética con la pretensión de ser ésta una ciencia y representar un paso en la evolución del universo hacia la noósfera, la reificación del pensamiento puro, su objeto inmediato se reducía a la biósfera, el espacio propio de los seres vivientes como los conocemos ahora, con la apertura a la visión de una indispensable toma de conciencia en cuanto a los efectos indeseables que pueden resultar de prácticas encaminadas a obtener ventajas para las sociedades humanas y que resultan en deterioro en los más diversos sentidos. Sin embargo, la concepción de Potter en cuanto a la necesidad de una responsabilidad ética ante la utilización de las posibilidades hechas accesibles gracias a los avances científicos y tecnológicos, enfocada fundamentalmente a problemas del medio ambiente, pronto se modificó dirigiéndose a considerar problemas de índole médico (Potter, 1970 y 1971). No se hicieron esperar noticias espeluznantes, comparables a los experimentos con seres humanos llevados a cabo en la Alemania Nazi y en otros países durante la Segunda Guerra Mundial, como fueron la producción de sífilis experimental y la observación de su "historia natural" sin administrar tratamientos que ya eran entonces disponibles a población negra y pobre en Tuskagee, revelado en 1972, o la de hepatitis viral en niños con síndrome de Down, casos ambos bien conocidos (Lolas, 1999:16-23; Jonsen, 1998:146-148).

La bioética se medicalizó, como afirmó atinadamente Octavio Rivero (2009:65), pero lo hizo en varios sentidos. En primer lugar incorporó una gran cantidad de problemas y dilemas provenientes del campo de la medicina. Albert Jonsen, en su excelente estudio sobre la historia de la ética médica, hace una breve revisión de los principales acontecimientos que motivaron que la medicina recordara la indispensabilidad de una conciencia ética y no sólo de una moral social y enlistada, iniciando con el Juicio de Nüremberg en 1947 y culminando con la toma de conciencia de la epidemia de SIDA en 1983, eventos que han sido significativos para formar un campo disciplinario, la bioética médica, distinguible por pleno derecho de lo que se ha dado en llamar bioética ambiental y aun macrobioética

(Jonsen, 2000:99-114). Llama la atención que los casos clínicos que evoca son siempre aquéllos que dieron lugar a lineamientos jurídicos bien definidos, casos ejemplares, lo que significa que el centro de atención continuó un tanto cuanto ajeno a la persona enferma, para enfocarse en aspectos que originaran parámetros de protección de convenciones dentro de la moral social.

No es extraño que los grandes temas de la bioética médica sean los de los problemas relacionados con el inicio y del fin de la vida y la definición consecuente de persona humana, con relevancia en temas como el aborto y la eutanasia. Cabe señalar que el motivo que llevó a dos grandes personalidades, Daniel Callahan y James Drane, a la bioética fue la prohibición del uso de los recién descubiertos anticonceptivos por parte de la Iglesia católica, en la que ambos militaban en altos niveles jerárquicos.

A fin de obtener una visión panorámica de las primeras décadas del desarrollo de la bioética son recomendables los textos de Corrado Viafora, *Vent'Anni di Bioetica* (1990) y de Sandro Spinsanti, *La Bioetica. Biografie per una disciplina* (1995), cuyo análisis sale del marco de este trabajo.

Modelos de pensamiento bioético

A poco de la propuesta de Potter surgió la necesidad de definir qué teoría o teorías éticas tomar como base para identificar, plantear, analizar, discutir y poder ofrecer, desde la ética propuestas razonablemente adecuadas con vías a la solución de los problemas que atañen a esta disciplina. Desde los primeros momentos prácticamente todos los autores que abordaron estos temas coincidieron en que la responsabilidad moral en esos momentos, era el valor/virtud que había que privilegiar. El título mismo del discurso ya citado de Potter a los oncólogos lo señala: responsabilidad y humildad. Responsabilidad en cuanto a lo que se hace y humildad en el sentido de reconocer el inmenso nivel de incertidumbre existente en cuanto al conocimiento de los procesos biológicos y su verdad, que se tiene que reconocer cada vez más como provisional, y por lo tanto, relativa.

Desde esos primeros tiempos, el ser responsable y humilde se enmarcó en los términos establecidos por la ética médica tradicional, la hipocrática, planteándose, desde luego, que las condiciones de la atención de la salud eran ya muy diferentes de las existentes en tiempos del maestro de Cos, y por lo tanto, no podrían ser tomadas al pie de la letra, pero sí como referente simbólico de un deber ser, de una deontología, y de la reflexión ética subyacente a ella (Jouanna,

1995:59-60). Actuar siempre en beneficio del enfermo y nunca actuar en contra de la naturaleza, concebida ésta como una fuerza esencialmente curativa, y mantenido antes que nada no dañar, quedaron establecidos como los principios rectores de la acción médica. A ellos se debió que el Juramento Hipocrático se convirtiera, en su versión ginebrina, en el código deontológico médico de la Organización Mundial de la Salud y en referente internacional en estos últimos setenta años. A ellos se refirieron los autores que, como John Fletcher (1966) o Paul Ramsay (1970), comenzaron una década antes del nacimiento de la bioética como tal a traer a colación la urgencia de rescatar la dimensión ética de la medicina en la práctica cotidiana.

Muy conocido y más trillado es el Principialismo, teoría ética que descansa en el recurso a principios éticos que se toman como elementos *prima facie* para dirigir y regular la toma de decisiones. *Principles of Biomedical Ethics*, de Thomas Beauchamp y James Childress, cuya primera edición data de 1979, obra que se ha convertido en el referente prácticamente universal de la bioética médica y que, como se ve, no ostenta la palabra bioética en su título (Beauchamp y Childress, 2001). Esta corriente de pensamiento ético ha adoptado cuatro principios *prima facie*, los dos ya mencionados y los de autonomía y justicia, provenientes del pensamiento ilustrado del siglo XVIII y de la tradición anglosajona derivada de ellos y cultivada en los Estados Unidos de Norteamérica. Diego Gracia propone la reducción a dos de los principios *prima facie*, quedándose con los de no maleficencia y justicia, siendo los otros dos secundarios en relación con ellos, marcan una tendencia franca hacia el cuidado y protección de las personas enfermas (Gracia, 1989:99, 182, 285), en tanto que la escuela danesa, derivada de la filosofía de Paul Ricoeur, prioriza como elementales los principios de la protección de la vulnerabilidad, la integralidad y la dignidad (Kemp *et al*, 2000). Otros autores, en este caso Daner Clouser, Charles Culver y Bernard Gert, han insistido en que la bioética debe basarse no en principios sino en una moral común (Clouser y Gert, 1990; Clouser, 1995; Gert, Culver, Clouser, 1997).

Una visión enfocada hacia el mayor bien común, acorde a los principios de Bentham y de Stuart Mill, el Utilitarismo, representa una de las tendencias principales de la bioética contemporánea y por ende de la bioética médica. Identificada con autores de la talla de Tristram Engelhardt y de Peter Singer, se ha enfocado, en el caso del primero al empleo de los principios como herramientas para poder establecer juicios éticos y tomar decisiones ante las más variadas circunstancias y situaciones (Engelhardt, 1996). En el caso de Singer, la orientación es buscar una bioética no antropocéntrica, y en cierto sentido apoyar la

adquisición de una mayor libertad para la toma de decisiones en relación con la vida propia y un respeto mayor hacia las de los demás, incluyendo entre ellos a los animales con una responsabilidad que concierne a nosotros los humanos (Singer, 1993).

De mayor trascendencia, desde nuestro punto de vista, es la adopción de teorías axiológicas y de ética de la virtud como fundamentos de una bioética más preocupada en resolver problemas derivados del significado del actuar éticamente –en este caso bioéticamente– y de abarcar una dimensión humana lo más integral posible del sentido o falta de sentido que pueda representar la pérdida de la salud o la adquisición de un estatuto de enfermo en la vida de un ser humano. Virtudes y valores van de la mano y ofrecen la perspectiva de contemplar la formación ética de los individuos que asumen el papel de agentes morales y más aún de aquellos que emprenden la reflexión ética acerca del contenido y las consecuencias de sus actos. En este grupo de pensadores no podemos dejar de mencionar a Eric Cassell, a Alfred Tauber, a Diego Gracia y al propio Engelhardt, (Cassell, 1991; Gracia, 1999; Tauber, 1999, 2005).

En cierto sentido se puede hablar no sólo de teorías bioéticas, sino de la naturaleza de la preocupación ética predominante y aun de la forma de emplear los conceptos como herramientas para establecer juicios morales y éticos en las tomas de decisiones.

La bioética médica en la clínica

Un gran interés en la dimensión ética de la clínica es uno de los más importantes resultados del naciente pensamiento bioético. Se pasa a través de ella de la dimensión bioética ya no de las ciencias médicas básicas, sino de su aplicación en la vida diaria del médico. Aparece ahora el enfermo como elemento capital de la tríada hipocrática. Las ciencias básicas ofrecen el conocimiento último –en el momento, claro está–, pero la clínica obliga a considerar al paciente, quien padece, y convertirlo en enfermo al poder identificar y nombrar la enfermedad que padece (Goic, 2009:84-100; 2012:36-50; Pérez Tamayo, 2002:133-165).

Bien señalaba Pasteur Valéry Radot, nieto de Louis Pasteur, que “Existe sólo una medicina, la medicina única, la medicina verdadera, la medicina clínica” (Cruz-Coke, 2009). Pero ya la exploración clínica y la misma historia clínica habían venido reduciendo la dimensión personal del paciente para dar lugar a las manifestaciones de la enfermedad, y no se necesita mucha imaginación para darse

cuenta que los avances en los medios accesibles para llegar al diagnóstico y los fundamentos científicos que entraña éste, han conducido paulatinamente a una clínica que borra la presencia y centralidad del enfermo para dar lugar a la enfermedad como elemento dominante, si no es que único. En un treno por la clínica desfalleciente, que pierde el empleo de la palabra y el de los sentidos para ser sustituida por medios artificiales, tecnológicos, que permiten hacer inferencias a distancia, el grupo de pensadores médicos convocado por Dominique Lecourt, no aboga por la presencia del paciente por sí mismo, sino como portador de datos diagnósticos que serán detectados por la perspicacia del médico (Couturier *et al*, 2009). Mas ¿Es la identificación de la enfermedad el fin último de la medicina? ¿Debe el diagnóstico limitarse a ello?

La clínica es, sin lugar a dudas, componente esencial de la medicina, la única medicina, como afirmaba Valéry Radot. Se le puede seguir a lo largo de la historia y a través de los estudios etnográficos de las medicinas del mundo como un común denominador que, podemos pronosticar, estará vivo mientras viva la humanidad y los humanos recurran a sus médicos. Sin clínica no hay medicina. Curiosamente, sin ciencia sí la puede haber. Han existido y existen otras formas de conocimiento, formas no válidas para nuestra medicina científica experimental y biológico-molecular, pero que han permitido establecer diagnósticos, clasificar las enfermedades y llevar a cabo tratamientos más o menos fallidos y otros más o menos exitosos. Mucho de este conocimiento se ha ido incorporando a la medicina científica actual. Pero, no se debe olvidar que la clínica, aun bien llevada a cabo, bien puesta en práctica, puede y debiera ser un factor deshumanizante en el contexto de una medicina centrada en la enfermedad.

Se hace, pues, indispensable un componente más para que la medicina tome la dimensión que le es indispensable. Este es el componente ético. No el establecido y limitado por la moral social, sino el que implica una reflexión profunda acerca de lo que significa la enfermedad para los seres humanos, sanos y enfermos.

De hecho se ha despertado un creciente interés por diversos temas relativos a la bioética médica en la clínica. Buena parte de ellos se ha enfocado en el diagnóstico, pero de igual o mayor magnitud son los que abordan temas específicos cuyo componente principal es lo que se refiere a la práctica o no de abortos, de la eutanasia, del suicidio asistido, de los trasplantes, de las técnicas de reproducción asistida, a los cuidados paliativos, entre muchos otros (Altamirano *et al*, 2006, 2009; Valdés, 2009). Pero falta insistir, insistir seriamente en las inmensas carencias bioéticas de la clínica cotidiana, que se ha tornado en secamente institucional, burocratizada, y en biologicista.

Los fines de la medicina

La precisión y ampliación de los fines de la medicina es algo urgente como contenido de una primera reflexión con miras a establecer qué es lo que la medicina en su dimensión de atención de la salud requiere de la bioética y, a su vez, la bioética necesita de la medicina, a fin de lograr una buena interacción que enriquezca a ambas en su dimensión disciplinar y favorezca una mejor y más humana e integral atención de los pacientes, tanto como individuos como en su carácter de componentes de un grupo social y partícipes de creencias, formas de pensar y conocimientos.

