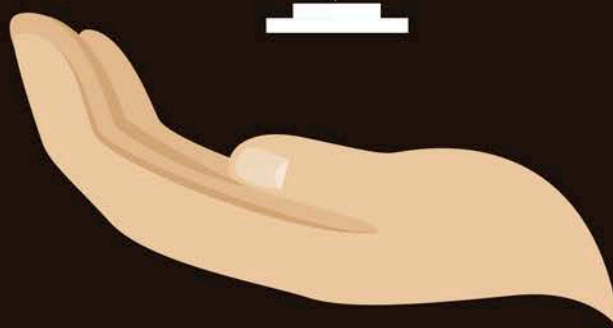
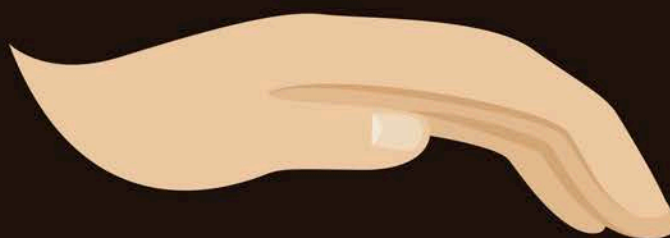


LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

VALLEJO ZAMBRANO



LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

eBook



LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

VALLEJO ZAMBRANO

Cristhian Rubén Vallejo Zambrano MD.
María José Espinosa Cedeño MD. MGS.
Mendel Arnaldo Steinzappir Navia LCDO MGS.
Vanessa Estefanía Morán Rodríguez MD.
Washington Enrique Zambrano Ordoñez MD.
Walter Geovanny Villavicencio Mendoza MD.
Carlos Andrés Zambrano Campozano MD.
María Cristina Azúa Zambrano MD.
Jorge Rene Mendoza Pruss MD.
Andrés Medardo Beltrán Cevallos MD.

EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

AUTORES

Cristhian Rubén Vallejo Zambrano MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Vicepresidente Académico Nacional (ANAMER) 2019 – 2020
Miembro del Departamento de Investigación y Falla Cardíaca INCAP-CICCMA
Cursa Estudio para posgrado (EEUU)
Miembro de la European Society of Cardiology
Docente en Empresa Pública Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí
“CENFOR”. (2017)
Cursos de la American Heart Association (BLS – ACLS - PALS)
Curso de Society of Critical Care Medicine (FCCS)
Cursos Internacionales: Harvard Medical School, ST. George’s University,
Johns Hopkins University, Stanford University,
World Health Organization.
mdcardiologycrvz@hotmail.com
New York - United States. (EEUU)

María José Espinosa Cedeño MD. MGS.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Técnica de Manabí (UTM)
Magíster en Gestión de la Seguridad Clínica del Paciente y
Calidad de la Atención Sanitaria.
Universidad Internacional de la Rioja España (UNIR).
Médico en UNILACADENA SA. Capacitaciones en Emergencia y Desastre,
Gestión de seguridad y salud, psicología laboral, salud laboral.
majoespinoza8@hotmail.com
Portoviejo – Manabí – Ecuador

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



Mendel Arnaldo Steinzappir Navia LCDO MGS.

Licenciado en la Especialización de Radiología e Imagenología
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Magíster en Medicina Humana mención Ecográfica
Diplomado Nacional de Posgrado en Ecografía General
Gerente del Centro Ecográfico Steinavia
mendel.msn@gmail.com
Manta – Manabí - Ecuador.

Vanessa Estefanía Morán Rodríguez MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM)
Departamento de Investigación y falla cardiaca.
Cursos de la American Heart Association (BLS - ACLS).
Cursos Internacionales: Harvard Medical School, ST
vaesmore@outlook.com
Manta – Manabí – Ecuador.

Washington Enrique Zambrano Ordoñez MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Médico Residente Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Manta (IESS)
Estudios para posgrado (México). Miembro del Colegio de Médicos de Manabí
Miembro del Núcleo de Médicos de Chone. Médico ATLS,
Ponente en Reanimación Cardiopulmonar revisión, cambios y actualización 2019
Universidad Estatal del Sur de Manabí
wacho35_1979@hotmail.com
Manta – Manabí – Ecuador.

Walter Geovanny Villavicencio Mendoza MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Cursa Maestría en Máster Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria.
Universidad Internacional de la Rioja España (UNIR).
Médico Residente en el Hospital de Especialidades Portoviejo.
waltervillavicenciom@gmail.com
Portoviejo – Manabí – Ecuador.

Carlos Andrés Zambrano Campozano MD.

Médico General. Universidad de Guayaquil.
Médico Residente del Hospital Básico de Jipijapa.
Médico de American Heart Association (BLS – ACLS).
md_carloszambranoc@hotmail.com
Jipijapa – Manabí – Ecuador

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



María Cristina Azúa Zambrano MD.

Médico General del Centro de Salud San Lorenzo tipo C.
MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí (ULEAM).
azua.kriss@gmail.com
Manta – Manabí – Ecuador.

Jorge Rene Mendoza Pruss MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Médico Residente del Hospital General Rafael Rodríguez Zambrano.
Médico Residente de la Clínica del Sol.
Cursos American Heart Association (BLS – ACLS - ATLS).
jorgemendozapruss@gmail.com
Manta – Manabí – Ecuador.

Andrés Medardo Beltrán Cevallos MD.

MÉDICO – CIRUJANO de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. (ULEAM)
Medico de emergencia en el Centro de Salud
Manta Tipo C del distrito de salud 13D02.
Médico Residente de emergencia en la
Clínica de Especialidades Centeno. (2018 – 2019)
andresbeltranc1@hotmail.com
Manta – Manabí – Ecuador

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

REVISORES

Med. Olmedo Xavier Ruíz Lara

Médico General
Hospital General Ibarra;
Médico Residente de Hospitalización Traumatología
olxarula@gmail.com

Med. Tatiana Elizabeth Zurita Moreno

Médico General
Hospital Básico Baeza Napo;
Médico Residente en Funciones Hospitalarias Emergencias y
Hospitalización
tato_536@hotmail.com

DATOS DE CATALOGACIÓN

AUTORES:

Cristhian Rubén Vallejo Zambrano MD.
María José Espinosa Cedeño MD. MGS.
Mendel Arnaldo Steinzappir Navia LCDO MGS.
Vanessa Estefanía Morán Rodríguez MD.
Washington Enrique Zambrano Ordoñez MD.
Walter Geovanny Villavicencio Mendoza MD.
Carlos Andrés Zambrano Campozano MD.
María Cristina Azúa Zambrano MD.
Jorge Rene Mendoza Pruss MD.
Andrés Medardo Beltrán Cevallos MD.

Título: La ética médica, importancia y regulación jurídica

Descriptor: Ciencias Médicas; conducta humana; moralidad; atención al paciente.

Código UNESCO: 71 Ética; 7103.04 Ética de la Ciencia

Clasificación Decimal Dewey/Cutter: 610.7/V2427

Área: Ciencias Médicas

Edición: 1^{era}

ISBN: 978-9942-826-60-2

Editorial: Mawil Publicaciones de Ecuador, 2020

Ciudad, País: Quito, Ecuador

Formato: 148 x 210 mm.

Páginas: 179

DOI: <https://doi.org/10.26820/978-9942-826-60-2>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **La ética médica, importancia y regulación jurídica**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

Director Académico: PhD. Jose María Lalama Aguirre

Dirección Central MAWIL: Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador: Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

Editor de Arte y Diseño: Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

Corrector de estilo: Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

ÍNDICE



EDICIONES **MAWIL**



Contenido

INTRODUCCIÓN	21
CAPÍTULO I	
ASPECTOS GENERALES	28
1.1. Definición de ética en sentido amplio (conceptualizaciones) ..	28
1.2. Origen de la ética como ciencia	36
1.3. Definición de ética.....	49
1.4. Cuadro comparativo entre moral y ética.....	50
1.5. Corrientes de la ética o teoría de la ética	51
1.6. Definición de la ética médica.....	57
Juramento hipocrático.	65
1.7. Evolución histórica de la ética medica.....	67
1.7.1. La ética médica de la antigüedad	67
1.7.2. La ética médica en la Edad Media	70
1.7.3. La ética médica en la época moderna	73
1.8. Origen de la ética como norma ética (los códigos).....	75
1.8.1 El código de ética de los profesionales de la medicina	77
CAPÍTULO II	
CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LA ÉTICA MÉDICA	80
CAPÍTULO III	
LA REGULACIÓN ÉTICA DE LA MEDICINA	104
3.1 Principios fundamentales o bases de la ética medica	104
3.2. Consecuencias de la ética médica.....	111
3.3. Importancia de la ética médica	113
3.4. Noción de servicio público de la Medicina.....	115
3.5. El médico y su compromiso ético y social con los derechos humanos, la convivencia pacífica de los pueblos y la justicia social.....	118
3.6. Compromiso o deber ético del médico establecido en el código de ética médica del Ecuador y el Código de ética Internacional de Ética médica...	125

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



3.6.1 Deberes con los enfermos o pacientes	127
3.6.2. Compromiso con el gremio y deberes con los organismos de la Federación.....	133
3.6.3 Deberes hacia los colegas.....	135
3.6.4 Compromiso para con el Estado.....	136
3.7 La responsabilidad ética y social del médico en la sociedad contemporánea	137
3.7.1 Los tipos de sanciones civiles y penales y por violación a la ética profesional	139

CAPÍTULO IV

PRINCIPALES DILEMAS ÉTICOS

QUE SE PRESENTAN EN LA MEDICINA.....	145
4.1. Certificación del ejercicio médico.....	145
4.2. La dignidad y el dolor humano	147
4.3. Respecto a la autonomía y libertad del paciente	149
4.4. El secreto profesional y deber de confidencialidad	150
4.5. Interés económico.....	150
4.6. Medicina defensiva y persecución del lucro	151
4.7. Encarnizamiento terapéutico	152
4.8. Los conflictos de interés	154
4.9. Relaciones con la industria farmacéutica	155
4.10. La ética del sistema de salud de un país (organizacional) ...	156

CAPÍTULO V

TENDENCIAS CONTEMPORÁNEAS DE LA ÉTICA EN SALUD.....	161
5.1 Surgimiento y desarrollo de la Bioética Médica.....	161
5.2La importancia de impartir la asignatura de Ética y Régimen Jurídico de la medicina en las universidades.....	172
BIBLIOGRAFÍA.....	176

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

TABLAS



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



Tabla 1. Cuadro comparativo entre moral y ética	49
Tabla 2. Diferencias entre la ética profesional y la deontología profesional	76

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

FIGURAS



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



Figura 1. Aristóteles.....	38
Figura 2. Immanuel Kant.....	50
Figura 3. John Stuart Mill.....	52
Figura 2. Condiciones del médico desde el punto de vista ético.....	104

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

COORDINADORES DEL LIBRO



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



Dr. Cristhian Vallejo Zambrano.