El tema no es nuevo y ha sido abordado desde muy diversos ángulos. Lo que aquí nos interesa es señalar que a lo que nos referimos con fines, y es por eso que no se habla en este caso de metas, es individualizar hacia qué logros se dirigen los esfuerzos de la atención médica. Siendo conscientes de que la salud completa es utópica y sería entrópica, consideramos conveniente destacar como fines, en primer término, el mantener al individuo o al grupo en cuestión en las condiciones de salud basales que les hacen considerarse sanos, promover la salud mediante acciones dirigidas a mejorar dichas condiciones basales, prevenir en la medida de lo posible en enfermar y el deterioro físico y mental, curar las enfermedades cuando es posible, controlar aquellas que no son curables, paliar las molestias provocadas por estas últimas. Hasta aquí vamos acordes con la visión biomédica actualmente imperante.

¿Qué se debe agregar? Aliviar el sufrimiento del paciente y su núcleo familiar y social, acompañarles en el proceso del padecimiento y de los estudios y tratamientos que conlleva, consolarles ante lo inevitable de una enfermedad crónica y ante un estadio terminal, no terminando la atención y el acompañamiento hasta después de la muerte, buscando evitar las muertes prematuras y el que la muerte, cuando inevitable, sea en paz (Hanson y Callahan, 1999:1-54; Lolas, 1997). Todo esto implica un cambio sustancial en los contenidos de la atención médica y, por lo tanto, en las exigencias éticas tanto para quien o quienes atienden como para el enfermo. Dicho cambio se puede caracterizar como el giro de una medicina centrada en la enfermedad a una medicina centrada en el enfermo, dejando por sentado que esto no implica el desconocimiento de la enfermedad ni de los más actualizados recursos disponibles, sino la suma a la búsqueda del mayor beneficio para la persona. Ahora bien, aquí se ha presentado ya históricamente la ruptura que mencionábamos en páginas anteriores: el beneficio consecutivo a curar, controlar, atenuar la enfermedad en términos de su biología, no siempre

coincide con el beneficio definido a través de la consideración de las expectativas del enfermo y de su proyecto de vida. Esto obliga a priorizar dos actitudes intelectuales: 1) No perseguir metas sino fines y 2) Identificar a éstos de acuerdo con una visión esencialista de la experiencia humana particularizada en cada enfermo (Pellegrino, 1983; 1999:63-64).

Los métodos empleados por la bioética para ello, derivan de todos y cada uno de los modelos de pensamiento ético que elijan quienes se vean involucrados en la reflexión bioética previa a la toma de decisiones y de todos aquellos que participen en la formulación de teorías bioéticas. Se pueden tomar como punto de partida los principios bioéticos, las morales comunes robustas, la axiología, la ética de la virtud, el bien común, la hermenéutica, las filosofías de la existencia, incluso las derivadas de cualquiera de los credos religiosos o ideológicos, siempre y cuando estos sean los genuinamente sustentados por el paciente (Childress, 2007).

Hacia un humanismo bioético

Nuestra principal preocupación es que la bioética, de ser una reificación actualizada de la milenaria tradición ética médica, se someta completamente al conocimiento biológico y deje de ser su conductora en el terreno de su adquisición y de sus aplicaciones. Un temor, que pensamos sea bien fundado es que se “medicalice” en el sentido de perder su rumbo. Un segundo riesgo es el auge de la bioética prescriptiva, asociada al derecho positivo, por un lado, y al descansar plenamente en códigos deontológicos que se convierten en guías prácticas minimalistas en las que no cabe el ejercicio del criterio y menos la consideración del beneficio real del paciente.

Hace cerca de medio siglo, Pedro Laín Entralgo teorizaba sobre las dimensiones del arte médico al introducir la realidad humana dinámica en los contenidos esenciales de una antropología filosófica conducente a la personalización del enfermo en cuanto tal (Laín Entralgo, 1984:71 y ss). En una obra anterior, él mismo señalaba como parte de ese proceso de personalización del enfermo el que obligatoriamente el terapeuta entendiera e hiciera de ello un instrumento esencial para ser un profesional en el pleno sentido de la palabra, al cuerpo como fuente de impulsos, como causa de sentimientos, como realidad simbólica y como esencia de la realidad personal (Laín Entralgo, 1973:140-143, 185-212; Engelhardt, 1992). Esto obliga a regresar a la construcción de un saber antropológico que

antecede y subyace a la ética, Laín engloba esto en lo que llama la identidad de la persona, derivada de la idea de sí mismo, de las dimensiones de su empleo de la libertad y de los contrastes entre la definición de la realidad del propio individuo con la realidad externa. Creencia, amor -filia- y esperanza serían los ingredientes indispensables a crear y promover. Un "momento afectivo del acto médico" conduciría a esa amistad médica basada en la capacidad del propio profesional, en la realización de procesos transferenciales siempre anclados en vinculaciones afectivas (Laín Entralgo, 1984:141-156, 363-374).

Bioética médica implica entonces una conciencia clara de las tensiones entre autonomía y libertad del paciente y un paternalismo ejercido con el fin de lograr su real beneficio. Debe adquirir una dimensión biográfica a fin de traer a colación el mayor número de elementos que permitan tener presente siempre la individualidad integral del paciente (Magliozzi, 2006). El vehículo para ello es la relación médico-paciente, la cual asimismo requiere de toda una serie de definiciones no estrictamente técnicas, sino antropológicas, comprendiendo relaciones de poder, ejercicio modulado de autoridad, confianza mutua, respeto y responsabilidad compartida. Los modelos para establecerla pueden estar centrados en el médico, caracterizados como autoritarios y mecanísticas, los legales y contractuales –en dimensión de negocios– centrados en el paciente o los bilaterales, en términos de asociación, de acuerdos y de amistad, *filía* en la dimensión filosófica hipocrático-platónica que le confiere Laín Entralgo (Albarracín, 1983:93-102; Laín Entralgo, 1984:343-361; Gracia, 2001:61-69; Marcum, 2008:27-286).

En esta bioética de la práctica cotidiana de la atención de la salud consideramos que deben tomarse en cuenta principios éticos, la moral social vigente, la cual, por cierto puede y debe ser objeto de reflexiones críticas y de consideración de modificaciones benéficas, valores y virtudes. El fiel de esa balanza debe ser la *Filía*, la amistad médica y el común denominador: la confianza, resultado de tomar en cuenta expectativas y esperanzas.

No deben dejarse de lado ni la dimensión antropológica, ni la fenomenológica y menos aún la existencial. La práctica médica, la de la atención de la salud, deben ser vehículo para la formación ética de los profesionistas que participan en ella, pero también en la de los pacientes y quienes les acompañan en el proceso de atención. Medicina centrada en la persona en su integralidad, medicina promotora de proyectos de vida fincados en las condiciones de salud de los pacientes y en las condiciones profesionales y personales de quienes les atienden.

¿Hacia dónde ir? Hacia una medicina de encuentros continuos entre seres humanos cuyas actividades complementan y enriquecen su realización existencial.

Referencias

- Albarracín, Agustín (1985). "La relación médico-paciente, fundamentos de la ética médica", en VVAA, *Lecciones de bioética*, Valladolid, España, Universidad de Valladolid, 93-103
- Altamirano B., Myriam, Garduño Espinosa, Juan, García Peña, Ma. del Carmen, Muñoz H. Onofre (2006). *Ética clínica. Una perspectiva transfuncional*, México: Corinter.
- Altamirano B., Myriam, Altamirano B., Nlly, Garduño Espinosa, Juan, García Pavón, Juan, Muñoz H. Onofre (2009). *Dilemas éticos en la práctica clínica*, México: Corinter.
- Baker, Robert, Mc Cullough Lawrence, B. (2009). *The Cambridge World History of Medical Ethics*, New York: Cambridge University Press.
- Cassel, Eric (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, New York: Oxford University Press, (1ª ed., 1991).
- Charpentier, Bernard (2009). "La clinique: état des lieux", en Couturier, Danel, David, Georges, Lecourt, Dominique, Sraer, Jean Daniel, Sureau, Claude, *La mort de la clinique?* Paris: Presses Universitaires Francaises, pp.117-133.
- Childress, James F. (2007). "Methods in Bioethics", en Steinbock, Bonnie, ed., *Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford: Oxford University Press, pp. 15-45.
- Clouser, K. Daner (1995). "Common Morality as an Alternative to Principlism", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5, 1995:219-236.
- Clouser, K. Daner, Gert, Bernard (1990). "A Critique of Principlism", *Journal of Medicine and Philosophy*, 15, 1990:219-236.
- Couturier, Danel; David, Georges; Lecourt, Dominique; Sraer, Jean Daniel; Sureau, Claude (2009). *La mort de la clinique?* Paris: Presses Universitaires Francaises, 2009.
- Cruz-Coke, Ricardo (2009). "Presentación", en Goic, Alejandro, *El fin de la Medicina*, Santiago de Chile, ed. Mediterráneo, (1ª ed. 2000), p.13.
- Debré, Bernatrd (1997). *L'illusion humanitaire*, Paris: Plon.
- Engelhardt Jr. H. Tristram (1996). *The Foundations of Bioethics*, New York: Oxford University Press, (1ª ed., 1986).
- Engelhardt Jr, H. Tristram (1992). "The Body as a Field of Meaning: Implications for the Ethics of Diagnosis", en Peset, José Luis, Gracia, Diego, *The Ethics of Diagnosis*, Dordrecht, Boston / London: Kluwer Academic Press, pp.75-78.
- Fletcher, John (1966). *Situation Ethics: The New Morality*, Philadelphia, PA.: Westmister Press.
- Gert, Bernard; Culver, Charles; Clouser K. Daner (1997). *Bioethics: A Return to Fundamentals*, Oxford: Oxford University Press, 1997.
- Goic, Alejandro (2009). *El fin de la medicina*, Santiago de Chile: ed. Mediterráneo, (1ª ed. 2000).
- Goic, Alejandro (2012). *El paciente escindido*, Santiago de Chile: ed. Mediterráneo.
- Golub, Edward S. (1996). *Los límites de la medicina*, Santiago de Chile: ed. Andrés Bello, (1ª ed. 1994).

- Gracia, Diego (1989). *Fundamentos de bioética*, Madrid: ed. EUEDEMA.
- Gracia, Diego (2001). *Bioética clínica*, Bogotá, Colombia: ed. El Buho, 2001.
- Gracia, Diego (1999). "What Kind of Values? A Historical Perspective on the Ends of Medicine", en M. Hanson y D. Callahan, eds., *Goals of Medicine: The forgotten Issue in Health Care Reform*, Washington, D.C.: Georgetown University Press, pp. 88-100.
- Hanson, Mark J. y D. Callahan, Daniel (1999). eds., *Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care Reform*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 1999
- Hoehner, Paul (2006). "The Myth of Value Neutrality", *Virtual Mentor*, 8, 2006:341-344.
- Jonsen, Albert (1998). *The Birth of Bioethics*, New York / Oxford: OUP.
- Jonsen, Albert (2000). *A short History of Medical Ethics*, New York / Oxford: OUP.
- Jouanna, Jacques (1995). "La naissance de l'art médical occidental", en M. Grmek, dir., *Histoire de la pensée médicale en Occident*, Paris: ed. du Seuil, pp. 25-66.
- Kemp, Peter, Rentdtorff, Jakob, Mattsson Johansen, Niels (2000). *Bioethics and Biolaw*, 2 vols., Copenhagen: Rhodos International Science and Art Publishers.
- Laín Entralgo, Pedro (1975). *La medicina actual*, Madrid: Seminarios y ediciones, 1975.
- Laín Entralgo, Pedro. *La relación medico enfermo*, Madrid: Revista de Occidente,
- Laín Entralgo, Pedro (1984). *Antropología Médica para clínicos*, Barcelona: Salvat.
- Lecourt, Dominique (2009), "Le corps évité", en Couturier, Daniel, David, Georges, Lecourt, Dominique, Sraer, Jean Daniel, Sureau, Claude, *La mort de la clinique?* Paris: Presses Universitaires Francaises, pp.13-18.
- Lolas, Fernando (1997). *Más allá del cuerpo*, Santiago de Chile: Ed. Andrés Bello.
- Lolas, Fernando (1999). *Bioethics*, Santiago: Chile, Editorial Universitaria.
- Lolas, Fernando (2003). *Bioética y Antropología Médica*, Santiago de Chile: Mediterráneo ed. (1ª ed. 2000).
- Marcum, James A. (2008). *An Introductory Philosophy of Medicine*, Springer.
- Magliozzi, Pietro (2006). *De la salud biológica a la salud biográfica*, Santiago de Chile: ed. De la Universidad Católica de Chile.
- Pellegrino, Edmund D. (1983). "Moral Choice, the Good of the Patient and the Patient's Good", en Shelp, E.E., ed., *Virtue and Medicine*, Dordrecht, Holland: D. Reidel Publishing Co.
- Pellegrino, Edmund D. and Thomasma, David C. (1987). *For the Patients Good. The Restoration of Beneficence in Health Care*, New York: Oxford University Press.
- Pellegrino, Edmund, D. (1992). "Value desiderata in the Logical Structuring of Computer Diagnosis", en Peset, José Luis, Gracia, Diego, *The Ethics of Diagnosis*, Dordrecht, Boston / London, Kluwer Academic Press, 1992, pp.173-195.
- Pellegrino, Edmund D. (1999). "The Goals and Ends of Medicine: How they are to be defined?". En Hanson y D. Callahan, eds., *Goals of Medicine: The forgotten Issue in Health Care Reform*, Washington, D.C., Georgetown University Press, pp. 55-68.

- Pellegrino, Edmund D. (2001). *Physician and Philosopher*, Essay by Edmund Pellegrino, edited by R.J. Bulger and John P. Mc Govern, Charlottesville, USA: Carden Jennings Publishing Co.
- Pérez Tamayo, Ruy (2002). *Ética médica laica*, México: El Colegio Nacional/Fondo de Cultura Económica.
- Peset, José Luis y Gracia, Diego (1992). *The Ethics of Diagnosis*, Dordrecht, Boston / London: Kluwer Academic Press.
- Potter, Van Rensselaer (1970). "Bioethics, the Science of Survival", *Perspectives in Biology and Medicine*, 14, 1970:127-153.
- Potter, Van Rensselaer (1971). *Bioethics, Bridge to the Future*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- Potter, Van Rensselaer (1975). "Presidential Adress. Humility with responsibility. A bioethics for oncologists", *Cancer Research*, 1975, 36:2097-2099.
- Ramsey, Paul (1970). *The Patient as Person*, New Haven: Yale University Press.
- Rivero Serrano, Octavio y Durante Montiel, Irene, eds. (2009). *Tratado de Ética Médica*, México: ed. Trillas.
- Sass, Hans Martin (1992). "Diagnosing the Eleven Month Pregnancy: Soe Aspects of Mral and Cultural Foundations of Medical Judgment", en Peset, José Luis, Gracia, Diego, *The Ethics of Diagnosis*, Dordrecht, Boston / London: Kluwer Academic Press, pp.153-162..
- Sicard, Didier (2009). "Le fin de la parole", en Couturier, Daniel, David, Georges, Lecourt, Dominique, Sraer, Jean Daniel, Sureau, Claude, *La mort de la clinique?* Paris: Presses Universitaires Francaises, pp.19-28.
- Singer, Peter (1993). *Practical Ethics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Skrabaneck, Petr (1999). *La muerte de la medicina con rostro humano*, Madrid: ed. Díaz de Santos, (*The Death of Human Medicine*, 1ª ed. 1994).
- Spicker, Stuart (1992). "Ethic's in Diagnosis: Bodily Integrity, Trust-Telling and the Good Physician", en Peset, José Luis, Gracia, Diego, *The Ethics of Diagnosis*, Dordrecht, Boston / London: Kluwer Academic Press, pp. 102-121.
- Spinsanti, Sandro (1995). *La Bioetica. Biografie per una disciplina*, Milano: Franco Angeli ed.
- Tauber, Alfred (1995). "From the Self to the Other: Building a Philosophy of Medicine", en Grodin, M.A., ed., *Meta Medical Ethics: The Philosophical Foundations of Bioethics*, Dordrecht: The Netherlands, Kluwer, pp. 158-195.
- Tauber, Alfred (2005). *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*, Cambridge, Mass.: MIT.
- Tealdi, Juan Carlos, coord. (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética*, Unesco / Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / Universidad Nacional de Colombia.
- Valdés, Edith, ed. (2009). *Ética clínica. Una visión internacional para América Latina*, México: Grupo Ixel editores.
- Véjar Lacave, Carlos, (1952). *La deshumanización de la Medicina*, México: LibroMex, eds.
- Viafora, Corrado (1990). *A cura di, Vent' Anni di Bioetica*, Roma: Fondazione Lanza / Gregoriana Librería Editrice.

¿Hay algún dilema ético, con la legalización de la marihuana?

HÉCTOR FERNÁNDEZ VARELA MEJÍA
GABRIEL RIVERO GONZÁLEZ

La posibilidad de legalizar el consumo de marihuana o *Cannabis sativa* es un tema que se ha venido discutiendo en las últimas décadas y la argumentación a favor de establecer dicha legalización, se basa sobre todo en la hipótesis de que esta iniciativa reduciría el comercio ilegal, al menguar las utilidades que actualmente se obtienen y por tanto desalentar la lucha de poder entre las organizaciones criminales y de éstas contra las fuerzas del Estado Mexicano. Adicionalmente en un segundo plano, se pretende evitar los daños a la salud que se derivan de su consumo.

De unos meses a la fecha han surgido voces en su mayoría de personas calificadas como expertos en el tema y en derechos humanos a favor de la legalización. Con estos argumentos ante la Suprema Corte de Justicia, concedió a los promoventes el amparo para el consumo recreativo de esta droga psicoactiva y casi simultáneamente concedió el amparo a quienes solicitaron medicamentos a base de cannabinoides para el tratamiento de algunas patologías rebeldes a los medicamentos aprobados por la Secretaría de Salud.

Ha sido muy interesante cómo se ha ido modificando tanto la opinión de los expertos como, en general, la opinión de la sociedad mexicana a favor de legalizar el uso terapéutico de la marihuana e incluso su consumo recreativo. Así mismo, se ha modificado la posición de las autoridades incluyendo la Presidencia

de la República que de un rechazo a la legalización, pasó a presentar ante las Naciones Unidas una serie de conclusiones que comprenden diez puntos torales de los que me interesa destacar los siguientes:

Atender el tema mundial de las drogas desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Este cambio de fondo, implica modificar el enfoque eminentemente sancionador, para reconocer a las personas, sus derechos y su dignidad.

El consumo de drogas debe atenderse esencialmente, como un problema de salud pública, toda vez que constituye una amenaza para el desarrollo pleno de las personas, especialmente de niños y jóvenes. La adicción a las drogas debe atenderse con mecanismos de prevención y soluciones terapéuticas integrales, no con instrumentos penales, que criminalizan a los consumidores y dañan el desarrollo de su personalidad.

Se deben sumar esfuerzos internacionales, para prevenir el consumo de las drogas, mediante una campaña orientada a niños y jóvenes, a nivel global. Proteger a los miembros más vulnerables de las sociedades, garantizando que conozcan los efectos nocivos asociados al consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Asegurar la disponibilidad y un mejor acceso de las sustancias controladas para fines médicos y científicos, evitando al mismo tiempo, su desviación, uso indebido y tráfico. Esta propuesta se deriva del amplio debate nacional sobre el uso de la marihuana, al que convocó el Gobierno de México, con expertos, académicos y representantes de la sociedad civil.

Haciendo un paréntesis en esta discusión me parece interesante revisar históricamente el empleo de esta planta *Cannabis sativa* a lo largo de la evolución de las sociedades humanas.

Cannabis Sativa

Origen

El hombre y el cannabis han mantenido una estrecha relación a lo largo de los siglos. Las evidencias arqueológicas permiten hacer una propuesta del lugar y fecha donde se originó, aunque resulta difícil establecerlo con exactitud.

Los investigadores han propuesto tres lugares de origen del cannabis:

1. Los primeros restos encontrados del uso de este cáñamo como fibra ha sido en China, así como la más antigua muestra de papel de la historia, que contiene fibras de cannabis. Algunos de los primeros registros del uso del cáñamo provienen también de este país. Se han encontrado antiguos tratados de medicina china que distinguen ya entre *ma fen* (semilla psicoactiva) y *ma tze* (semilla no psicoactiva).
2. La región colindante al desierto de Takla Makan (China) ha sido propuesta como cuna de esta planta, que desde aquí podría haberse extendido fácilmente hacia tres direcciones: al Este hacia China, al Sur hacia la India y al Oeste hacia Europa.
3. A lo largo de las estribaciones de cannabis en la cordillera del Himalaya y las montañas del Hindú Kush (Sharma 1979). La gran diversidad de variedades y usos milenarios del cannabis en esta zona hacen que ese sea el probable origen de esta planta.

Existen evidencias referentes al cáñamo halladas en contextos arqueológicos fechados: semillas de marihuana, granos de polen, fibras, impresiones, etc. Las investigaciones sugieren que el cannabis fue una de las primeras especies vegetales en ser cultivadas controladamente por el hombre, una actividad que se inició entre el 12000 y el 10000 a.C.

Hay pruebas del uso de semillas y aceite de cannabis como comida en el 6000 a.C., y de su uso como fibra para confeccionar productos textiles ya en el 4000 a.C.

Es hasta 2737 a.C. cuando encontramos el primer registro escrito sobre el uso medicinal del cannabis dentro de la farmacopea de Shen Nung, uno de los padres de la medicina china.

Evolución del cultivo de cannabis

A través de los siglos y desde Asia, el cannabis se extendió hacia Oriente Medio, Zoroastro ya lo clasifica como la más importante de entre 10 000 plantas medicinales 700 a.C. En 1150, los musulmanes construyeron el primer molino de papel en Europa; la mayor parte del papel fabricado durante los siguientes 850 años será de hecho a partir de cannabis.

En 1753, Carl Linnaeus clasificó el cáñamo como *Cannabis Sativa L.*, mientras que en 1783, Jean Baptiste de Lamaarck añadió una segunda especie, el *Cannabis Indica*.

Hernán Cortés pidió a la corona española que enviara cáñamo a la Nueva España. Es así que durante el año de 1530, las primeras semillas de la hierba son traídas por Pedro Cuadrado de Alcalá. Posteriormente fue introducido a otras colonias españolas (Perú y Chile) y dos años después la Segunda Real Audiencia autorizó el cultivo de la marihuana en todo el territorio que había sido conquistado. En el siglo XVII los ingleses empezaron a cultivarla en Virginia.

La planta *Cannabis Sativa*

El nombre científico de la planta es *Cannabis Sativa L.*, y la *L.* se refiere a Linnaeus, quien la describe por primera vez y le dio el nombre botánico.

Es una planta herbácea, presenta tallos con hojas opuestas en la base del tallo y alternas en el resto y flores pequeñas, en inflorescencias cimosas.

Farmacología de la marihuana

Vías de administración

Los cannabinoides se pueden administrar por diferentes vías, aunque la más común es la inhalación tras combustión, al fumar un "porro", que puede estar o no mezclado con tabaco.

Al inhalar el humo del porro a determinadas dosis, se inhalan sustancias cancerígenas y otras tóxicas.

En el caso del cannabis, la vía con mejor biodisponibilidad es sin duda la inhalada, vía respiratoria. El efecto se obtiene en muy poco tiempo tras la inhalación. Si se usa un vaporizador competente, la vía es limpia, no hay combustión, no hay derivados tóxicos ni cancerígenos provenientes de ésta.

Se puede administrar cannabinoides generalmente disueltos en etanol para absorción intraoral, a través de la mucosa de la cavidad bucal.

Los avances en el campo de la investigación para usar el tetrahidrocannabinol (THC) como medicamento han llevado a desarrollar supositorios, parches, cremas y geles de cannabis.

Con fines terapéuticos se han utilizado otras vías y formas de administración de cannabis como son:

- Ocular.
- Sublingual.
- Dérmica.
- Oral.
- Rectal.

Metabolismo

El tetrahidrocannabinol se metaboliza de manera rápida en los seres humanos; dependiendo de la vía de incorporación de la marihuana, se producen diferentes patrones de absorción, metabolismo y excreción del THC. Después de fumar, el metabolismo inicial de la THC se lleva a cabo en los pulmones.

Las más altas concentraciones de THC en el plasma se logran de 10 a 30 minutos después de su administración. El inicio de los efectos se presenta de 30 a 60 minutos después y el efecto máximo se alcanza entre dos y tres horas.

Una vez que el THC abandona la sangre y pasa a los tejidos, se desarrolla la formación de metabolitos activos con tendencia de unirse a las proteínas de la sangre y permanecer por periodos prolongados en tejidos adiposos. El THC y sus metabolitos se liberan lentamente para reingresar a la sangre.

La capacidad de fijación a los tejidos grasos explica el fenómeno de la tolerancia que se asocia al consumo crónico de cannabinoides.

En los sujetos que consumen en forma crónica la marihuana, la vida media del THC puede ser de tres a cinco días.

La eliminación de los metabolitos del THC se efectúa mediante la excreción con las sales biliares por las heces y otra parte por la orina.