Dra. Katty Vallejo Zambrano. ESP.



Ing. Alexandra Vallejo Zambrano. MGS.



Dr. Erick Hidalgo Parra. ESP

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

DEDICATORIA



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



A mis padres Ing. Héctor Vallejo Escobar y Lcda. Idalinda Zambrano Mendoza por su apoyo incondicional durante todo mi proceso académico y ser mis bases durante toda mi carrera.

A mis Hermanos Ing. Héctor Vallejo Zambrano, Ing. Alexandra Vallejo Zambrano, Dra. Katty Vallejo Zambrano y Dr. Erick Hidalgo por ser mis compañeros de batalla durante todos los procesos que he pasado.

A mis sobrinas Adriana Choucino Vallejo y Alessia Hidalgo Vallejo que nunca se rindan ante ningún desafío que les pase durante sus vidas.

Dr. Cristhian Vallejo Zambrano

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

AGRADECIMIENTOS



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



A quienes colaboraron durante la redacción y elaboración de todos los reglones de este libro.

Al Dr. Alfredo Palacio, Presidente Constitucional 2005 – 2007, cardiólogo de profesión, quien me dio la oportunidad para crecer como médico y sembró en mi todo el conocimiento previo para poder dedicarme al proceso investigativo y de redacción.

Al Dr. Leonardo Tamariz y a la Dra. Ana Palacio, personas muy nobles y de buen corazón que me aconsejaron para poder continuar de una mejor manera mi proceso de especialidad en Estados Unidos.

A la Dra. Peggy Salazar por sus consejos para conseguir mejores oportunidades durante mi proceso de los exámenes de USMLE.

Dr. Cristhian Vallejo Zambrano

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

INTRODUCCIÓN



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Como signo de una insatisfacción o desasosiego más general con nuestra civilización, algunos autores señalan que en la actualidad existe un “malestar de la medicina” (parafraseando el conocido libro de Freud) que se expresa en síntomas más o menos evidentes: médicos desilusionados, soluciones agotadas, pacientes desengañados, popularidad rampante de las llamadas “medicinas alternativas”, y una espiral creciente de los costos (1).

La aparición de la pandemia del COVID-19 ha desatado ancestrales temores y reanimado multitud de teorías conspirativas, ecos de profecías apocalípticas. Algunos teóricos arriesgan la hipótesis de que esta nueva dolencia, que se extendió por todo el planeta ocasionando la muerte de millones de personas e impactando la economía, la política y las ideas, es resultado del desajuste ocasionado por la industrialización generalizada en el modelo económico globalizado y la concepción según la cual la Naturaleza está allí como una especie de almacén de donde nuestra especie puede extraer infinitos productos, sin preocuparse por los desequilibrios que cause. Se han recordado otras pestes que han assolado anteriormente y otros casos de dolencias zoonóticas que pasan virus del Reino Animal a la Humanidad, pero la rapidez del contagio y la abundancia de mensajes apocalípticos que ha motivado, ha puesto de relieve de nuevo el obsesivo temor acerca de nuestra salud, como ausencia de enfermedades, pero más allá, y siguiendo las definiciones de la Organización Mundial de la Salud, el logro de un estado de bienestar deseado.

Desde los tiempos hipocráticos, se ha considerado a la Medicina como una práctica que combina las habilidades, intuiciones y destrezas específicas de un arte, y, por otra parte, los conocimientos sistemáticos, obtenidos en indagaciones rigurosas, apegas a métodos lógicamente fundamentados, propios de la ciencia, en este caso de varias ciencias de las cuales extrae los saberes: la física, la biología, la química, la bioquímica, la genética, etc. Pero la Medicina tradicional siempre se le concibió como centrada en el “Encuentro clínico” entre el paciente y el médico.

La Medicina entonces desarrolló una cultura peculiar, un sistema educativo específico y una literatura característica, que incorpora conocimientos de una gran variedad de ciencias: física, química, biología, ingenierías diversas de los instrumentos. Últimamente, por una parte, especialmente la que proviene de la epidemiología, se ha enfatizado la importancia de los factores del medio ambiente y los estilos de vida en las patologías. Es decir, cuestiones que trascienden lo que tradicionalmente se reducía al encuentro clínico de médico y paciente, para abarcar elementos tales como las políticas del Estado orientadas hacia el bienestar de la población y a paliar los graves desequilibrios ecológicos causados por el aparato productivo altamente consumidor de energía y recursos.

Al mismo tiempo, ha tenido lugar una revolución en las ciencias biológicas, moleculares y celulares. El edificio de la Medicina parece alcanzar nuevos niveles y altura, pero también luce como ligeramente desequilibrada, a semejanza de una inmensa Torre de Pisa. Los confusos sentimientos de insatisfacción, a pesar de toda esta parafernalia científica y tecnológica, se manifiestan en una intranquila búsqueda de sentido. El otro factor de ese desasosiego es el incremento indetenible de los costos, que ha sido hasta cierto punto respondido por los epidemiólogos con la exigencia de una mayor atención y compromiso hacia la medicina comunitaria, las actividades de prevención y la atención primaria, mientras los administradores de los centros hospitalarios pugnan por más recursos hacia las tecnologías más sofisticadas. Se trata de una complicada situación que puede llevar a ásperos debates e importantes contradicciones entre concepciones y políticas.

Otra manifestación, importante de este malestar de la Medicina es el desequilibrio entre la preocupación por la enfermedad y las técnicas, sobre la atención hacia el paciente individual y específico. Hay un hospitalocentrismo que caracteriza a la Medicina de alta tecnología y poco contacto humano, la que sigue el lema de “*high tech-low touch*”. Por otro lado, se propone una medicina centrada en el *cuidado*, elemento

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

común a todas las culturas, y en especial, en las tradiciones ancestrales de los habitantes originarios de América. De allí surge el interés por el planteamiento de la “Buena Vida” o *Sumak Kawsai*, incorporada en la Constitución del Ecuador y varios documentos de planificación nacional, *que*, para un sector de los profesionales de la salud, constituye también una esclarecedora perspectiva de replanteamiento del sentido mismo de la profesión, enmarcada en una visión completamente distinta a la convencionalmente occidental en lo que se refiere a la relación con la Naturaleza.

Mientras tanto, en la medicina institucionalizada oficial y privada, se prioriza, sobre la atención clínica personal, el número de pacientes recibidos (que no atendidos) en el menor tiempo posible; es decir, se trasfiere criterios propios de la producción en serie y en masa, al cuidado de los seres humanos, precisamente en lo que constituye una de sus debilidades esenciales.

La evolución de las tecnologías es impresionante, aunque no desarrollada por los médicos, sino que es incorporada a la medicina desde el exterior de otras disciplinas, cuyas lógicas son completamente diversas, tal y como lo muestra el ejemplo por antonomasia de los rayos X. Así mismo, avances científicos como la ingeniería genética, la clonación, la ingeniería de tejidos, la robótica inteligente y la nanotecnología, tiene un impacto en la concepción de la vida, en los valores humanos, sólo imaginable desde la ciencia ficción, pero sus efectos trascendentales en la práctica médica concreta todavía ni siquiera se esboza en sus implicaciones de mediano y largo plazo, aunque ya algunos pensadores vislumbran un desafío de gran significación al concepto mismo de lo Humano.

Si bien la enfermedad es un complejo problema científico, y el avance tecnológico ha contribuido a una medicina más científica, segura y menos artesanal e improvisada, las implicaciones éticas de todos estos adelantos apenas se están problematizando y ha motivado la apertura

de un nuevo campo de indagación, la bioética, y la necesidad de retomar las reflexiones éticas, a partir del origen, es decir, del juramento hipocrático mismo.

Es en ese contexto de “malestar de la medicina”, que se plantea como objetivo de este libro retomar la reflexión acerca la ética de la medicina, realizando una revisión del pensamiento ético general, los conceptos elementales de la ética médica, la formulación de la deontología de la profesión, su enfrentamiento con los problemas actuales y la emergencia de la bioética como disciplina novedosa que sitúa los cuestionamientos y las búsquedas a un nivel más profundo.

Esta tarea de revisar la tradición ética universal y la referida a la profesión médica, es válida, importante y urgente, pues, tanto los administradores y decisores de las políticas de salud, como el profesional que aplica la mayéutica clínica en un caso específico, se enfrentan a diario a múltiples dilemas, que evidencia la necesidad de empujarse sobre la rutina y tratar de vislumbrar un horizonte trascendente, que abarque el pasado y el futuro de la profesión misma.

De esta manera, en un primer capítulo, este libro abordará los aspectos generales, partiendo de una definición la de ética en sentido amplio, explorando el origen de la ética como disciplina filosófica, la definición y diferencia de moral y ética, reconstruyendo el debate y a través de cuadros comparativos de valor didáctico. Posteriormente, se expondrán las principales corrientes de la ética o teoría de la ética, la definición de la ética médica. Se dedicará un espacio importante a la evolución histórica de la ética médica, desde la ética médica de la antigüedad, la edad media, hasta llegar a la época moderna.

Luego, en el capítulo II se expondrá el origen de la ética como norma ética (los códigos) y se comentará el código de ética de los profesionales de la medicina, para tener elementos para profundizar, en el segundo capítulo, en las características principales de la ética médica, la regulación ética de la medicina.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



En el capítulo III se expondrán los principios fundamentales o bases de la ética médica, las consecuencias de la ética médica, su importancia, así como nociones fundamentales como la noción de servicio público. Se revisará también el compromiso ético y social del médico con los derechos humanos, la convivencia pacífica de los pueblos y la justicia social, los cuales se deben expresar en el código de ética médica del Ecuador y el Código de ética Internacional de Ética médica. Se examinarán los deberes de los médicos con los enfermos o pacientes, su compromiso con el gremio y deberes con los organismos de la Federación, los deberes hacia los colegas, su compromiso para con el Estado, la responsabilidad ética y social del médico en la sociedad contemporánea, los tipos de sanciones por violación a la ética profesional. Una temática importante será, en el capítulo IV de este texto, la revisión de los principales dilemas éticos que se presentan en la medicina, la certificación del ejercicio médico, su relación con la dignidad y el dolor humano. Se profundizará en el tema del respecto a la autonomía y libertad del paciente, el secreto profesional y deber de confidencialidad, el interés económico, la Medicina defensiva o persecución del lucro, el encarnizamiento terapéutico, los conflictos de interés, las relaciones con la industria farmacéutica y la ética del sistema de salud de un país (organizacional).