Efectos en el Sistema Nervioso Central

Las dosis orales de 20 a 25 mg de Delta-9-tetrahidrocannabinol (DELTA9 THC) o un cigarro con 2% de éste, produce efectos sobre el estado de ánimo, cuadro de euforia, mejoría de la memoria y la coordinación motora, dificultad para ubicarse, acción relajante y alivio de la tensión y la autopercepción. Los usuarios también mencionan que aumenta el placer por las experiencias ordinarias como son: el comer, escuchar música, conversar y tener relaciones sexuales.

Alteraciones cognitivas, perceptuales y psicomotoras

De manera experimental en estudios se pudo observar que la administración por vía intravenosa de Delta-9-tetrahydrocannabinol (DELTA9 THC), llegó a producir durante un tiempo de aproximadamente 10 minutos, síntomas psicóticos, desrealización, alteraciones de la percepción del tiempo, ansiedad y fatiga.

También se puede llegar a presentar alteraciones perceptuales, cambios afectivos, síntomas psicóticos leves.

Los usuarios de Delta-9-THC cursan con déficits la función motriz y alteraciones en la memoria, la atención y otras funciones mentales.

Sistema cardiovascular

- Aumento de la frecuencia cardiaca.
- Aumento de la presión arterial diastólica.
- Hipotensión ortostática.

A nivel pulmonar

Los sujetos que usan marihuana, suelen tener tos y flemas a diario, bronquitis crónica y asma. El uso continuo de marihuana puede llevar al funcionamiento anormal del tejido pulmonar, debido al trauma y destrucción.

En el trabajo presentado por la doctora Maríblanca Ramos, sobre Discapacidad y Abuso de Drogas, en este Seminario, hizo mención a los daños que puede ocasionar el consumo de la marihuana y con esto, síntomas y patologías tales como:

- Sensación de apatía y depresión.
- Durante la adolescencia duplica el riesgo de padecer depresión y ansiedad en la edad adulta.
- El uso crónico de la marihuana en la adolescencia predispone a la aparición de impulsividad, agresión, poca motivación, psicosis, paranoia, depresión, ansiedad, ataques de pánico, alteraciones en el coeficiente intelectual, y un riesgo más alto de suicidio.

Patrones de consumo

Consumo. Autoadministración de una sustancia psicoactiva, legal o ilegal.

Consumo ligero de marihuana. Empleo de marihuana intermitente, espaciado por días, semanas e incluso meses.

Consumo perjudicial. El término se introdujo en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para hacer referencia al patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud.

Consumo recreativo de marihuana. A diferencia del uso medicinal, el usuario consume marihuana con fines hedónicos.

Dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos que pueden desarrollarse tras el consumo repetido de una sustancia psicoactiva, ya sea legal o ilegal. Normalmente, estos fenómenos comprenden un poderoso deseo de consumir la droga, la pérdida del control de su consumo, a pesar de las consecuencias perjudiciales; dar mayor prioridad al consumo de la droga que a otras actividades, un aumento de la tolerancia y una reacción de abstinencia física cuando se deja de consumir la droga.

Consumo a nivel internacional

Existen diversas fuentes de información sobre el consumo de drogas. Dentro de las más relevantes están los observatorios continentales, donde América cuenta con la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), y cada año se presenta el Reporte Anual de la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (ONUDD).

Se estima que casi una cuarta parte de la población adulta de la Unión Europea, 80 millones de personas, la han consumido. Los niveles de consumo varían de unos países a otros, desde un tercio de los adultos en Dinamarca, Francia y el Reino Unido a menos de uno de cada 10 en Bulgaria, Grecia, Chipre, Hungría, Portugal, Rumanía y Turquía.

Esta droga ilegal es la más consumida en todos los grupos de edad. Se estima que 14.6 millones de europeos jóvenes de 15 a 34 años, 11.2% de este grupo de edad consumieron cannabis en el último año, siendo la cifra correspondiente de 8.5 millones entre 15 a 24 años (13.9%).

Es cada vez mayor el número de países con datos suficientes de encuestas para hacer un análisis estadístico de las tendencias a largo plazo del consumo de cannabis entre adultos jóvenes de 15 a 34 años. En Dinamarca, Finlandia y Suecia pueden observarse tendencias al alza del consumo de cannabis durante el último año entre adultos jóvenes, aunque con diferentes niveles de prevalencia.

En Alemania, Francia y el Reino Unido, la tendencia en la última década ha sido estable o en descenso, tras los aumentos observados con anterioridad. España notifica también la prevalencia más baja de la última década.

Consumo a nivel del continente Americano

Según datos aportados en 2013 por la Oficina de las Naciones Unidas Contra las Drogas y el Delito (UNODC), en el año 2011, 50 millones de americanos entre 15 y 64 años de edad, habían informado haber utilizado cannabis en el último año.

En el caso del área de Norteamérica, fue la que presentó las prevalencias más altas (10.7%), en tanto que el Caribe y Centro América informaron prevalencias bajas de 2.8% y 2.6%, respectivamente.

La Organización de Estados Americanos (OEA) en su informe de 2013, sobre drogas, comunicó que en algunos países como México, la prevalencia del uso de marihuana en el último año es inferior a 1% de la población de 15 a 64 años, mientras que en otros supera 14%.

La OEA y la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), en 2011, señalaron que en todos los países donde se cuenta con información del consumo de marihuana en población general, las tasas de uso en el último año son mayores entre los varones con relación a las mujeres.

Adicionalmente, es importante reconocer que en los Estados Unidos de Norteamérica, la utilización, venta y posesión es ilegal bajo la ley federal. Sin embargo, hay 20 estados donde el uso médico de la marihuana está permitido y en los estados de Colorado y Washington, está permitido el uso recreativo.

Consumo en México

México es un país con bajo nivel de consumo de drogas ilícitas, comparado con otros países, pero la marihuana es la de mayor número de consumidores, se calcula que 80% del total del uso de drogas ilícitas es de cannabis.

Para conocer el panorama del consumo de marihuana en nuestro país, haremos referencia a las Encuestas Nacionales de Adicciones (ENA 2002, 2008 y 2011) y la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 (ENCODE 2014).

La ENA del año 2011 puso de manifiesto que el consumo de cualquier droga alguna vez en la vida, ya sea legal o ilegal, tuvo un incremento significativo en comparación a la ENA 2002. Así tenemos que en 2002, 5% de la población había consumido una droga, mientras que para 2011, la encuesta en cuestión alcanzó 7.8%

Es importante acotar en este momento que casi 80% de los sujetos que reportaron el consumo de drogas ilegales a lo largo de la vida, son usuarios experimentales y de estos sólo 16% han empleado la sustancia en más de cinco ocasiones.

Es necesario hacer la referencia que en casi todas las encuestas que se realizan, la marihuana resultó ser la droga con mayor prevalencia de consumo.

Diferencias según la Encuesta Nacional de Adicciones entre los resultados de los años 2002 y 2008.

- La prevalencia de consumo de marihuana en 2008 se incrementó.
- En la población de 12 a 65 años el cambio fue de 0.6 a 1.0%.
- Entre los adolescentes de 12 a 17 años, la prevalencia aumentó al doble en los varones pasando 0.9 a 1.7% y en las mujeres se incrementó de 0.1 a 0.8%.

Entre 2008 y 2011, las diferencias fueron:

- Se presentó una tendencia al alza en el uso de la marihuana de 1.0 a 1.2% en la población en general y en la población urbana 1.2 a 1.4%.
- La prevalencia en hombres de 18 a 34 años pasó de 2.4 a 3.4% y de 2.7 a 3.8 en la población general y urbana, respectivamente.
- El incremento de marihuana entre los adolescentes no presentó cambios entre 2008 y 2011.
- La edad de inicio del consumo de marihuana en promedio se encuentra en 18.8 años.

En la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014: Reporte de Drogas. Los resultados de esta encuesta muestran que la marihuana es la droga de principal consumo tanto en secundaria como en bachillerato.

La prevalencia alguna vez de esta sustancia, alcanza a 10.6% de los estudiantes (6.1% en secundaria y 18.1% en bachillerato) y es responsable de 62% del consumo de drogas ilegales y médicas en esta población. 17.2% de los estudiantes de secundaria y bachillerato han consumido alguna vez alguna droga; casi dos terceras partes de esta prevalencia es por consumo de marihuana. De cada 10 usuarios, 7 son usuarios experimentales; es decir, consumieron sustancias entre una y cinco veces.

El consumo sigue siendo más frecuente en los hombres, aunque la distancia se ha reducido, por cada seis consumidoras, hay siete hombres que reportan consumo. El mayor índice de consumo se observa en los estudiantes de mayor edad, entre aquellos que tienen 18 años y más, 36.2% ha consumido drogas y dos de cada cinco usuarios de este grupo de edad, las usa regularmente.

Los datos del informe 2015 del Observatorio Interamericano de Drogas, señalan que la prevalencia en el último año de marihuana en secundaria y bachillerato de México, es menor que la de Estados Unidos, Canadá, Belice, Costa Rica, Argentina, Chile y Uruguay; pero mayor que otros países como Honduras, el Salvador, Panamá, Brasil, etc.

Informe Mundial Sobre las Drogas 2015

Finalmente, es importante conocer el Informe Mundial Sobre las Drogas 2015, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODD).

Las consecuencias para la salud del consumo de drogas ilícitas siguen siendo de gran preocupación a nivel mundial, pues la gran mayoría de los consumidores siguen sin tener acceso a tratamiento.

Según este informe, el consumo de cannabis está aumentando y sigue siendo elevado en África occidental y central, Europa occidental, central y Oceanía, así como en América del Norte, donde los datos más recientes indican que ha aumentado la prevalencia de consumo de cannabis en los Estados Unidos.

También existen indicios de que el número de personas que necesitan tratamiento por consumo de cannabis se ha incrementado en la mayoría de los continentes. Los datos que se disponen permiten apreciar un alza de consumidores de drogas que padecen trastornos relacionados con el consumo de cannabis,

además, cada vez hay más datos que apuntan a que la marihuana podría ser más perjudicial.

Panorama de las leyes y políticas de las drogas en México

Si bien hasta la fecha en el Congreso de la Unión, no existe una tendencia clara para legislar hacia la despenalización por portar y consumir en pequeñas cantidades, hoy en día existen factores que podrían influir para que México avance hacia una regulación del mercado y consumo de la marihuana:

- La legalización del *cannabis* para uso recreativo en dos estados de la Unión Americana, y
- La regulación del mercado de *cannabis* en el Uruguay, pueden pesar en la opinión pública mexicana.

Las nuevas experiencias internacionales a favor de la regulación del cannabis, los estudios sobre regulación de mercado y consumo, el auge de los clubes sociales de cannabis en varios países y el carácter que ha tomado el debate sobre la legalización de la marihuana en la Ciudad de México, podrían indicar un curso tendiente a una nueva aproximación a su regulación.

Leyes vigentes en materia de drogas en México

La legislación para el control de las drogas en el país, está contemplada en la Ley General de Salud, junto con lo que establece el Código Penal Federal después de las reformas del año 1994. Adicionalmente, en 1996 se creó lo que se conoce como la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada, lo cual tuvo como consecuencia elevar de manera exponencial las penas por delitos que se consideraban haber sido cometidos en asociación delictuosa.

El 21 de agosto de 2009 entró en vigor el decreto que reformó la Ley General de Salud y los Códigos Penal Federal y Federal de Procedimientos Penales a este decreto se le conoce como la Ley de Narcomenudeo, cuyo objetivo es combatir la modalidad del comercio de drogas al por menor. El documento es-

tablece las cantidades máximas de las diversas sustancias que se permiten para el consumo personal.

Las penas se aumentaron para los casos de producción, transporte, tráfico, comercio y suministro; pero la pena por sembrar, cultivar y cosechar disminuyó. Para el consumo la ley establece que: "No se procederá en contra de quien no siendo farmacodependiente, se le encuentre en posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193 por una sola vez y en cantidad tal que pueda presumirse está destinada a su consumo personal" y que "al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico de los señalados en el artículo 193, no se le aplicará pena alguna"; también que todo procesado o sentenciado que fuere farmacodependiente quedará sujeto a tratamiento (Art. 195).

Con lo anterior, queda claro que en México existe la legalización parcial para posesión y consumo de marihuana.

Desde mediados de la década 2000, se han presentado en México varias iniciativas de ley sobre la marihuana, en distintas comisiones parlamentarias, dos en el ámbito local, (el Congreso del Estado de México y la Asamblea Legislativa del Distrito Federal), y cinco a nivel federal (una en la Cámara de Senadores y cuatro en la Cámara de Diputados).