En el Capítulo V, se abordarán finalmente las tendencias contemporáneas de la Ética en salud, el surgimiento y desarrollo de la Bioética Médica y se cerrará el texto con unas reflexiones relativas a la importancia de impartir la asignatura de Ética y Régimen Jurídico de la medicina en las universidades.

La expectativa de esta exposición de la ética médica es contribuir a esa reflexión profunda que tienen los médicos pendientes, para iniciar un proceso que les permitirá superar ese “malestar” de cuya superación será beneficiada toda la Humanidad.

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

CAPÍTULO I

ASPECTOS GENERALES



EDICIONES **MAWIL**



1.1. Definición de ética en sentido amplio (conceptualizaciones)

La palabra “ética”, así como otros muchos vocablos relativos a la ciencia y a la filosofía, proviene del griego, específicamente de la palabra “ethos” que, en un primer sentido, se refiere al carácter, a la forma de ser y comportarse de una persona, una comunidad o grupo determinado. Otra acepción de esta raíz se relaciona con el hogar o residencia donde habita un sujeto. Este vocablo sirve de raíz de otros conceptos tales como “etnia”, “etnología”, etc., que se refieren precisamente a las maneras de comportarse, la cultura y las costumbres de grupos determinados.

En el lenguaje ordinario se pueden distinguir al menos tres significaciones de la palabra “ética”:

- a. Un juicio moral intuitivo, una calificación de Bueno o Malo. Es el conocimiento espontáneo que tenemos acerca del valor ético de una conducta. Un ejemplo de esta evaluación puede ser la censura a que un médico reciba un incentivo a cambio de recetar un determinado medicamento. Para realizar este tipo de condena no hace falta estudiar profundamente la ética, pues bastan ciertas convicciones tal vez inculcadas desde la infancia. Hay personas de una gran sensibilidad espontánea en estos asuntos, sin haber cursado ninguna clase especial sobre ética.
- b. Otro caso es cuando el juicio moral se argumenta de manera analítica y razonada, cuando se explica por qué algo está bien o mal, es correcto o incorrecto. Aquí sí es necesario conocer de la ética y de la bioética, entendidas como disciplinas académicas que estudian el “porqué” de unas valoraciones éticas y cuáles son las razones que fundamentan un juicio moral. Esta fundamentación teórica es necesaria si quiero, por ejemplo, dar razones de mi valoración ética ante un caso de una prescripción realizada a cambio de un incentivo afirmamos que es contrario



a la ética, y pasamos a explicar que es negativa pues afecta a la independencia del juicio profesional que puede lesionar el principio de beneficencia, e incluso el de autonomía al introducir un sesgo que el paciente desconoce y probablemente no aceptaría...

- c. También se usa el término Ética para referirse a un conjunto de normas que en el ámbito de una profesión definen la buena práctica. Esto es lo que se entiende por Deontología profesional (2).

En todo caso, la palabra comenzó a designar cierto tipo de reflexiones generales que servían para argumentar, defender o criticar, el comportamiento de los individuos, en relación a las costumbres de un pueblo, sus creencias o las reglas de convivencia que una comunidad había asumido como propias. Más tarde, en la medida en que avanzaba la elaboración filosófica, la ética fue definida como la disciplina que estudia el Bien (3), como objetivo de la vida, lo cual dio pie a las éticas basadas en causas materiales (la misma vida, el amor, la felicidad, el placer, la serenidad, etc.) o centradas en las formas por las cuales pueden postularse máximas de acción (el formalismo de Kant, por ejemplo).

Hay muy variados enfoques éticos de acuerdo a las diversas corrientes de pensamiento y el punto de vista desde el cual se refiera a este campo del conocimiento. De hecho, cada escuela filosófica tiene su concepto de lo que puede ser el Bien y los conceptos derivados tales como la virtud, el deber, el placer. En casi todos, la ética se refiere al comportamiento humano voluntario, en uso de la libertad intrínseca de su voluntad. Incluso, hay pensadores que definen la ética como la conciencia del Mal (4).

En la tradición filosófica clásica, desde muy temprano en la Antigüedad, pueden hallarse en abundancia este tipo de meditaciones y argumentaciones. Hay elementos éticos en los llamados filósofos presocráticos o jónicos, aun cuando son conocidos en la actualidad sobre

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

todo por sus intentos de dar explicación a lo existente en el Universo, la estructura de las cosas y la explicación de los cambios observables; pues un rasgo señalado del conjunto de la filosofía griega es que la reflexión sobre el Ser, en forma de metafísica u ontología, tiene la primacía respecto de otros objetos de investigación.

Hay, por supuesto, una importante y aún vigente elaboración ética en los tres grandes pensadores asumidos por la cultura occidental como maestros clásicos del pensamiento: Sócrates, Platón y Aristóteles. Esto no niega que previo a ellos, y en otros pueblos y culturas, haya indicaciones, consideraciones y mandatos estatuidos para regular el comportamiento de las personas, así como revelaciones religiosas que podían servir como guías de la conducta de las comunidades y los individuos, y que pueden asumirse como las morales propias de esas realidades históricas. Más adelante distinguiremos el dominio de la moral del de la ética.

En los tres maestros clásicos del pensamiento occidental (Sócrates, Platón y Aristóteles), se advierte una permanente referencia a la realidad política de su época, la llamada *polis*, término que designa a las ciudades estados de entonces, y que se ha traducido igual como ciudad, Estado o Sociedad. De hecho, los conceptos con los cuales hoy pensamos la ética están directamente vinculados con lo que actualmente consideramos el dominio diferenciado de la política. Para los griegos la moral era, primeramente y, sobre todo, la moral social. El horizonte de la polis delimitaba, no sólo la política, sino también el conjunto de los comportamientos humanos, incluidos los morales. Esto se debía a que la vida griega era esencialmente una vida comunal, inconcebible en solitario, separada de la comunidad o la ciudad. A ningún griego de aquella época se le habría ocurrido que alguien pudiese ser un hombre perfectamente bueno manteniéndose ajeno a los debates y la gestión a propósito del Estado, puesto que sólo en la sociedad y gracias a ella era posible que el hombre viviese como era debido, de acuerdo a las reglas de la Ciudad y de los Dioses (5) .

Con la hegemonía occidental del cristianismo, pero también con el crecimiento del Islam en Asia, África y parte de Europa, el pensamiento ético acogió un nuevo problema que, en términos teológicos, se le designó como la cuestión del libre albedrío. Dios es el máximo Bien concebible, es omnisciente y todopoderoso, y como tal, creó al Hombre. Pero le dotó de la capacidad de decidir cómo actuar, denominado el “libre albedrío”, que supone cierto conocimiento acerca del Bien y del Mal que permite reconocerlos cada vez. Este principio lo acogen las tres grandes religiones monoteístas, y ha llevado a grandes debates teológicos, donde se han enfrentado posturas muy diferentes y hasta antagónicas. Algunas posturas (cercanas al protestantismo), aseguran que, independientemente de la decisión de los humanos, ya Dios tiene predeterminada la Vida de cada quien y seleccionados a los suyos, por lo que es poco lo que el Hombre, con sus decisiones y acciones, pueda cambiar su destino de salvación o condenación. Otras opiniones, subrayan el peso de la fe o de la Gracia Divina. Mientras tanto, hay otras argumentaciones que hacen énfasis en el libre albedrío, en la capacidad del Hombre de decidir qué camino tomar en las diversas circunstancias de su vida, y el magisterio de la Verdad Revelada sirve para ilustrarlo acerca del Bien y del Mal y de los premios y castigos que se nos depara después de la muerte (6).

Este tema teológico se convirtió en la Modernidad, a partir de la Ilustración de los siglos XVIII y XIX, en la cuestión de la autonomía y autodeterminación de los individuos. Al tiempo de haber adquirido un conjunto de Derechos por el mero hecho de haber nacido como humano (Derechos Humanos), la Humanidad tiene la capacidad de dotarse de sus propias normas (autonomía), para cuya elaboración debe utilizar la propia Razón.

Partiendo de esta breve caracterización del objeto de estudio de la ética, como campo de reflexión filosófica o disciplina del pensamiento enfocado hacia el Bien y el Deber como motivo del comportamiento del Hombre dotado de libertad o autodeterminación racional, podemos

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



puntualizar algunas cuestiones y temas que le son propios, en su investigación, además de la Virtud y el Bien.

Tenemos, en primer lugar, la vinculación entre la voluntad humana, sea libre o predeterminada, y la Ley, la obligación establecida por una autoridad superior, divina o humana o social (el Otro). En efecto, todos los pensadores éticos vinculan la acción con la voluntad y consideran que ese vínculo es lo que la hace específicamente ética. No es ética la acción determinada por el miedo o por la mera obediencia, pues siempre es posible una decisión para eludir ambas circunstancias. La responsabilidad está involucrada desde el principio porque la voluntad se asume como la única o principal causa de la acción. Por tanto, es la libertad la condición ineludible para poder lograr la virtud o la felicidad como objetivos. La voluntad libremente construida se cristaliza en imperativos que devienen en Ley cuando se generalizan y universalizan. Según la tendencia filosófica, los autores sostienen como motivo suficiente para la acción ética, diversos motivos: la búsqueda del placer, la consecución de la felicidad o el bienestar, así como la compasión o el amor hacia los demás, incluso en términos de responsabilidad hacia el Otro. Son todas estas las denominadas “causas materiales”. Esas distintas opiniones pueden confrontarse a propósito de los dilemas éticos que deben dilucidar los sujetos a lo largo de su vida, durante la cual les toca decidir haciendo uso de su libertad.

Varios autores (por ejemplo, Fernando Savater; el mismo Kant con su concepción de autonomía; Jean Paul Sartre quien hace depender el Ser del Existir) conciben a la libertad como la condición previa y necesaria para que una acción pueda ser calificada éticamente, porque lo que nos distingue a los seres humanos de otros seres, vivos o inanimados, es que podemos deliberar, es decir, inventar y elegir en parte nuestra forma de vida, optar por lo que nos parece bueno, frente a lo que nos parece malo e inconveniente. Y podemos también equivocarnos, o no conseguir lo que nos proponemos, porque nuestra libertad está limitada por circunstancias naturales e históricas (7).

Es por la libertad que se presentan los conflictos éticos. Pueden entrar en contradicción intereses, mandatos, pensamientos; es decir, causas materiales. Si siempre tuviéramos los Hombres que optar entre alternativas de acción que fuesen claramente una buena y otra mala, no habría problemas, y la reflexión ética fuese superflua. Pero se da el caso de que las elecciones a veces se tienen que tomar entre opciones igualmente buenas o malas. Allí hace falta una especial disposición de discernimiento y una investigación directa que examina cada caso, es decir, una *casuística*. Es en esas situaciones cuando se tiene que decidir si se hacen efectivas las figuras de autoridad (la Ley), la tendencia a repetir lo que siempre ha funcionado (las costumbres), o bien, el capricho personal del momento.