El 7 de noviembre de 2012, se conoció que tres estados de la Unión Americana habían aprobado el consumo de marihuana, dos de ellos con fines recreativos. Este resultado influye en el debate sobre regulación del cannabis en México, lo anterior tuvo como consecuencia el comentario del ex canciller Jorge Castañeda, de que el presidente electo Enrique Peña Nieto debería replantear su estrategia contra el narco. Fue en ese momento cuando el diputado Fernando Belaunzarán Méndez, presentó ante el Congreso la propuesta de ley que permite regular la producción, distribución, venta y consumo de la marihuana, así como la formulación de una estrategia para combatir la adicción. El proyecto contemplaba permisos para plantar la marihuana de consumo personal permitiendo hasta cinco plantas. Los centros de distribución autorizados de marihuana no podrían estar cerca de centros escolares, y las licencias serían autorizadas por la Secretaría de Salud.

En el año de 2013, varios diputados pertenecientes a la Asamblea Legislativa se pronunciaron por impulsar la despenalización del uso de la marihuana en la Ciudad de México. El legislador Vidal Llerenas, se manifestó por regular a los grupos de consumidores para que contaran con espacios seguros, así como sitios donde pudieran realizarse exámenes médicos y suficiente información respecto de los riesgos de consumo.

En ese mismo año el presidente de la Cámara de Diputados, Francisco Arroyo Vieyra, hizo el pronunciamiento a favor de normar la marihuana mediante lo que denominó “controles estrictos de su producción, comercialización y consumo.”

El 13 de febrero de 2014, la Ciudad de México presentó a la Asamblea Legislativa del Distrito Federal y al Congreso Federal de México, respectivos proyectos de leyes que buscaban la descriminalización de la posesión de pequeñas cantidades de cannabis para uso personal. La iniciativa también pretendía poner la protección de la salud, la prevención y el tratamiento como ejes de la política pública, en lugar de la persecución policial a los usuarios de drogas. La iniciativa que se presentará ante el Congreso Federal propone reformar algunas leyes federales para que permitan aumentar la tenencia legal de cannabis de 5 a 30 gramos; la prescripción médica de cannabis, y para que se descentralice el poder de decisión en políticas de drogas dejándolo en mano de los estados.

El día 14 de abril de 2016, el titular del Gobierno de la Ciudad de México, Miguel Ángel Mancera, presentó una iniciativa de reforma a la Ley General de Salud para regular el uso médico del cannabis a nivel nacional.

La propuesta contempla reformas a los artículos 237 y 245, para replantear la clasificación de la sustancia y se considere dentro del grupo de las sicotrópicas con valor terapéutico.

Acompañado por el ex rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Juan Ramón de la Fuente –quien participó en la elaboración del documento–, Miguel Ángel Mancera enfatizó que no se trata de abrir un nuevo debate que podría prolongarse por meses, sino de una propuesta concreta que de aprobarse “sería un logro nacional”.

La propuesta es: Iniciativa de reforma a la Ley General de Salud en dos artículos muy concretos. ¿Para qué? para que se deje de prohibir el uso de la marihuana para efectos medicinales en fármacos determinados.

La iniciativa plantea que las modificaciones a la Ley General de Salud tienen como objetivo “permitir la importación al país de medicinas que contengan extractos de *Cannabis Sativa, indica americana* o marihuana”, para su uso clínico y terapéutico.

Mientras que en el artículo 245 se reclasificaría a la marihuana del Grupo I –que contiene sustancias con valor terapéutico escaso o nulo y que por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema grave de salud pública– al Grupo III, donde se ubican las sustancias de valor terapéutico, pero que constituyen un problema para la salud pública.

Se faculta a esta dependencia para que emita las normas oficiales mexicanas a que deberán sujetarse la importación, portación, prescripción médica, suministro y utilización para fines terapéuticos.

Los autores manifiestan: si ya existen los productos, si se han probado, si están analizados, si son legales en otra parte del mundo, por qué en México van a ser ilegales, por qué aquí se tendrá que buscar una forma subrepticia, por qué tendríamos que traerlo casi de contrabando para poder llevar salud.

“Estaríamos en contra, incluso, de principios de derechos humanos, de principios fundamentales, de tratados internacionales. Me parece que no hay nada que pueda sostener esa argumentación”, sentenció.

El Senado de la República, el 15 de abril del presente año, clausuró los foros sobre las alternativas de la legalización de la marihuana, con lo que abre ahora el proceso legislativo para dictaminar las iniciativas al respecto y de antemano los legisladores le abrieron la puerta al uso del cannabis con efectos medicinales y a subir el gramaje de esta droga para uso personal.

¿Cómo se posiciona México en el debate internacional sobre políticas de drogas?

En el año de 1993. México promovió una iniciativa ante la Organización de Naciones Unidas (ONU), que más tarde se concretaría en lo que se conoce como la UNGASS de 1998 (Sesión Especial de la Asamblea General). La finalidad de México era celebrar una conferencia internacional en el marco de la ONU, con el objeto de discutir aspectos relacionados con la política mundial para las drogas. Entre estos estaban:

- La necesidad de revisión de las convenciones de drogas en lo concerniente a la clasificación del cannabis y de la hoja de coca.
- Opciones de despenalización y las prácticas de reducción de daños que comenzaban a explorar algunos países europeos.

México sugería que había maneras distintas a la que imponía Estados Unidos para abordar el problema:

- Dar más atención a la demanda porque “el consumo de drogas constituye la fuerza generadora de la producción y el tráfico de las mismas”.
- Además, hacía una fuerte crítica a las operaciones antidrogas de Estados Unidos en territorio mexicano y criticaba así mismo, su mecanismo unilateral de certificación.

Nuestro país, censuraba también los “intentos de imponer la hegemonía” y abogaba por un “enfoque equilibrado” en la fiscalización de drogas.

En la sesión especial sobre drogas de la Asamblea General de la ONU 1998 (UNGASS). Se reconfirmó el enfoque prohibicionista y la rigidez de las políticas en vigor, justamente lo que México había cuestionado desde el comienzo. Sin embargo, en el proceso de la conferencia, México y Colombia en particular pudieron expresar ampliamente su frustración con respecto a los desequilibrios inherentes al sistema de fiscalización internacional de drogas, y varias de las ‘responsabilidades del Norte’ pasaron a ser elementos importantes de la Declaración Política y Plan de Acción de la UNGASS de 1998, como:

- La reducción de la demanda.
- El lavado de dinero.
- Los precursores químicos.
- Las drogas sintéticas, y
- El financiamiento para el desarrollo alternativo.

En la Declaración de Cádiz, durante la Cumbre Iberoamericana celebrada en esa ciudad el 16 y 17 de noviembre de 2012, el presidente Calderón junto con todos los mandatarios de la región pide respaldar “... la celebración de una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas, a más tardar en 2015, con el objetivo de evaluar los logros y las limitaciones de las políticas actuales para enfrentar dicho problema, en particular la violencia que generan la producción, el tráfico y el consumo de drogas en todo el mundo... ”.

En el marco de la Cumbre Iberoamericana en Panamá (octubre 2013), el presidente Peña Nieto dijo estar abierto al debate hemisférico para atender el problema del tráfico y consumo de drogas: “Con respecto a la legalización de las drogas, mi gobierno se ha pronunciado en contra, pero también muy abierto a que en el hemisferio, no sólo en México, hagamos un debate amplio que nos permita hacer valoración y revisión de lo que está pasando hoy en el hemisferio y en el mundo entero”.

El 9 de marzo de 2015, el embajador de México ante la ONU, Jorge Montaña, se pronunció a favor de “la regulación internacional del uso libre de la marihuana con fines recreativos”.

La UNGASS sobre drogas, se realizó de 19 al 21 de abril de 2016, en la sede de la ONU en Nueva York, Estados Unidos.

El jueves 21 de abril de 2016, el Ejecutivo Federal, presentó las conclusiones del “Debate Nacional sobre el uso de la marihuana, en éste se identificaron cinco posiciones muy claras”:

- Atender el tema de las drogas con perspectiva de derechos humanos.
- Que el consumo de la marihuana se atienda desde una óptica de salud pública.
- No criminalizar a los consumidores.
- Reforzar las acciones de prevención, y
- Acceso a sustancias controladas para fines terapéuticos y de investigación.

Considerando el resultado del Debate Nacional y las posiciones antes descritas se envió al Congreso una iniciativa de Reforma a la Ley General de Salud y al artículo 195 del Código Penal Federal, para permitir el uso medicinal de la marihuana y ampliar la posesión para uso personal hasta en 28 gramos, sin que ello sea penalizado.

El proyecto de reforma, enviado al Senado, plantea que no se considerará delito la posesión para uso personal de hasta 28 gramos de marihuana, con lo que se evitaría criminalizar el consumo.

Conforme a la iniciativa, se propone permitir la cosecha, preparación, adquisición, posesión, comercio, transporte, prescripción médica, suministro y consumo

de cannabis sativa e índica americana, o marihuana y su resina, exclusivamente con fines científicos y médicos.

Además, ello con el fin de que se pongan a disposición de los pacientes que lo requieran, los medicamentos que se obtengan de dichas sustancias y siempre que se cumpla con la Ley General de Salud y demás legislaciones.

Marihuana medicinal

El término marihuana medicinal (cannabis medicinal) se utiliza generalmente para describir el uso de *Cannabis sativa* como medicamento.

Estudios científicos de algunos de los químicos de la marihuana, llamados cannabinoides, han llevado a la creación de medicamentos aprobados por el Food and Drug Administration (FDA), los cuales contienen cannabinoides. La continuación de estas investigaciones puede llevar al descubrimiento de nuevos medicamentos.

Como la planta de la marihuana contiene químicos que podrían ayudar con el tratamiento de varias enfermedades y síntomas, muchas personas argumentaban en ese momento que la marihuana debe ser legalizada para uso medicinal.

En junio de 2010, la United States National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos), contenía más de 12 000 ejemplos de literatura biomédica relativa al cannabis o los cannabinoides.

El abanico potencial de dolencias y enfermedades tratables con marihuana parece mucho mayor de lo que muchos sospechaban, ya que la investigación sigue descubriendo nuevas aplicaciones. En los últimos años, los estudios quizás más interesantes son los que han descubierto que el cannabis es sorprendentemente eficaz en el tratamiento de varias formas de cáncer.

En nuestro país, se sabe que el uso de la marihuana de manera no oficial con fines medicinales, es frecuente, sobre todo en pacientes con dolor crónico, como el que se presenta en pacientes con artritis reumatoide, esclerosis múltiple y cáncer.

Las investigaciones que se desarrollan en diferentes países para sustentar el uso terapéutico de la marihuana medicinal y sobre todo los ensayos clínicos controlados, permiten afirmar algunas aplicaciones terapéuticas, en sintomatologías o padecimientos como los siguientes:

- Dolor crónico
- Esclerosis múltiple
- Vómito y náusea
- Síndrome de Tourette
- Padecimientos terminales

Finalmente, es oportuno destacar la importancia que el uso de la marihuana ha despertado en la comunidad científica. Actualmente, se desarrollan un sin número de estudios experimentales y clínicos con el objetivo de identificar el uso de la *Cannabis sativa* en algunas patologías:

- Epilepsia
- Glaucoma
- Cáncer
- Diabetes Mellitus
- Trastornos del sueño
- Ansiedad-depresión
- Enfermedad de Alzheimer

Dilemas éticos

Legalización de cannabis para usos terapéuticos Dilemas para autoridades y legisladores

Opiniones a favor

- Un número creciente de autoridades, médicos, directivos de salud, investigadores e intelectuales no tienen objeción al uso terapéutico de cannabis siempre y cuando se llenen los requisitos establecidos por la “lex artis” de la medicina, por la Ley General de Salud y sus reglamentos.
- Existe en México un déficit enorme de drogas para aliviar el dolor, calculado en 19 000 kg anuales. La dosis “per cápita” en México de morfina es de sólo 0.01mg al año contra 6 mg a nivel mundial.

- Por qué se prohíben los fármacos con cannabinoides si está permitido el uso de otras sustancias psicotrópicas con reconocidos daños a la salud y posibilidad de adicción (morfina, fenilefrina, sedantes, etc.)
- La propuesta presidencial amplía las opciones terapéuticas y permite la investigación. (José Narro).
- La legalización se basa en criterios y experiencias médicas y en el respeto a los derechos humanos.
- Declaración conjunta de la Academia Nacional de Medicina (ANM) y Facultad de Medicina de la UNAM: Permitir el uso de cannabinoles en enfermedades cuyo valor terapéutico esté comprobado.
- Sólo autorizar medicamentos que comprueben su seguridad y eficacia. (Mondragón y Mohar).
- Existen medicamentos seguros a base de cannabinoides.
- Las autoridades sanitarias garantizan el control y regulación de la marihuana medicinal.