La ética puede ser iluminadora porque su objeto central es precisamente lo Bueno, o más precisamente, en qué consiste la Buena Vida, la cual no responde solamente, ni a la Ley, ni a las costumbres ni a los gustos y caprichos personales, sino a definiciones más profundas. Una de ellas, de las que habla Savater, es la orientación de tratar a las personas como tales, y no como cosas; es decir, saber respetar, confiar, cuidar, tratar a los otros, no querer poseerlas o mandarlas como si se tratara de objetos meramente útiles, sin tomar en cuenta sus peculiares inclinaciones. Sólo de esa manera, podríamos aspirar a ejercer el derecho de ser tratados como personas, a recibir respeto, cariño y consideración.

Entran aquí en juego los valores ¿Qué es lo que se valora más? ¿Las cosas o las personas? ¿Uno vale por lo que tiene o por lo que es? Es la pregunta que se han hecho muchos pensadores. Debemos a Erich Fromm un planteamiento bastante adecuado de este dilema entre el ser y el tener, que se refiere al valor de sí mismo, colocando en un platillo las propiedades, las cosas que poseemos, y en el otro, lo que somos, nuestra propia especificidad y potencialidad como individuos (8). Kant también lo formuló, apelando a una interpretación del Evangelio, según el cual el objetivo (la causa material) de toda acción humana es el propio Hombre, es la propia Humanidad.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Acercas de los valores se ha discutido si el valor es poseído por cada causa material en sí, o si es otorgado por los sujetos, o si depende de una totalidad organizada o sistemática, si existe una jerarquía entre ellos. Max Scheller postula que ningún valor puede concebirse aisladamente, que todos y cada uno de ellos mantienen determinadas relaciones entre ellos, por lo que están ordenados de acuerdo a su posición en un sistema. Al respecto, el filósofo plantea una serie de axiomas que constituirían el fundamento para el desarrollo de una ciencia ética sistemática. Esos enunciados o tesis son, a saber:

- la existencia de un valor positivo es, ella misma, un valor positivo.
- La no existencia de un valor positivo es, ella misma, un valor negativo.
- La existencia de un valor negativo es, ella misma, un valor negativo.
- La no existencia de un valor negativo es, ella misma, un valor positivo.
- En la esfera de la voluntad es bueno un valor que va vinculado a la realización de un valor positivo.
- En la esfera de la voluntad es malo el valor que va vinculado a la realización de un valor negativo.
- En la esfera de la voluntad es bueno el valor que va vinculado a la realización de un valor más alto (o el más alto)
- En la esfera de la voluntad es malo el valor que va vinculado a la realización de un valor más bajo
- En esta esfera el criterio de lo bueno y malo consiste en la coincidencia del valor intentando en la realización con el valor que ha sido preferido o, respectivamente, en la oposición al valor que ha sido postergado (9)

Otra gran cuestión que se debate en el marco de la ética como disciplina, es su relación con el Derecho y la Política. Esa discusión ha avanzado lo suficiente como para poder formular algunos acuerdos básicos.



En primer lugar, hay que destacar que la ética debe servir para aportar justificaciones racionales al Derecho, de acuerdo a los valores de la Justicia o de la Equidad. Hay que destacar que hay valores específicamente políticos, de acuerdo a ideologías determinadas, tales como la participación ciudadana, la paz, la libertad de expresión, la libertad de organización y otras garantías políticas, etc., todos los cuales tienen una fundamentación antropológica y, en última instancia, ética, pues se refieren a la justicia y a la equidad.

Por otra parte, el Derecho se refiere al Estado y su relación con los ciudadanos en términos de obligaciones, reguladas por las instituciones conformadas para ello, cuyo cumplimiento debe ser vigilado por el primero, el cual también tiene la función de castigar en caso de violación de las normas; mientras que la ética se ocupa del comportamiento de los individuos libres en relación a sus propias convicciones, razonamientos y deliberación, independientemente del Estado. Mientras la ética se interroga sobre el juicio moral de una determinada conducta en sí misma: esto está bien o mal, las leyes - el derecho civil, penal, o administrativo- se ocupan de analizar el mismo hecho preocupándose por garantizar el respeto de los derechos de los demás componentes de la sociedad, llegando a la sanción si ello fuera necesario. Solemos decir que el Derecho lo constituyen las leyes que los ciudadanos de una determinada nación están obligados a cumplir y tiene como objeto garantizar una convivencia pacífica.

Hay comportamientos éticamente reprochables sobre los que la ley no siempre se pronuncia, y cuando lo hace, aplica una lógica diferente a la que maneja la ética. Un ejemplo: aceptamos que la mentira es inmoral, pero el derecho no se pronuncia sobre una mentira a no ser que perjudique de manera comprobable los derechos de otra persona, como sería un caso de fraude; está claro que una cosa es el bien personal (Ética) y otra diferente el bien social (Derecho). Dicho en otras palabras, algo que puede ser relevante desde la perspectiva ética, no ha de ser necesariamente regulado, por esta única razón, por el derecho.

En cuanto a las relaciones entre la Ética y la Política, hay más desacuerdos que consensos. Las posiciones van desde los que separan tajantemente ambas esferas, como Maquiavelo y en general toda la escuela denominada “realista” en el pensamiento político, hasta aquellas posturas, vinculadas con ideologías y creencias, que hacen depender la Política de la Ética o, al menos, incorporan, por ejemplo, la moralidad pública, la pulcritud en el manejo de los asuntos públicos, como promesa política.

1.2. Origen de la ética como ciencia

La preocupación por y la creación de normas y orientaciones para la actuación correcta de los seres humanos en la sociedad, comienza desde los albores de la Humanidad. Los antropólogos e historiadores han conseguido evidencias de preceptos, reglas y orientaciones morales de hace miles de años, fundadas en las más variadas creencias, o por disposición de poderosos monarcas (como Hammurabí, cuyo código escrito se considera el más antiguo del mundo) que establecían determinados conjuntos de normas, según los cuales se podían regular desde la compra y venta de los esclavos, las penas por diferentes delitos, los rituales de los matrimonios y otras muchas prácticas (10).

La ética aparece así, en primer lugar, como moral (de *mores*, costumbres) el conjunto de las costumbres y tradiciones identificadoras de una comunidad, sólo perturbadas y hasta transformadas por la aparición de algún poseído por los espíritus, o profetas voceros de los dioses, o intervenciones de tribus o naciones extranjeras. Al referirse a aquella época ancestral, en la cual las costumbres y las tradiciones prevalecían absolutamente, Nietzsche señala que lo malo (y el malo) era casi siempre la propuesta misma de un cambio en las formas como se hacían las cosas. Figuras como el loco, el anciano o el enfermo, terminaban por ser respetadas autoridades que podían formular nuevas prescripciones o juicios morales, pues se consideraba que eran instrumentos de fuerzas sobrenaturales en las cuales descansaba el



equilibrio del mundo. Una vez establecida una creencia y su correspondiente costumbre o moral, se establecía una categoría de personas que se aplicaban a sí mismos, con una gran rigurosidad, normas de alimentación, higiene, realización de rituales y comportamiento en general, constituyendo lo que el filósofo llama el “espíritu ascético”, cuyos portadores alardeaban de haber sometido todos sus apetitos, como era el caso, en la antigua India, de los Brahmanes, el estamento dominante de los sacerdotes (11).

Aunque las tradiciones y las costumbres establecieron diversas morales, tantas como comunidades humanas, desde hace miles de años, en los más remotos tiempos, situados en el origen mismo de nuestra especie, se considera como sus iniciadores a sabios de gran prestigio, fundadores de religiones, como Zoroastro, creador del Zoroastrismo con su lucha eterna entre el Bien y el Mal, en la antigua Persia, o Buda, los profetas judíos, hasta llegar al propio Jesucristo, los fundadores de muchos sistemas morales.

Los antiguos filósofos griegos, considerados aquí como clásicos, fueron quienes fijaron las líneas gruesas de la ética como disciplina filosófica diferenciada, precisamente porque ellos fueron los que fundaron las respuestas más generales a los interrogantes más trascendentales, por lo menos desde el punto de vista de lo que hoy se considera la civilización occidental.

Dentro de la sucesión de los filósofos clásicos Sócrates, Platón y Aristóteles, que vivieron en el siglo IV A.C., y aun considerando sus importantes diferencias, se reconoce una nota común a todos ellos: el reconocimiento de la ética como disciplina filosófica, es decir, como un conocimiento al cual se puede acceder a través del razonamiento. Esto marca un deslinde respecto de la moral de las costumbres, las tradiciones y las religiones, al tiempo que abre un camino para el discernimiento ético que será continuado por todos los filósofos posteriores. Los humanos asumen que su comportamiento es bueno, correcto o con-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

veniente (calificativos que son distintos y que remiten a criterios éticos diferentes), no porque así lo haya prescrito un dios o porque siempre se ha hecho así en la comunidad; sino porque está en capacidad de “dar razón” de su acción, explicarla a la luz del pensamiento o el conocimiento. Este rasgo común del pensamiento de los tres filósofos griegos clásicos, se puede denominar la constante racionalista, respecto de la cual otras éticas posteriores tomarán mayor o menor distancia, en consideración de los sentimientos, por ejemplo, o desarrollarán a profundidad, sistematizando criterios de validación o universalización.

En el primero de estos maestros clásicos, Sócrates, notamos, a través de los diálogos escritos por su discípulo Platón, que las reflexiones éticas abordan el esclarecimiento de conceptos éticos claves tales como la *virtud*, el *valor*, la *justicia*, entre otras. Todo ello, dentro de la perspectiva general determinante del vínculo entre ética y política, expresado en el pensamiento de que el auténtico objetivo de la política consiste en hacer mejores a los hombres. En los Diálogos, se reflejan las conversaciones y debates que sostenía su maestro, Sócrates, con el fin de aclarar los conceptos fundamentales entre los griegos notables, tenemos un gran ejemplo de cómo el razonamiento riguroso entra en discusión, mediante los procedimientos de la mayéutica (la interrogación sistemática) y la dialéctica (el enfrentamiento entre posiciones opuestas y/o diferentes), con las nociones que las personas tienen pues las han recogido del sentido común o de la tradición de sus comunidades. Específicamente, en el Diálogo con Menón (12), un discípulo de los sofistas, Sócrates interroga a su invitado acerca de la esencia de la virtud, qué es lo que es, así como si se puede enseñar o aprender. Una primera respuesta que da Menón es que la virtud consiste en el cumplimiento de ciertos deberes públicos y privados; pero esa definición confunde lo general, acerca de cuyo concepto se cuestiona, y lo particular que se queda en los ejemplos. Porque en efecto cada edad y sexo tiene sus deberes, pero la pregunta es acerca de la virtud en general y en esencia. Sócrates pregunta si la virtud reside en alguna característica que portan los virtuosos, tales como la sabiduría o la

justicia, y Menón contesta que puede ser la capacidad de mandar, respuesta que tiene el defecto que excluye a los niños y a los esclavos, pero que además no precisa cómo debe mandarse. Esto obliga a Menón a agregar a la justicia como rasgo esencial de la virtud, pero Sócrates prosigue su cuestionamiento preguntando por qué no el valor, la liberalidad o la sabiduría. Pero pronto se ve que estos elementos son componentes de la virtud y no su esencia general. Menón, entonces, arriesga una nueva definición: la virtud es saber procurarse el Bien; pero esta respuesta devuelve la conversación a un aspecto de la virtud y no a esta, en su totalidad. En este punto, Sócrates logra reducir a su interlocutor a un estado de duda sistemática, de ignorancia reconocida, de decir “yo no sé” que, para el gran filósofo es el mejor punto de partida para la indagación filosófica, puesto que se tiene confianza en que cualquiera, hasta un ignorante, puede llegar a tener ideas mediante la reminiscencia de las ideas primordiales. Sócrates entonces retoma el debate en el punto de si la virtud puede aprenderse, lo cual depende de si se le puede definir como una ciencia. Respecto de la virtud es evidente que es un bien, así como el conocimiento. Este no es natural al Hombre, sino que es adquirida, por un maestro, o por propia experiencia. Pero hay una posición, la de otro personaje del Diálogo, Anito, quien defiende que la virtud no se adquiere ni se transmite, sino que es propia de grandes virtuosos. Entonces, Sócrates razona que la virtud ni es cualidad natural ni es adquirida en la educación, por lo que no es una ciencia, sino un don recibido de los dioses. Con esta conclusión del diálogo, Sócrates mantiene abierta la interrogación acerca de la virtud, pero ha enseñado varios métodos de indagación con los cuales puede llegarse a ella: la mayéutica, la dialéctica, las hipótesis, la reminiscencia de las ideas. Es la investigación racional la que puede aportar las respuestas (13).

Concluye Sócrates que la virtud sólo puede adquirirse al poder dar razón de la acción, es decir, el conocimiento de la causa de las cosas, y ese conocimiento es una reminiscencia de la Ideas arquetípicas situadas en el *Topos Urano* (12). En los Diálogos de Platón, donde el

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

personaje principal es su maestro Sócrates, se expone el concepto de Ética como una ciencia que estudia las formas de hacer el Bien desde la gestión de la política, que se plasma en hacer mejores a los hombres (los ciudadanos).

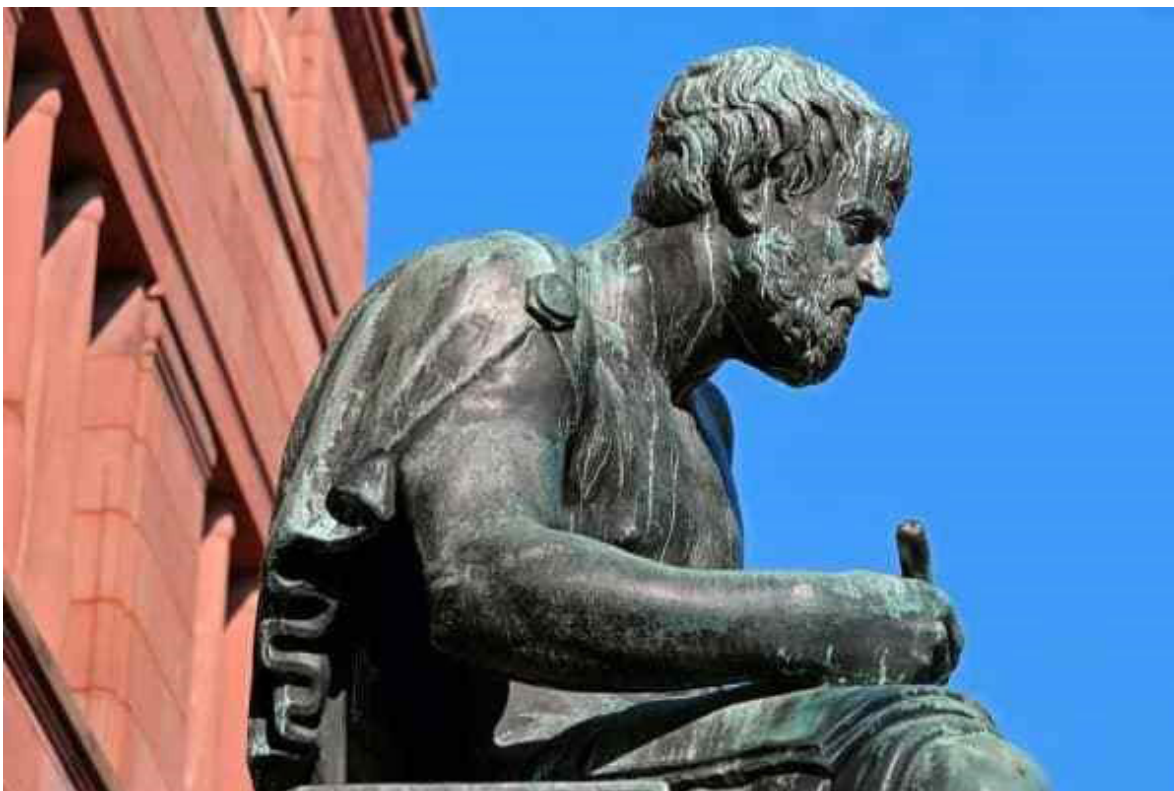


Figura 1. Aristóteles

Filosofía&Co. Aristóteles: el filósofo que conoció todo [Internet]. 2018 [citado 22/11/2020]. Disponible en: <https://www.filco.es/aristoteles-filosofo-conocer/>

En la obra de Aristóteles (14) encontramos una noción un tanto diferente de la ética. Si bien mantiene la idea de una ciencia de la ética, Aristóteles hace depender la dilucidación del comportamiento correcto o bueno, de una “inteligencia práctica”, denominada en griego *frónesis* que se ha traducido como “prudencia”, la cual permite a cada individuo hallar el término medio en las acciones y pasiones humanas,

para viabilizar la búsqueda de la felicidad o *eudaimonía*. Aristóteles se refiere a esa prudencia para cuatro tipos de vida: la contemplativa, la virtuosa, la placentera, agregando algunos intérpretes la vida del negocio. Por otra parte, rechaza el filósofo griego el hedonismo, tendencia ética que establece como guía para la vida la mera consecución de los placeres y la evitación del dolor. Más bien se pronuncia por practicar la virtud, hacernos buenos y conocer lo que es bueno para la vida, no tanto para acumular saberes, sino para aplicarlos.

La ética para Aristóteles sería entonces una ciencia o filosofía práctica acerca del Bien, no en la Idea, en general o en abstracto como podría plantearlo Platón, sino del Bien para el Hombre concreto, puesto que se trata del asunto propiamente humano. Por ello habla de la *felicidad* como del bien específicamente humano. Esta, a su vez, se ve definida por el “término medio” dictado por la mejor función humana, que es la razón, que pone una medida a los apetitos y las pasiones, evitando los extremos. Así, el Hombre que quiere ser virtuoso debe estar pendiente y observar sus vicios opuestos y, finalmente, sugerir algunos consejos prácticos para alcanzar el medio, lo cual se resume, en definitiva, a huir del extremo más lejano y elegir el mal menor en caso de necesidad mayor; vigilar los extremos a los que somos más inclinados por naturaleza y guardarnos del placer, que suele coincidir con lo anterior (14).

Platón desarrolla las líneas de Sócrates, en lo que se refiere a los métodos de indagación filosófica, y llega a plantearse la interrogante acerca del Bien Supremo, que sólo puede hallarse, junto a las Ideas primordiales o Arquetipos, en el *Topos Urano*. Sólo el intelecto puede acceder a ese Otro Mundo de las Ideas, en la forma de una reminiscencia y, mediante el recuerdo (anamnesis) puede llegar a conocerlas. El Bien Supremo, el Bien que es la esencia de todos los bienes, sólo puede ser de orden divino (15).

Se ha dicho que, para los antiguos griegos, la ética se deriva de la Política, porque la vida humana para ellos era inconcebible de forma

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

puramente individual, al margen de la comunidad, la expresión por autonomasia de ésta última es la ciudad Estado. Este enfoque general aparece en Sócrates y Platón, cuyas indagaciones morales siempre están vinculadas a lo que es válido en el seno de la *Polis*. En Aristóteles, esto se manifiesta en su clasificación de las ciencias, cuando ubica a la ética como sólo una parte de la ciencia práctica suprema, la Política. Previamente, ha clasificado los conocimientos en tres grandes grupos: los teóricos, los prácticos y los productivos. Es por ello, que las consideraciones éticas aristotélicas no pueden comprenderse al margen de sus conceptos políticos. Es más, Aristóteles se refiere a la ética como “estudio del carácter (*Ethos*)”. Por otra parte, considera a la buena Política, aquella que tiene como objetivo el Bien, como aquella que hace mejores a los hombres, desde el punto de vista ético. Esta formulación tiene que ver con el rasgo teleológico del pensamiento aristotélico: las acciones adquieren calificación de acuerdo al fin que se propone. La ciencia que estudia los fines y lo que es bueno para el Hombre, es la Política. Ella nos dice lo que debemos hacer y lo que debemos evitar. La cuestión es, desde este punto de vista aristotélico, cuál es el fin o el bien supremo para el Humano. En esto responde, como ya hemos dicho, la *eudaimonia*, que se ha traducido por “felicidad”, aunque en el uso ordinario de la lengua griega, la palabra significa simplemente buena fortuna, con frecuente alusión particular a la prosperidad exterior.

Aristóteles insiste en que la *eudaimonia* es una especie de actividad y no una especie de placer, aunque el placer la acompañe naturalmente. La expresión “bienestar” pudiera ser mejor. El bien para el hombre debe presentar dos caracteres: debe ser un final, algo elegido por sí mismo y no como medio para alcanzar otra cosa. Y debe ser suficiente en sí mismo, es decir, algo que por sí mismo hace la vida digna de ser elegida.