Opiniones en contra

- Posible incremento de daños a la salud.
- Posible aumento en el número de adictos.
- Aumento de los gastos de atención a la salud.
- Negativa de cualidades terapéuticas de los cannabinoides (OMS).
- Permitir el cultivo y el procesamiento de cannabis puede distorsionarse e incrementar su oferta para otros fines.
- Problemas del control de prescripciones por la autoridad sanitaria como sucede con otros fármacos.

Dilemas éticos en el ejercicio médico

Cuándo optar por un medicamento a base de THC o Cannabinoles.

- A) Falta de respuesta de otros fármacos.
- B) Enfermedades terminales.
- C) Combate al dolor crónico.
- D) Decidir de acuerdo a la experiencia personal.
- E) Ponderar siempre riesgos contra beneficios.

Legalización de cannabis para uso recreativo Dilemas para autoridades y legisladores

Opiniones a favor

- La prohibición no ha disminuido el consumo.
- Los daños a la salud provocados por cannabis son menores y a más largo plazo que los ocasionados por drogas legales (alcohol y tabaco).
- Sentencia de la Suprema Corte de Justicia a favor de los derechos humanos de respetar la decisión personal mientras no afecte a terceros.
- Posibilidad de reglamentar y controlar el consumo.
- Acabar con el mercado negro.
- Disminuir las ganancias del crimen organizado.
- Que el Estado concientice a la población sobre los riesgos para la salud.
- Prohibir terminantemente el consumo en menores de edad.
- Se deberá fortalecer el Programa Nacional de lucha contra las adicciones.

Opiniones en contra

- ⋄ El cannabis ocasiona daños físicos y psicosociales.
- ⋄ La marihuana es adictiva, produce dependencia y por lo tanto adicción.
- ⋄ No existe evidencia de que la legalización disminuya la violencia y la inseguridad relacionada con narcotráfico.
- ⋄ Se incrementan los gastos de atención a la salud.
- ⋄ A mayor disponibilidad mayores posibilidades de consumo sobre todo en adolescentes.
- ⋄ De hecho en México, la posesión de 5 gr. o menos está despenalizada desde 2009, no es necesario cambiar.
- ⋄ Aumentar a 28 gr. puede favorecer el narcomenudeo.

Dilemas para el ejercicio médico

El cannabis ocasiona daños a la salud aun cuando sean menores a los de otras sustancias psicoactivas.

Por tanto, al igual que en los otros consumos de drogas el médico mantendrá su postura de desalentar el uso del cannabis con fines recreativos, aun cuando sea legalizado con mayor amplitud.

El médico propugnará evitar la adicción al cannabis y la desintoxicación de los consumidores y adictos.

www.medicinaysalud.unam.mx klik en: "Temas del Seminario"

Controversias en la certificación de las especialidades médicas

ONOFRE MUÑOZ HERNÁNDEZ

La regulación de la práctica médica que existe en el mundo desde hace casi cuatro mil años, no es exactamente la regulación de las especialidades médicas, que comparadas en el tiempo, su contraste es extraordinariamente impresionante e ilustrativo. La certificación, como obligación de los médicos especialistas en el país, apenas cumplirá 16 meses.

La diferencia entre la regulación de la práctica médica y la regulación de las especialidades puede ilustrarse con el hecho de que el médico general en México todavía no está obligado a certificarse. También el interés por la educación continua de calidad es una referencia en materia de obligaciones entre un médico general y un especialista. Esta reflexión tiene como propósito reiterar la diferencia entre regular a la medicina y regular al médico especialista que invariablemente será requerido por la sociedad.

Si consideramos que la civilización occidental se estableció hace siete mil años y más de la segunda mitad de ellos ha contado con normas que rigen a la práctica médica, es ineludible mencionar hechos y actos que determinaron el desempeño de la profesión, incluso los que encontramos en novelas que relatan hechos históricos como aquella de *Sinuhé, el egipcio* de Mika Waltari.

A pesar de que este texto trata sobre las controversias generadas por la certificación de las especialidades médicas, por lo ya dicho, es importante

mencionar como antecedentes de la problemática de la certificación también, la problemática que ha sufrido la ciencia médica, especialmente en el mundo hispano, dado que de ahí deriva nuestra historia.

Antecedentes

La primera controversia se originó a principios del siglo XVI, entre la medicina de los conquistadores y la medicina de la América indígena, que se presentó por falta de medicamentos europeos, lo que les dio la oportunidad de ofrecer sus curaciones a los nativos. Así fray Bernardino de Sahagún rápidamente distinguió a aquel que para curar hacía hechizos y conjuros dirigidos a los antiguos dioses, de otros cuyas hierbas y ungüentos curaban. Fray Bernardino resolvió la controversia y así durante los primeros años de la Colonia era bienvenida y provechosa la medicina y los médicos indígenas, sin dejar de utilizar a los escasos médicos y medicamentos peninsulares.

La contrarreforma, que da origen al oprobioso Tribunal del Santo Oficio de la Inquisición, significó una vigilancia sobre la ortodoxia religiosa de los médicos, los cuales fueron objeto de interrogatorios y pesquisas, en tanto que los curanderos hierberos y parteras fueron perseguidos y castigados. Así, se supeditó la ciencia a los criterios religiosos del Tribunal, absolutamente alejados del verdadero sentido cristiano.

La controversia descrita en el párrafo precedente se resolvió tras varios intentos para demostrar que México reunía las condiciones para tener una cátedra de medicina con un flujo importante de alumnos que permitió crear en 1578 la "Cátedra Prima de Medicina". Su promotor, el doctor Juan de la Fuente mantendría su consolidación, hasta su muerte en febrero de 1595.

Según relata Carlos Viesca Treviño, sobre la figura que todos los médicos conocemos, esto es, el Protomedicato, este se encargó en España de regular la práctica de la medicina desde 1477, y en sus colonias y posesiones, recién concluida la Conquista. Los ayuntamientos y cabildos designaron protomédicos, entre los más ilustres los doctores Barrera, Pedro López, Cristóbal Méndez, Francisco Bravo, Juan de la Fuente y otros. La controversia se suscita con la presencia de Francisco Hernández, por su nombramiento de protomédico Real, y se resolvió por el virrey que tomó el control de los nombramientos de protomédicos, después de la breve estancia en la Nueva España de Francisco Hernández.

Surgimiento del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas (CONACEM)

El Hospital General de México es sin duda el origen genérico de las especialidades médicas a principios del siglo XX, por el desempeño profesional en la época de médicos a los que hoy les reconocemos sus méritos. Por ejemplo, en la Ciudad de México se celebró el primero y segundo Congreso Mexicano del Niño en los años 1921 y 1923 respectivamente.

Paralelamente, como consecuencia de un interesante trabajo presentado por el doctor Isidro Espinoza de los Reyes en 1922, que marcó el inicio de la cruzada a favor de la atención de la madre y el niño, se propuso, por una parte, la creación de un servicio materno infantil dentro del Departamento de Salubridad Pública, idea que se realizó hasta 1929, y, por otra, la fundación de Centros de Atención Materno Infantil. El primero de estos centros inició sus actividades en el mes de noviembre de ese mismo año con el nombre de "Eduardo Liceaga". De ésta y otras actividades se desprendieron acciones que dieron origen a la Sociedad Mexicana de Pediatría, fundada el 18 de enero de 1930; de esa organización nació la especialidad bien establecida y múltiples aspectos relacionados con la asistencia, docencia e investigación de la misma, todo lo cual le dio reconocimiento y autoridad.

El maestro Espinoza de los Reyes Sánchez nos ilustra respecto de cómo se sucedieron la creación de servicio de especialidades médicas en el Hospital General de México, ya citado. Así se organizaron los pabellones de Cardiología, Urología y Gastroenterología entre otros.

Los anatomopatólogos advirtieron en 1963, la importancia de que para el ejercicio de su especialidad deberían de evaluarse los conocimientos, las destrezas y aptitudes necesarias, de acuerdo con el desarrollo científico y técnico en la materia. Así se constituyeron en una asociación civil que tuvo como propósito autocalificarse, para ejemplo del resto de los médicos que ejercían alguna especialidad. Muchos de los anatomopatólogos eran también académicos de la Nacional de Medicina de México.

El doctor Ignacio Chávez, en el año de 1967, dictó una conferencia donde destacó que:

Durante muchos años en México poco se pensó en obtener grados académicos o certificación de especialidades después de finalizar los estudios profesionales y quizá menos aún en una educación médica continua. Parecía una verdad aprobada que el hombre que había hecho con frutos sus estudios, cualquiera que fuera el tipo, había

sido preparado y educado para toda la vida. Hubiera parecido extraño, salvo el caso de buscar una especialización o un grado académico superior, el pensar en la necesidad de volver a las aulas, ni menos periódicamente, para refrescar o renovar los conocimientos.

Los conceptos del destacado humanista tienen el valor que condena directamente a quien se rediga con lo aprendido durante sus estudios profesionales y no promueve su actualización constante; sobre todo, en ciencias tan cambiantes como la medicina, cuya evolución desde la más remota antigüedad ha sido extraordinaria. Pero también hay que enaltecer a los verdaderos profesionistas que demuestran su calidad actualizando constantemente sus conocimientos para poder servir mejor a quien requiere de sus servicios; que no se conformaban con los conocimientos adquiridos, que se distinguen por sus conocimientos y habilidades y que son ávidamente buscados por sus consejos e intervenciones. Ejemplo de lo anterior debe ser el médico, que existe desde que apareció la enfermedad, es decir desde que existe el hombre; personaje respetado por la comunidad que desde hace muchos siglos frecuentemente se le representaba portando un báculo como símbolo de sabiduría y autoridad.

Los consejos de especialidades continuaron constituyéndose de manera que entre 1965 y 1974, se formaron 15 de ellos. En esos años eran reconocidos y avalados por la Academia Nacional de Medicina de México, ANNM.

El comité de certificación de la ANNM se establece en 1986, para regular las actividades de los consejos ya formados, con la anuencia de estas asociaciones civiles. Su operación era discreta y eficaz.

El maestro Víctor Espinoza de los Reyes, tanto en sus relatos, como en sus escritos da testimonio de los hechos que a continuación se narran:

El presidente –sic– de la República, Carlos Salinas de Gortari, a solitud mía les dio instrucciones a los secretarios de Educación Pública y de Salud para que en aquel mes de febrero tuviesen un diálogo con los médicos de la ANMM. Así el 12 de abril de 1993, se llevó a cabo la reunión, con los secretarios mencionados, en la sala Bernardo Sepúlveda y para mí sorpresa encontré a toda la Mesa Directiva de la Academia Mexicana de Cirugía e imaginé que se concluía otra reunión, pero pronto me di cuenta que el doctor Kumate había invitado a otras personas sin el conocimiento de la Academia.

Habló de un programa de Salud y Educación y dispuso que los presidentes de la Academia Nacional de Medicina de México y Mexicana de Cirugía coordináramos el programa.

A finales de abril de ese año el Secretario de Salud, doctor Jesús Kumate, en audiencia, sugirió que se incorporase al Comité de Certificación, a la Academia Mexi-

cana de Cirugía. Algunos de los miembros del Comité le preguntaron al Secretario las razones o argumentos para apoyar dicha medida, a lo que el Secretario respondió: PORQUE SON MIS AMIGOS.

Formalmente el CONACEM, integrado por las academias Nacional de Medicina de México y Mexicana de Cirugía, así como por los 47 consejos de especialidades certificados, inicia su nueva etapa en 1995, con una Junta de Gobierno que se compone de cuatro vocales designados por la ANMM, de donde saldrá el Presidente, cuatro vocales designados por la Academia Mexicana de Cirugía, AMC, uno de los cuales fungirá como Secretario, y cuatro vocales provenientes de los presidentes de los consejos de especialidades, de donde saldrá el Tesorero.

Regulación oficial o autorregulación

Casi ha pasado desapercibida una controversia que presentó un problema existencial. En el año 2001, el Director General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, SEP, sin contar con las atribuciones requeridas, determinó sujetar al CONACEM a un reconocimiento de idoneidad con requisitos, además de inconstitucionales, inaplicables.

Ante la barrera que significaba la imposibilidad de cumplir con lo dispuesto por la SEP, que pretendía disolver al CONACEM, dado que intentaba que los consejos de especialidades no formasen parte de éste, no se obtuvo el reconocimiento de la autoridad educativa.

Lo anterior, llevó a la comunidad médica a fortalecer la autorregulación, dada la ausencia en el proceso de las autoridades educativas. La medida fue transformar lo que hasta ese momento era un comité originado en la ANMM en una asociación civil, y por lo tanto, en una persona moral, con denominación, objeto, patrimonio, personalidad jurídica y domicilio.