En resumen, para Aristóteles el fin del Hombre es buscar un género de vida que pueda dar al hombre más satisfacción. Para ello se debe

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

relativos al Universo, los astros, la composición de lo existente, pero su principal preocupación es la vida concreta de los seres humanos y su cuidado, especialmente ético, puesto que para ellos la filosofía siempre se trata de las existencias particulares.

Los estoicos, llamados así por el nombre de la puerta donde el fundador de su escuela, Zenón, reunía a sus discípulos (*Stoa Poikilé*), postulan como objetivo de su pensamiento lograr la armonía de cada vida con las leyes más generales del Universo, puesto que, en virtud del Logos, ya todo lo que ocurre está predeterminado, y sólo es racional aceptar y acompañar al Destino (*factum*).

Esta opinión filosófica muestra un extremo determinismo que se resume en la máxima de “vive de acuerdo con la Naturaleza”, ya que la nuestra es parte de la única naturaleza, la mayor, regida por el *Logos* (la razón del Cosmos), por lo que todos los hechos y acontecimientos tienen una razón que hay que aceptar. De modo, que la existencia debe amoldarse al deber de someterse a los dictados de la Providencia y el Destino, que siempre son racionales, aunque no podamos comprenderlos en un primer momento. Sólo con esta actitud, los estoicos logran la tranquilidad, la serenidad o *ataraxia*.

Los estoicos consideran como la primera obligación la de controlar las pasiones y proponen, frente a ellas, la imperturbabilidad, con la cual se logra la alegría serena o el buen humor de la *eutimia* y, finalmente, la felicidad (*eudaimonia*). Para citar un pensamiento famoso de uno de los estoicos más notables, el emperador Marco Aurelio, se pedía a la Divinidad (o al *Logos* del Universo) “paciencia con las cosas que no puedo cambiar, coraje para cambiar lo que puedo y sabiduría para distinguir entre ambas clases de cosas”.

Son conocidos como cínicos, un grupo de filósofos griegos, entre quienes se cuentan Diógenes de Sínope, Mónimo, Antístenes, Crates, Metrocles, Hiparquia, Menipo, Menedemo, entre otros, que no sólo divul-

gaban sus doctrinas, sino que pretendían, con un comportamiento que a otros parecía desenfadada y hasta ofensiva, afirmar una sabiduría ética basada principalmente en la naturalidad y la extrema franqueza que, a veces, podían parecer impertinentes para los atenienses, quienes tenían al respeto y el pudor como manifestaciones mínimas necesarias para la vida en común. De esas actitudes, al parecer, deriva el nombre con el que se les conoció, que procede de la designación de los perros (en griego *kinos*), animal impúdico y desvergonzado, que come, hace sus necesidades y realiza sus coitos en las plazas públicas. Su disciplina era decir siempre lo que consideraban la verdad, duélale a quien le duela; así como la obligación ética de vivir según la doctrina que se defiende.

Los cínicos iniciaron sus enseñanzas desde la época de Sócrates. Incluso uno de los primeros, Antístenes, fue su discípulo. Vivir según la naturaleza y rendir culto a la sinceridad y la verdad eran las bases de su ética. Ello, conjugado con un desafiante materialismo que refutaba cualquier pensamiento abstracto idealista, al estilo de Platón. La actitud provocadora de los cínicos les granjeó una gran fama en la Antigua Grecia. Aún se conoce la anécdota de Diógenes quien dormía en un tonel y en el día encendía una lámpara para “buscar a un hombre” mostrando su desprecio hacia la comodidad y la cobardía de los griegos ante situaciones que ameritaban decisión y fortaleza. Al llamar a que acudiesen los hombres y algunos de ellos acercársele, los ahuyentó con un palo, diciendo: “¡Clamé por hombres, no por desperdicios!”. Otras anécdotas se refieren a la costumbre de otro cínico, Crates, de abrir las puertas de los hogares para pretender resolver disputas domésticas. Llama la atención Hiparquía, una de las pocas mujeres filósofas en la antigüedad, cuya sabiduría fue tan reconocida como su promiscuidad. Así mismo, es ilustrativa la circunstancia atribuida a Aristipo, según la cual, habiendo sido invitado a una mansión muy lujosa, se le indicó que no estaba permitido escupir en el suelo; acto seguido el filósofo escupió a la cara del anfitrión, alegando que no había encontrado otro lugar más sucio para hacerlo (17).

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Los cínicos no dejaron mucha obra escrita, sino diálogos y obras paródicas, de las cuales se trasunta los elementos generales de su doctrina. Los comentaristas apuntan que fue una filosofía que surgió como respuesta a la situación histórica griega, caracterizada por monarcas tiránicos, apoyados por ejércitos mercenarios, y el relajamiento del orgullo y el ánimo nacionalista. Los cínicos pensaban que la virtud podía enseñarse sobre todo con el ejemplo, pues no reside en las leyes, sino en la práctica; que la nobleza no viene de una cuna encumbrada, sino de la misma virtud. Está se manifiesta en los hechos y no requiere bonitos palabras y complicados conocimientos. El sabio es autosuficiente y la impopularidad es un bien, como lo es el esfuerzo. El bueno y virtuoso es digno de amor. Apremiar a los enemigos, pues ellos serán los primeros en detectar nuestras faltas. La sensatez es un muro segurísimo que nos protege y por ello, debemos construir con razonamientos inexpugnables grandes murallas.

Para Epicuro, los grandes temas de la filosofía deben ser la amistad, la felicidad, la tranquilidad, la salud del cuerpo y de la mente y la vida equilibrada. Frente a la ilusión de felicidad que ofrecen las propiedades y los lujos, Epicuro propone la sencillez de una vida apartada, con su huerto y su jardín, desde la cual predicaba con la palabra y el ejemplo que se debe tender a la felicidad, entendida por un placer equilibrado por la sensatez, la búsqueda de la tranquilidad, la despreocupación frente a la muerte que inevitablemente llegará y al hacerlo nos hará completamente indiferentes, y a los dioses, quienes se hallan demasiado lejos como prestarnos atención, para asustarnos o imponernos alguna regla de conducta. La filosofía epicúrea retoma el materialismo del planteamiento atomístico de Demócrito, al tiempo que reivindica la libertad de los individuos.

La misma filosofía es el gran remedio para Epicuro, para las tristezas y preocupaciones de la vida. Frente a la noción de ciudadanía y la lealtad nacional, Epicuro levantaba la amistad como valor, pues es el vínculo de los que viven cerca, en comunidad e igualdad, y se dicen

la verdad unos a otros, contribuyendo así a la perfección de cada uno, aunque es responsabilidad de cada quien alcanzar la felicidad.

La filosofía epicúrea (al igual que el estoicismo y los dichos y anécdotas de los cínicos) tenía mucha popularidad en el Imperio Romano, cuando el cristianismo comenzó a afirmarse y devino, con Constantino, en religión del Estado imperial. Aunque no eran propiamente filosofías ateas, sí eran fuertemente laicas, por lo que fueron vistas, al principio, con mucha hostilidad por la nueva ideología del Estado. Pero, al mismo tiempo, muchos de sus elementos pasaron a la nueva hegemonía. Por ejemplo, son reconocibles muchas actitudes estoicas en algunas recomendaciones cristianas; por ejemplo, su resignación ante la Providencia. Este es uno de los índices de que el cristianismo combinó los aportes éticos y filosóficos en general (por ejemplo, el que hicieron los tres filósofos clásicos) a su doctrina, junto al aporte propiamente hebraico, derivado de la interpretación de la Biblia, una colección de textos y tradiciones que presuntamente reflejaban la historia del pueblo judío desde la Creación.

Los llamados Padres de la Iglesia desarrollaron una hermenéutica o arte de la interpretación para leer las sagradas escrituras, supuestamente inspiradas por el Espíritu Santo. La lectura de estos textos debía combinar el sentido literal o exotérico, en el cual se narraban las vicisitudes del pueblo judío y la vida de Jesucristo y la de sus primeros discípulos, con sentidos figurados, que se ordenaban según un orden alegórico, moral y anagógico.

La Biblia está compuesta por dos libros, el Antiguo y el Nuevo Testamento. Este último debía ser el cumplimiento de las profecías de las que se informaba en el primero. Para interpretar y aclarar esta relación entre las profecías y su realización, se aplicaba la interpretación alegórica; es decir, las circunstancias, prescripciones y doctrinas que se recogían en el Antiguo Testamento, eran la representación alegórica de los hechos de la vida de Jesús y sus seguidores, formadores de la nue-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

va Iglesia. El tercer nivel de interpretación es el moral; es decir, todos los que lean las Escrituras deben encontrar en ellas un mensaje moral, una prescripción, un consejo, un consuelo, que se refiera a la especial circunstancia de cada fiel. El último nivel de interpretación, el anagógico, se refiere a la enseñanza bíblica dirigida a toda la Humanidad, por cuanto se refiere al futuro, al cumplimiento definitivo de la Segunda Venida del Señor y el Juicio definitivo (18).

Ya el sabio judío alejandrino Hillel había interpretado los libros bíblicos de su pueblo, como un mensaje moral figurado, el cual podía resumirse en la “regla de oro”: “no hagas a los demás lo que no quieras que te hagan”. Según los evangelios, Jesús no había venido a agregar o corregir nada de la tradición moral hebrea, cuyo centro son los diez mandamientos, sino, en todo caso, a enfatizar la orientación del amor: amar a Dios sobre todas las cosas, amar al prójimo e, incluso, amar a los enemigos. Esta moralidad judeocristiana fue heredada por el Islam, nueva religión en cuyo libro sagrado “El Corán”, aparecen en la sucesión de profetas los mismos del Antiguo Testamento judío, además de María y el propio Jesús. De modo, que se trata de una misma tradición la judeocristiana y la islámica, como se advierte en el monoteísmo y los preceptos morales fundadas en el amor y el temor a Dios, y los mandatos revelados a Moisés.

Los debates teológicos, suscitados en todas y cada una de esas religiones, han provocado cismas importantes y confrontaciones a propósito de los principios de la moral. Ya se ha hecho una breve referencia al debate en torno al libre albedrío frente a la predestinación, y la primacía disputada entre la práctica y la fe. Esas premisas morales sirvieron de justificación del surgimiento de las Iglesias Protestantes, por ejemplo, las cuales, a través del Luteranismo y el Culteranismo, se inclinaron hacia la tesis de la Predestinación, donde la Gracia Divina sólo podía manifestarse en las riquezas obtenidas, por lo que motivaban la conducta muy disciplinada, ahorrativa y duramente austera. Estas discusiones repercutieron, muchos siglos después, en las posturas de

los moralistas franceses, representados por La Rochefoucauld (19), en el siglo XVII, muy vinculados con la influencia del Jansenismo (doctrina moral del obispo Jansenio), con su tesis de que el ser humano siempre se sentirá atraído por el Mal, por su naturaleza y debido al Pecado Original. Por ello, abunda tanto la hipocresía: porque se disfraza de virtud lo que no es más que egoísmo y vanidad (20).