Los médicos del país hicieron valer sus propios controles con base en el acuerdo de voluntades. Así el médico interesado en certificarse acude por decisión propia al Consejo de la especialidad correspondiente; a su vez, el Consejo fue formado por decisión de sus miembros y, también, por decisión de todos los consejos de especialidades y de la Academia Nacional de Medicina de México y Mexicana de Cirugía, se formó el CONACEM como asociación civil. La autorregulación de los médicos especialistas comprendió de 1963 al 1 de junio de 2015.

Consejos y colegios

Tomó tiempo para que el Gobierno, la sociedad, los médicos y los pacientes percibieran la importancia de la certificación médica. La controversia entre colegios y consejos respecto a cuál de estas figuras le correspondía la certificación de los especialistas se resolvió el 13 de enero de 2006, fecha en el que el segundo párrafo del Artículo 81 de la Ley General de Salud (LGS), dispusiera que para el registro de certificados o recertificados de especialidades médicas las autoridades educativas competentes deberían de solicitar la opinión del CONACEM.

El CONACEM y el artículo 5 Constitucional

Quedó atrás la controversia suscitada por una errónea interpretación del artículo 5 constitucional, el cual prescribe que a ninguna persona podrá impedírsele que se dedique a la profesión que le acomode si es lícita. Este artículo agrega que el ejercicio de esta libertad sólo podrá vedarse por determinación judicial y que la ley determinará en cada entidad federativa cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

El texto constitucional señalado, y esgrimido por las autoridades educativas federales y estatales hasta el año 2002, impedían la certificación obligatoria, pues se decía que bastaba el título profesional de médico general y que claramente se atentaba contra la libertad de trabajo.

Fue necesario que el propio Director General de Asuntos Jurídicos de la SEP le comunicara al Director General de Profesiones que las garantías individuales no eran absolutas y debían interpretarse en relación con el interés público según la materia que se tutele. En este caso, se trataba de la atención médica del enfermo que necesariamente requería de un especialista.

Este problema quedó superado en noviembre 22 de 2002.

El CONACEM y el Gobierno Federal

Como sabemos el Gobierno Federal está formado por el Poder Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial. Hoy en día los tres poderes reconocen expresamente al CONACEM. El Congreso de la Unión determinó que las labores del CONACEM

y de los Consejos de especialidades, son de orden público e interés social al incorporarlos en la LGS; la Suprema Corte de Justicia de la Nación declaró constitucional el apoyo del CONACEM a las autoridades educativas y sanitarias y, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal determinó las reglas de la función pública del CONACEM y los consejos.

El CONACEM, supervisa el entrenamiento, las habilidades, destrezas y calificación de la pericia que el especialista requiere en las diferentes especialidades médicas, por conducto de sus 47 consejos, que certifican 65 especialidades de adultos y pediatras, así como 116 subespecialidades o capítulos.

¿Qué es el CONACEM?

Entre sus características sobresale que se constituyó como una asociación civil de asociaciones civiles; no tenemos noticias de que exista otra. Recientemente, por disposición de la Ley, tiene la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal; tampoco sabemos que exista otra institución con esa cualidad.

Jueves 1 de septiembre de 2011 DIARIO OFICIAL (Segunda Sección)

SEGUNDA SECCION

PODER EJECUTIVO

SECRETARIA DE SALUD

DECRETO por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2, 272 Bis 3 de la Ley General de Salud.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

FELIPE DE JESÚS CALDERÓN HINOJOSA, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, a sus habitantes sabed:

Que el Honorable Congreso de la Unión, se ha servido dirigirme el siguiente

DECRETO

“EL CONGRESO GENERAL DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, DECRETA:

SE REFORMAN Y ADICIONAN DIVERSAS DISPOSICIONES DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

ARTÍCULO ÚNICO.- SE REFORMAN LOS ARTÍCULOS 81, 83, 271 Y SE ADICIONA EL ARTÍCULO 272 BIS, 272 BIS 1, 272 BIS 2, 272 BIS 3 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA QUEDAR COMO SIGUE:

El hecho de que el legislador haya elegido a los consejos integrantes del CONACEM como las únicas asociaciones acreditadas para la expedición de los certificados de especialidad, se debe a que dichos consejos cuentan con los recursos humanos, financieros y materiales necesarios para cumplir su objeto social a cabalidad. En los recursos humanos se encuentra el conocimiento científico y técnico requerido para calificar a los aspirantes a especialistas.

En el pasado mucho se discutió sobre la obligatoriedad de la certificación. Se esgrimían diversas razones una de ellas era que se atentaba contra la libertad de trabajo que sólo prescribía el título profesional para el ejercicio de las profesiones, sin embargo, ese concepto se superó porque un principio de interpretación constitucional es que las garantías individuales deben considerar los bienes jurídicos que tutelan, como es el caso de la salud y de la vida. Ese es el ánimo de la obligatoriedad actual de la certificación.

Conflictos en la certificación de los médicos especialistas.

Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud.

Septiembre 2011.

Decreto por el que se reforman los artículos 81,83, 271 y se adicionan el artículo 272 Bis, 272 Bis 1, 272 Bis 2 y 272 Bis 3 de la Ley General de Salud.

El CONACEM, tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la Administración Pública Federal.

Los Consejos de Especialidades Médicas que tengan la declaratoria de idoneidad del CONACEM están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica.

Para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión del CONACEM.

Controversia con universidades

La modificación al artículo 81 de la Ley General de Salud incluyó un párrafo quinto que dispone, como se mencionó, que para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes solicitaran la opinión del CONACEM.

Esta disposición incluye a la autoridad educativa Federal y también a la de las entidades federativas.

Lo anterior, provocó reacciones en el país de instituciones de educación superior con facultades o escuelas de medicina, y también de particulares. Los juzgados de Distrito recibieron 36 amparos en contra del Congreso de la Unión por la expedición del Decreto que adicionó la Ley General de Salud, del Presidente de la República por la promulgación y publicación del Decreto y del Titular del CONACEM por los inminentes actos de aplicación con base en el nuevo artículo 81.

Los juzgados de Distrito sobreseyeron los 36 juicios de amparo; Los tribunales colegiados de Circuito confirmaron el sobreseimiento, en recurso de revisión, de 33 juicios y en tres de los recursos de amparo los tribunales colegiados que conocieron de ellos los remitieron a la Suprema Corte de Justicia de la Nación, para que conociera de los temas de constitucionalidad planteados en las demandas de amparo.

Todos los juicios de amparo terminaron a favor del CONACEM. Los tres precedentes que resolvió la Corte son parte de la historia de las especialidades médicas en el país, por ello, se transcribe la tesis 2ª. XXXIV/2013 (10ª.)6, la cual señala:

“CÉDULA DE MÉDICO ESPECIALISTA. EL ART. 81, ÚLTIMO PÁRRAFO, DE LA LGS, NO TRANSGREDE LA AUTONOMÍA UNIVERSITARIA RECONOCIDA EN EL ART. 3º., FRACCIÓN VII, DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS (LEGISLACIÓN VIGENTE A PARTIR DEL 2 DE SEPTIEMBRE DE 2011).

La cédula de especialización médica, al igual que la certificación correspondiente, sólo tiene como fin garantizar el adecuado ejercicio de la profesión que amparan los títulos y diplomas de especialidades médicas, lo que se logra a partir de la supervisión y calificación de la habilidad, capacidad y experiencia que se requiere para ejercer la especialidad de que se trata, así como de la ética y el profesionalismo de quienes la ejercen, de lo que se sigue que la opinión del CONACEM que se requiere para la expedición de la cédula de especialidad médica, no transgrede la autonomía universitaria, ya que dicha opinión se emite en relación con las cualidades de quien la solicita, no así respecto del documento que lo avala como médico especialista ni de los programas educativos de la institución educativa que lo expide.”

Consultable en el *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Libro XIX, abril de 2013, Tomo 2, página 1616, Décima Época.

Artículo 81 tercer párrafo: El CONACEM tendrá la naturaleza de organismo auxiliar de la APF a efecto de supervisar el entrenamiento, habilidades, destrezas y calificación de la pericia que se requiere para la certificación y recertificación de la misma en las diferentes especialidades de la medicina reconocidas por el Comité y en las Instituciones de Salud oficialmente reconocidas ante las autoridades correspondientes.

El ministro Alberto Pérez Dayán agregó en sus análisis de conceptos de violación en el amparo promovido por la Universidad de Colima, lo siguiente:

También deviene infundado el concepto de violación en el que sostiene la inconstitucionalidad del numeral 81, último párrafo, de la Ley General de Salud, por contrariar lo dispuesto en el Artículo 13 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Lo anterior es así, ya que según se pudo observar en párrafos precedentes, el hecho de que la norma impugnada establezca como requisito para la expedición de la cédula de médico especialista, la opinión del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, no significa que se trate de una “ley privativa”, debido que dicha disposición tiene como destinatarios a todas aquellas personas que se colocan dentro de la hipótesis que prevé, es decir, a todos los egresados en alguna especialidad en medicina que aspiran a obtener la cédula correspondiente, lo cual significa que no está dirigida a un grupo de profesionistas individualmente determinado y su vigencia jurídica pervive aún después de aplicarse a un caso concreto para regular los casos posteriores; características éstas que distinguen a las leyes privativas.

A partir de lo antes expuesto, resultan inoperantes todas aquellas alegaciones en las que sostiene que el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, no está legitimado para opinar sobre los planes y programas de estudio de dicha Universidad, al ser competencia exclusiva de sus órganos internos, ni tampoco para emitir una opinión en relación a la capacidad de sus egresados; que no es posible subordinar sus atribuciones a un ente externo de carácter privado; que es injustificada la intervención de una asociación civil en las decisiones de la Universidad, ya que se convierte en supervisor o fiscalizador de la formación recibida a sus egresados; que con la opinión negativa del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, para efectos de la expedición

de la cédula, se podría poner en tela de juicio algunas de sus funciones; que se cuestionaría la formación de sus egresados y los planes y programas de estudios vinculados con la especialidad en medicina; que se desconocería la competencia de los órganos universitarios que impartieron, acreditaron y certificaron la formación de los alumnos; y que la norma impugnada constituye una ley privativa.

Lo anterior es así, habida cuenta que, dichos argumentos los hace depender de una premisa errónea, es decir, que se vulnera su autonomía universitaria; lo cual, según se pudo observar en párrafos precedentes, en el caso en particular no acontece”.

Finalmente resultan inoperantes los argumentos enderezados en tratar de demostrar que el artículo 81, último párrafo, de la Ley General de Salud, es violatorio de los artículos 14 y 16 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ello es así, ya que el procedimiento al que se refiere la quejosa para que el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas emita la opinión correspondiente, forma parte del trámite de la expedición de la cédula, en la cual la Universidad no tiene participación y por ende, no está legitimado para alegar un estado de incertidumbre jurídica dentro del mismo y tampoco invocarlo en nombre de eventuales alumnos que pudieran sentirse agraviados en ese sentido.

Los comités académicos de posgrado

Los lineamientos emitidos por la Secretaría de Salud a los que se deben sujetar el CONACEM y los Consejos de Especialidades Médicas les otorgó a estos últimos como función principal coadyuvar con el CONACEM en la supervisión del entrenamiento, habilidades, destreza y calificación de la pericia de los médicos especialistas que solicitan certificación o recertificación.

Toda vez que podría existir una duplicación de actividades con los comités académicos de posgrado de las facultades de medicina se determinó que el presidente del consejo respectivo formara parte del comité académico del posgrado de la especialidad.

Artículo 81 cuarto párrafo: Los consejos de especialidades médicas que tengan la declaratoria de idoneidad y que estén reconocidos por el CONACEM, constituido por la ANM, la AMC y los consejos de especialidad miembros, están facultados para expedir certificados de su respectiva especialidad médica.

La vigencia de la certificación en Medicina (re-certificación o “maintenance of certification”) es un proceso mediante el cual el Desarrollo Profesional Continuo del médico especialista es acreditado cada cinco años por el consejo respectivo.

En el CONACEM estamos decididos a impulsar el proceso de la certificación vigente ya que es una forma de mejorar la calidad de la atención médica, de disminuir los errores médicos en los servicios de salud y de contener los costos.

Miércoles 25 de marzo de 2015

DIARIO OFICIAL

(Segunda Sección)

SECRETARÍA DE SALUD

ACUERDO por el que se emiten los Lineamientos a que se sujetarán el Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas y los Consejos de Especialidades Médicas a los que se refiere el artículo 81 de la Ley General de Salud, para la aplicación de lo dispuesto por el artículo 272 Bis y el Título Cuarto de dicha Ley.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ACUERDO POR EL QUE SE EMITEN LOS LINEAMIENTOS A QUE SE SUJETARÁN EL COMITÉ NORMATIVO NACIONAL DE CONSEJOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS Y LOS CONSEJOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS A LOS QUE SE REFIERE EL ARTÍCULO 81 DE LA LEY GENERAL DE SALUD, PARA LA APLICACIÓN DE LO DISPUESTO POR EL ARTÍCULO 272 BIS Y EL TÍTULO CUARTO DE DICHA LEY.