De este breve y limitado recorrido por la historia de la ética como disciplina filosófica, podemos indicar que consiste en un debate donde siempre se está tematizando las posiciones opuestas y correlativas de la libertad y la determinación, las diferentes perspectivas del Bien, las relaciones problemáticas entre lo Obligatorio y la búsqueda de la felicidad o el bienestar, entre la capacidad racional de fundamentar una ética y los resultados de los comportamientos independientemente de su justificación argumentativa.

Por ello es importante, como se hace a continuación, distinguir y relacionar dos términos muy importantes: la moral y la ética.

1.3. Definición de ética

Según la interpretación de Paul Ricoeur (21), toda la elaboración filosófica ética puede agruparse en dos grandes corrientes de pensamiento. Una, se ocupa del Deber y la Obligación, y la otra, de lograr el objetivo de una Vida Buena (la causa material de la ética) a través de la deliberación que realiza cada individuo en libertad para lograr su propio bienestar o felicidad. Para las éticas del primer tipo, Ricoeur reserva el nombre de moral, término que proviene del latín *mores* que significa costumbre; mientras que las reflexiones de la otra rama del conocimiento ético se llamarían propiamente éticas, correspondiente a un determinado carácter (*ethos*).

El modelo para las éticas del primer tipo es el sistema del filósofo alemán Emmanuel Kant, quien desarrolla en su obra “Crítica de la razón

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

práctica” el proceso racional por el cual se establece el *imperativo categórico*, la máxima de acción que se impone como obligación el sujeto puesto es deseable su universalización. Es la manera racional de justificar lo que en la Biblia aparece como “la regla de oro”: “no hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti”. Por otra parte, las éticas enfocadas a lograr el bienestar y la felicidad, tienen como modelo el pensamiento teleológico aristotélico, es decir enfocadas en los fines o causas materiales de la acción humana, y su concepto de “prudencia” (*frónesis* en griego) o capacidad de los Hombres Libres de establecer por sí mismo lo que les conviene para lograr su propio Bien. Se trata, dice el autor, de establecer un matiz entre lo que se considera *bueno* y lo que se considera *obligatorio*.

Estos matices se sintetizan en lo que concibe Ricoeur como la aspiración ética, que se resume en tender a la vida buena, con y para los otros, en el marco de instituciones justas. Defiende el filósofo francés que comentamos, la primacía de la ética (tender a lo Bueno) sobre lo moral (lo normativo u obligatorio). La ética destaca la capacidad de actuar intencionadamente del Hombre, que se manifiesta en su propia deliberación.

Al actuar deliberadamente, cada uno se relaciona con los demás en los cuales se identifica la misma cualidad ética y el mismo objetivo de la felicidad, y por ello es implicada una consideración hacia los otros que no se agota en el Yo; esto es lo que entraña una *reciprocidad*. El marco adecuado a estas relaciones y otras que las trascienden (más allá de la relación personal inmediata) es el que brindan las instituciones justas que contemplan una exigencia de igualdad y de equidad.

1.4. Cuadro comparativo entre moral y ética

La distinción, la comparación y la relación entre ética y moral, pueden ilustrarse mediante el siguiente cuadro.



Tabla 1. Cuadro comparativo entre moral y ética

Ética	Moral
Reflexión filosófica	Tradicición, costumbre o mandato de autoridad
Carácter individual	Carácter grupal y popular
Orientado por la prudencia (Frónesis)	Orientado por el deber (imperativo)
Deliberación	Aceptación y Obediencia

Fuente: (2)

De esta manera, la ética queda delimitada como aquella indagación teórica o filosófica, en cuanto debe describir, clasificar, justificar y deducir lo que constituye el Bien para los individuos, a través del ejercicio de la deliberación racional orientada por la prudencia o inteligencia práctica (Aristóteles).

Por oposición, la moral, partiendo de su etimología que refiere a las costumbres de un pueblo o comunidad (grupo o pueblo), remite a una tradición o al mandato de alguna autoridad, sea divina o soberana, que impone deberes a los individuos, los cuales deben asumirla con respeto y obediencia.

Por supuesto, en estas definiciones genéricas no son conclusivas o definitivas, pues son objeto de disputas filosóficas que aún hoy continúan y no tienen visos de concluirse en un consenso total. Por ello, es conveniente tener un mapa de las principales posiciones éticas, por lo menos desde la época moderna.

1.5. Corrientes de la ética o teoría de la ética

Frente al pesimismo moral, que afirma la predisposición del Hombre hacia el Mal y el Pecado, y el determinismo, que establece causas externas a los seres humanos, dejando muy poco espacio para la deliberación libre y racional, resurgieron las voces filosóficas que abogaban por la libertad humana, respaldada además por la Razón.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Estas ideas, propias de la Ilustración a partir del siglo XVIII en Europa, encontraron expresiones sistemáticas en obras como la de Emmanuel Kant, principal representante de la ética como razón práctica.



Figura 2. Immanuel Kant

Bloghemia. ¿El hombre es malo por naturaleza? | por Immanuel Kant [Internet]. 2020 [citado 22/11/2020]. Disponible en: https://www.bloghemia.com/2020/08/el-hombre-es-malo-por-naturaleza-por_20.html

Kant examinó los límites y debilidades de la razón en la serie de sus tres críticas (de la Razón Pura, de la Razón Práctica y de la Facultad de Juzgar) en la cuales investigó respectivamente las condiciones previas al conocimiento, a la autodeterminación y al juicio estético. Tales premisas residen en el Sujeto Trascendental que, en el caso de la Razón Práctica, permiten ejercer la Libertad bajo la forma de la elaboración de máximas del comportamiento cuya universalidad pueda ser deseable. Esa facultad moral humana da como resultado la enunciación del imperativo categórico, el cual constituye el dominio del Deber Moral, muy cercano a la Obligación y a la legalidad.

Cabe destacar que estos temas de la posibilidad de una fundamentación racional de la moral, son retomados por la llamada “Ética de la comunicación o discursiva”, desarrollada por autores como Jürgen Habermas y Karl Otto Appel. Estos pensadores se proponen reconstruir una moral de respeto y responsabilidad solidaria con todos, a través de

una fundamentación racional de los contenidos de una tradición cuyos fundamentos religiosos están en ruinas. El planteamiento se hace con la conciencia histórica (en el caso de Habermas; para Appel se parte de unas condiciones trascendentales) de que las bases metafísicas, que constituían un consenso en la comunidad, se han disipado, por lo que se hace necesario llegar a nuevos acuerdos acerca de las normas de la convivencia moral, mediante el intercambio comunicativo o diálogo. Para ello, es necesario postular una situación ideal de habla en la cual esa comunicación, donde se intercambian enunciados con pretensiones de validez, se posibilite reconociendo el derecho y el turno de cada quien, de expresar su opinión, acordándose en las significaciones y acepciones del lenguaje utilizado, partiendo de los mismos procedimientos para el establecimiento de la verificación de las aserciones hechas, asumiendo la sinceridad de los enunciados. Sólo con un diálogo en esas condiciones contrafácticas, la ausencia de bienes trascendentes, se compensa con las condiciones inmanentes del diálogo, de la práctica deliberativa (22).

En la misma tradición de la economía política del siglo XVIII, Jeremy Bentham sienta las bases, desarrolladas más tarde por Stuart Mill y otros hasta nuestros días, de la propuesta utilitarista, la cual parte del egoísmo de los individuos, que buscan su propia felicidad, y la posibilidad de una dilucidación racional, en términos de cálculo matemático, de lo que pueden lograr. En la vida social, todos los actores actúan racionalmente en su propio interés, buscando poder, riquezas, comodidad, por lo que es posible realizar una medida para la felicidad.

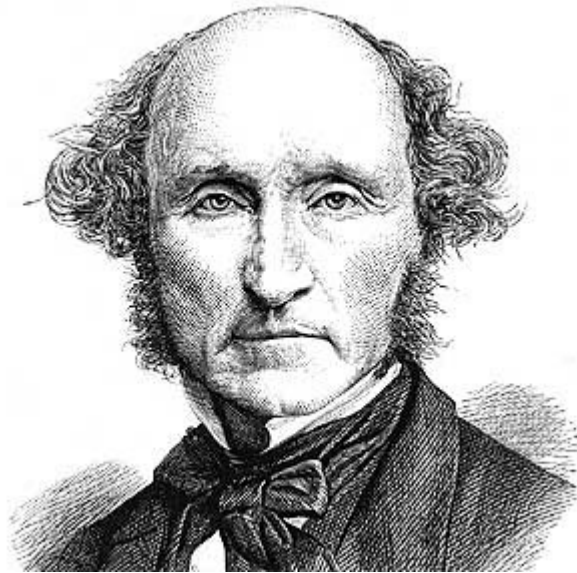


Figura 3. John Stuart Mill

biografiasyvidas.com. John Stuart Mill [Internet]. 2004 [citado 25/11/2020]. Disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/m/mill.htm>

Así, las elecciones individuales son consecuencias de la ordenación de las preferencias de cada individuo, y los resultados son consecuencia de la interacción de las decisiones particulares. El método para examinar esas interacciones es conocer los cálculos que debieran hacer racionalmente cada actor en función de su propio bienestar. De allí, surge la propuesta del cálculo del bienestar social, a partir del principio de la maximización del bienestar de cada quien. El bien de cada quien se establece a partir del concepto de utilidad que se resume en la capacidad del objeto de satisfacer de los deseos o preferencias de cada individuo (23).

Un planteamiento ético parecido al utilitarismo, es el del pragmatismo. De hecho, en esta última corriente filosófica juega un papel central la noción de Bien, en torno a la cual incluso gira la idea de la verdad; aunque en realidad el pragmatismo, al menos en la versión más reciente del norteamericano Richard Rorty, no se plantea la ética como

una ciencia, mucho menos como un sistema teórico, sino como una orientación principal hacia los resultados prácticos. Este rechazo a la teoría es patente en la relativización que emprende el filósofo hacia las verdades científicas o filosóficas.

La propuesta es abandonar el paradigma de la verdad y el criterio de la objetividad, propio de la ciencia, para pasar al criterio de la solidaridad y la esperanza. Así mismo dejar de lado la idea del filósofo, e incluso del científico, “como alguien que conoce algo sobre el conocer que ningún otro conoce tan bien. Las ciencias no son más que sistemas de creencias, acerca de las cuales sólo cabe preguntar el para qué se cree en ello. La filosofía, por otra parte, pretende cerrar lo incompleto de lo humano, con sistemas ideológicos, en vez de hacer como en las novelas en las cuales se aprecia la positiva relatividad de los asuntos humanos, la contingencia radical de un mundo sin necesidades absolutas, sino posibilidades abiertas.