MARÍA DE LAS MERCEDES MARTHA JUAN LÓPEZ, Secretaria de Salud, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 16 y 39, de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o, fracciones VII y VIII, 7o, fracciones XI, XII y XV, 13, apartado A, fracción X, 81 y 272 Bis, de la Ley General de Salud y 7, fracciones XVIII y XXVI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, y

Controversia sobre la transgresión al derecho y la libertad de trabajo

El Acuerdo Secretarial cuya carátula se mostró en el texto precedente también fue motivo de juicios de amparo que alegaban la transgresión al derecho y a la libertad de trabajo. Por ello, es oportuno reproducir la siguiente tesis aislada:

SALUD. LOS ARTÍCULOS 81 Y 272 BIS DE LA LEY GENERAL RELATIVA NO TRANSGREDEN EL DERECHO A LA LIBERTAD DE TRABAJO.

Los preceptos citados establecen como requisitos para llevar a cabo procedimientos médicos quirúrgicos de especialidad, que los médicos cuenten con cédula de especialista legalmente expedida por las autoridades educativas competentes y con un certificado vigente de especialista, el cual deberá emitir el consejo de la especialidad que corresponda. Ahora, el hecho de que los requisitos precisados constituyan una restricción para realizar procedimientos quirúrgicos de especialidad, no se traduce en una violación al derecho a la libertad de trabajo tutelado por el artículo 5o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, pues es criterio de la Suprema Corte de Justicia de la Nación que los derechos humanos no son absolutos, ya que su ejercicio puede limitarse bajo las condiciones que la propia Constitución Federal señala y en términos de las leyes que se emitan por razones de interés general, a fin de evitar medidas o restricciones arbitrarias.

En ese sentido, los artículos 81 y 272 Bis de la Ley General de Salud constituyen una restricción con un objetivo constitucionalmente válido expresamente previsto en la Norma Suprema, consistente en proteger el derecho a la salud de las personas; restricción que es adecuada e idónea para cumplir con ese objetivo, pues permite a las autoridades administrativas tener mayor certeza sobre la profesionalización de los médicos que llevan a cabo los procedimientos quirúrgicos de especialidad y sobre su capacidad y pericia. Además, esa restricción no es una prohibición absoluta a la libertad de trabajo, porque **únicamente se fijan los requisitos que deben cumplir los médicos para realizarlos**, lo cual es acorde con el fin de las disposiciones normativas mencionadas, ya que el beneficio obtenido mediante dicha restricción es mayor en tanto se garantiza que los médicos cuenten con las habilidades, capacidades, conocimientos y pericia requeridos para realizar esos procedimientos.

Retos de la certificación

- Conocimiento y percepción de la sociedad sobre la importancia de la certificación y recertificación.
- Profesionalización de la estructura y actividades evaluativas de los Consejos.
- Responsabilidad de los Consejos para documentar que un especialista es competente para ejercer en la práctica.
- Medición del nivel de calidad de la atención médica que recibe la población y su relación con la certificación vigente.
- El CONACEM deberá desarrollar métodos de evaluación de alta calidad de DPC/EMC, obtenidos por consenso y hacer al mismo tiempo las guías para su validación.

Lineamientos para la evaluación de la Educación Médica Continua

Capítulo	Criterios para la Evaluación Curricular		
	%	Mín	Máx
Actividad asistencial	20	50	125
Actividad académica	10	25	150
Educación médica continua	50	125	300
Docencia	10	25	150
Investigación	10	25	-
TOTAL	100	250	600

Certificación de médicos especialistas y calidad de la atención médica

- Validez del proceso de certificación.
Estrategias de diseño de exámenes sustentada en las mejores prácticas internacionales (Downing, 2006). Coordinación de Desarrollo Educativo, UNAM.
- Relación de los exámenes con otros indicadores de competencia.
Correlación positiva entre el desempeño en los exámenes de recertificación y el volumen y complejidad de los pacientes que el especialista maneja en la práctica (Brennan, 2004).
- Certificación del especialista y resultados clínicos en pacientes.
El desempeño en los exámenes de certificación se correlaciona positivamente con los resultados en los pacientes (Lipner, 2013).¹

La EMC mejora el desempeño de los médicos y el resultado en la salud de los pacientes. EMC tiene mayor impacto sobre los médicos que sobre los pacientes.

¹ Cervero RM, Gaines JK. "The impact of CME on physician performance and patient health outcomes: an updated synthesis of systematic reviews". J. Contin. Educ. Health Prof. 2015; 35(2):131-138

La EMC tiene mejores resultados cuando es interactiva, utiliza diferentes métodos, involucra múltiples exposiciones, es de mayor duración y se enfoca en resultados considerados importantes por los médicos.

El estudio de la efectividad de la EMC debe incluir los factores sociales, políticos y organizacionales que afectan el desempeño de los médicos y los resultados en salud de los pacientes.

Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud.

Septiembre 2011.

Decreto por el que se reforman los artículos 81, 83, 271 y se adiciona el artículo 272 Bis.

Artículo 81, quinto párrafo: Para la expedición de la cédula de médico especialista las autoridades educativas competentes solicitarán la opinión de CONACEM.

Controversia con la Dirección General de Profesiones, SEP.

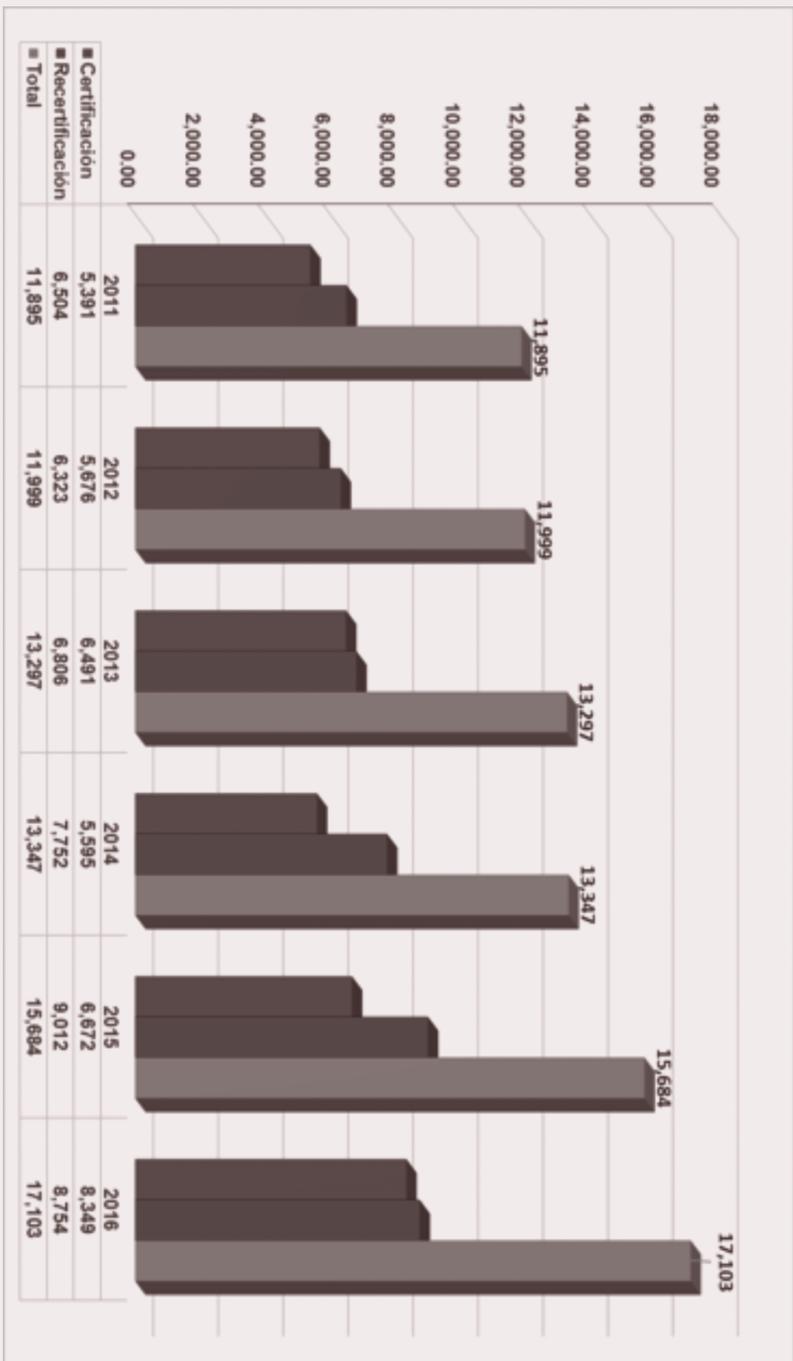
Solución: Se interpretó de común acuerdo como la solicitud de la DGP/SEP al CONACEM sobre la verificación de la vigencia de la certificación de los médicos especialistas.

Sobre la emisión de opiniones a la DGP

Especialidad	Número
Consejo Mexicano de Certificación en Medicina Familiar, A. C.	2 142
Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A. C.	1 320
Consejo Mexicano de Certificación en Anestesiología, A. C.	1 085
Consejo Mexicano de Ginecología y Obstetricia, A. C.	943
Consejo Mexicano de Cirugía General, A. C.	622
Consejo Mexicano de Medicina Interna, A. C.	591
Consejo Mexicano de Medicina de Urgencias, A. C.	463
Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, A. C.	408
Consejo Mexicano de Radiología e Imagen, A. C.	328
Consejo Mexicano de Oftalmología, A. C.	274
Consejo Mexicano de Salud Pública, A. C.	238
Consejo Mexicano de Cardiología, A. C.	193
Consejo Mexicano de Psiquiatría, A. C.	172
Consejo Mexicano de Nefrología, A. C.	167
Consejo Mexicano de Oncología, A. C.	165

Número opiniones: 11 099 (octubre 2016); Positivas: 9 307; Negativas: 1 792; En trámite: 700

Número de certificados y recertificados por año



Programa de especialidades médicas desarrolladas para resolver necesidades institucionales

- Medicina integrada (SSA).
- Salud en el trabajo (FES ZARAGOZA/UNAM).
- Anestesiología para los servicios rurales de salud (IMSS).
- Cirugía general para los servicios rurales de salud (IMSS).
- Medicina del niño y del adulto para los servicios rurales de salud (IMSS).
- Programa semipresencial de medicina de urgencias (IMSS).

Programas de especialidades médicas con diferente duración en distintas universidades

- Salud pública. Universidad Autónoma del Estado de México (2 años).
- Dermatología pediátrica (programas de 2 y 3 años).
- Psiquiatría infantil y de la adolescencia (programas de 2 y 3 años).
- Doce programas de la Universidad Juárez del Estado de Durango con duración de 2 años.
- Ocho programas de la Universidad Autónoma de Coahuila con duración de 1 a 2 años.

Programas de maestría que solicitan cédula profesional de médico especialista

- Maestría en cirugía estética.
- Maestría en neonatología.
- Maestría en geriatría.
- Maestría en salud pública.

Programas de formación de médicos especialistas en otros países

Médicos especialistas mexicanos formados en otros países actualmente solicitan la revalidación de sus estudios de la SEP y la certificación por los consejos correspondientes. Esto, sólo será posible si los programas de estudio son análogos o cuando menos similares. En el caso de Cuba las especialidades identificadas son:

Medicina familiar, Neurocirugía, Cirugía plástica, Ginecobstetricia, Salud pública y Medicina general integral.

www.medicinaysalud.unam.mx clic en: "Temas del Seminario"

Reflexiones sobre dilemas éticos en la práctica médica
Tomo I

Editado por
la Secretaría de Desarrollo Institucional
de la Universidad Nacional Autónoma de México

Se terminó de imprimir
en diciembre del 2018 en la Ciudad de México
Impresos Chávez S.A. de C.V.,
Valdivia 31, Col. María del Carmen
Alcaldía Benito Juárez, C.P. 03540.

Impreso en Offset
Interiores a una tinta, sobre papel bond eucalipto de 90 gr
Forros en cartulina Couche de 350 gr a cuatro tintas
En su composición se utilizaron fuentes tipográficas
de la familia Avenir Next de 12, 11, 10 y 9 puntos.

Su tiraje consta de 500 ejemplares

La edición estuvo al cuidado
de la Lic. María el Rosario Gutiérrez Razo

Derecho de autor de imágenes:

sebboy12 / 123RF Foto de archivo

obencem / 123RF Foto de archivo

digicomphoto / 123RF Foto de archivo

olegmalyshev / 123RF Foto de archivo