En consecuencia, la moral no debe pasar tanto por el razonamiento, como por los sentimientos, y entre ellos, la compasión, que es el más importante desde un punto de vista ético. Por tanto, no importa el fundamento de alguna moral, sino su resultado como extensión de la solidaridad en una comunidad de cualquier extensión, tomando en cuenta que dicha solidaridad se practicará en las condiciones contingentes de lo que tienen en común unos pocos. Más que tener una visión más clara de lo que tienen de común todos los hombres, se trataría de tejer una práctica de la solidaridad con la mayor cantidad posible de seres humanos (24).

Aun cuando el existencialismo, específicamente el de Jean Paul Sartre, no se presenta como una reflexión ética, sino más bien ontológica, puesto que su preocupación principal se dirige a dilucidar la especificidad de la esencia humana, da respuesta a una cuestión central de las éticas, especialmente las modernas: la libertad. Para Sartre, el ser humano no es, no dispone de un Ser fijo, determinado, como podría

Enrique Dussel (27)), partiendo de una fuente hebrea y no griega de la filosofía, funda toda ética en la apertura hacia el absolutamente Otro, ontológicamente anterior de la constitución del Yo, el cual impone la Ley. Este absolutamente Otro, si bien tiene manifestaciones inmediatas en los demás (y, sobre todo, en la Víctima), tiene los rasgos de Dios, pues funda en la prioridad y antecendencia de la alteridad radical, la propia existencia y Ser del Yo, del Mismo. El radicalmente Otro, si bien se me aparece inmediatamente en el prójimo (los demás), sólo se vislumbra a través de la superación de una distancia infinita que viene siendo, en propiedad, la experiencia ética (28).

1.6. Definición de la ética médica

A diario, los médicos se consiguen con casos prácticos donde se plantean dilemas que exigen una reflexión ética. Las decisiones comprometen a otras personas, el paciente, sus familiares, sus conocidos, a la institución donde trabaja, la profesión misma que practica y a sí mismo como persona, con sus creencias particulares. Los interrogantes éticos versan sobre el comportamiento y la toma de decisiones del médico, que adquieren una gran gravedad puesto que de ellas dependen incluso la vida de otros sujetos, hombres, mujeres, niños o ancianos. Tales problemas no pueden plantearse como preguntas únicamente científicas o técnicas del tipo cómo tratar la diabetes o cómo realizar un bypass doble, porque versan, más bien, sobre **valores**, derechos y responsabilidades. Los interrogantes éticos agobian al médico con la misma intensidad y frecuencia que a las que se refieren a sus conocimientos científicos, sus habilidades técnicas, la disposición de equipos de tecnología sofisticada o posibilidad de aprovechar recursos.

Son diversas las interrogantes éticas en medicina, y tienen diversos grados de complejidad. Por una parte, como existe un consenso sobre la manera correcta de responder a las circunstancias, pueden tener respuestas más o menos fáciles. Por ejemplo, el médico siempre debe pedir el consentimiento del paciente para tomar parte en una investiga-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

ción, o debe cumplir con el debido protocolo en caso de un trasplante. Otros dilemas son mucho más difíciles, en especial, cuando todas las alternativas tienen desventajas (por ejemplo, el racionamiento de recursos de salud escasos).

Desde la época de Hipócrates, aquel antiguo sabio griego del siglo V antes de la era cristiana, considerado como padre de la Medicina, la ética ha formado parte integral de la medicina. A partir de Hipócrates se concibió a la Medicina como una profesión, una especial misión de carácter casi sacerdotal, y por ello se vio respaldada su consagración a través de una promesa pública para afirmar que los intereses del paciente estarían por encima de sus propios intereses.

Por supuesto, los contextos históricos condicionan e influyen los criterios éticos y, por tanto, la manera misma de plantearse los problemas y las respuestas. Con el reconocimiento internacional de los Derechos Humanos, así como la asunción de la problemática de la diversidad de las culturas y la amenaza ecológica y ambiental, las consideraciones éticas han alcanzado nuevos niveles de complejidad. Se trata de un mundo *pluralista* y multicultural, donde las numerosas tradiciones morales hacen sus exigencias y fijan conceptos. Por otra parte, los acuerdos internacionales, expresados en documentos que pretenden orientar la actuación de los profesionales de la salud en el mundo entero y comprometer incluso a los gobiernos, en materia de derechos humanos, proporcionan algunas bases para la ética médica que es aceptada a través de las fronteras nacionales y culturales.

En la actualidad, el médico tiene que enfrentarse y dar solución a problemas médicos derivados de las violaciones de los derechos humanos, así como con situaciones extremadamente delicadas y hasta peligrosas, como la migración forzada, la persecución política y la tortura. El médico en la actualidad se ve condicionado por debates fundamentales tales como la cualidad de derecho humano de la atención médica, problemas de cuya respuesta depende la determinación de quién debe tener acceso a la atención médica.

Por ello, adquieren relevancia actual los asuntos éticos de la Medicina. Para aproximarnos adecuadamente a una definición de la ética médica, debemos remontarnos a los orígenes de la profesión, que se ubican en la Antigüedad, con aquel personaje considerado como el Padre de la Medicina.

Hipócrates, nació en el siglo **IV** a. C., por lo que fue contemporáneo de la aurora de la filosofía griega. Ejerció la medicina, ganándose un gran prestigio en todas las ciudades estado de la época. Escribió una colección de textos de su sabiduría que incluye 72 libros y 59 tratados en la llamada Colección Hipocrática o *Corpus Hippocraticum*, recopilada por Ptolomeo en la gran Biblioteca de Alejandría, ciudad que fue un gran centro cultural de la Antigüedad. Los libros de Hipócrates desarrollan los primeros conceptos de la anatomía, la fisiología, la patología general, la ginecología, la obstetricia, las enfermedades mentales, la cirugía, el diagnóstico, los pronósticos y los tratamientos. Pero, igualmente, Hipócrates tuvo en gran consideración los asuntos éticos con los que se enfrentaba los profesantes de la Medicina, y a ello dedicó importantes esfuerzos, cuya influencia se sienten todavía en la actualidad (29).

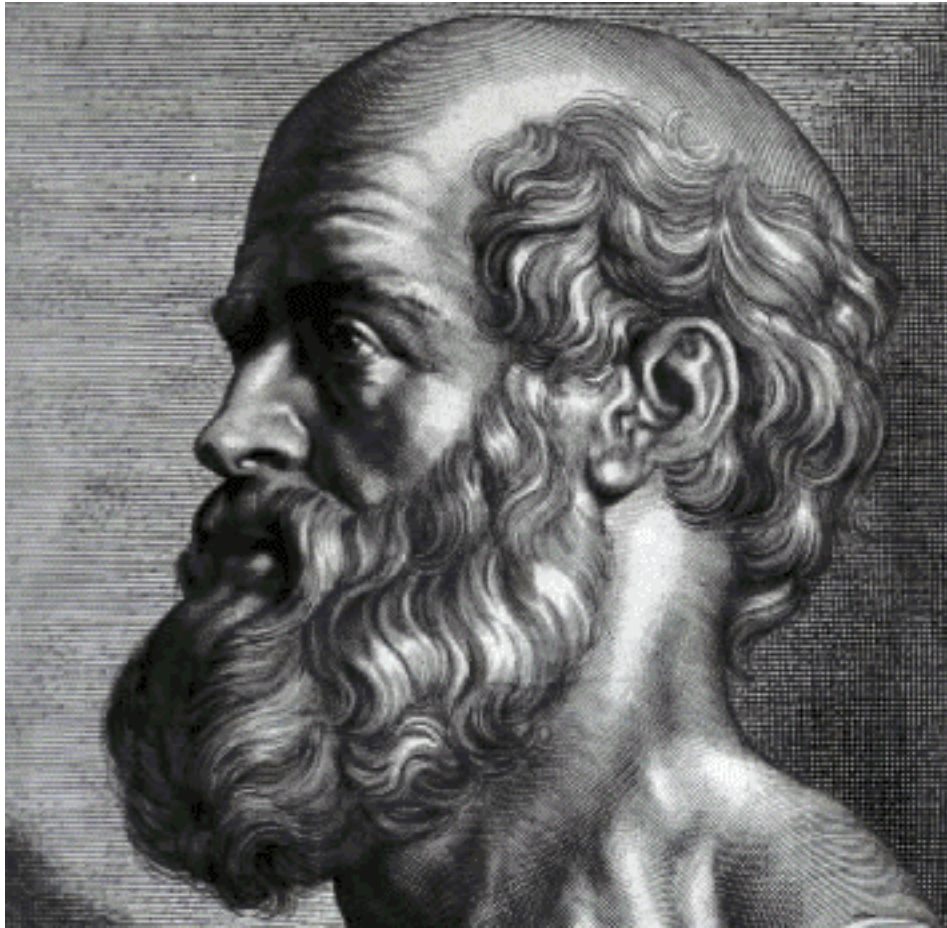


Figura 4. Hipócrates

biografiasyvidas.com. Hipócrates de Cos [Internet]. 2004 [citado 25/11/2020]. Disponible en: <https://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/hipocrates.htm>

El método hipocrático aplica en sus indagaciones la racionalidad libre de interpretaciones sobrenaturales y religiosas. Usa la observación directa y el estudio del paciente y no de la enfermedad, lo cual le permite hacer una evaluación honesta y ayudar a las fuerzas naturales del cuerpo humano.

Hubo, por supuesto, otros médicos en la Antigua Grecia que ejercieron su profesión al mismo tiempo y después de Hipócrates, quienes tam-

bién gozaron de buena reputación. Entre ellos destacan Crisipo (médico filósofo), Euripo de Cnido y Praxágoras. Estos dos últimos junto con Hipócrates fueron los creadores de la dietética. Discípulo de ellos fue Serófilo, considerado un gran anatomista en la Escuela de Alejandría a finales del siglo IV a. C.

Los conocimientos de Hipócrates abarcaban también lo que hoy llamaríamos la psiquiatría pues trató exitosamente a varios enfermos mentales en Macedonia, contándose entre sus pacientes al conocido filósofo Demócrito.

La Obra Hipocrática que se pudo conservar y heredar hasta nuestros tiempos, es una colección que incluye 72 libros y 59 tratados, los cuales se encuentran organizados por materias, agrupados a criterios de similitud. Así hallamos entre ellos conocimientos de Anatomía, en el cual poco se mencionan las vísceras, excepto el corazón, mencionando el pericardio, el miocardio, las válvulas, los tiempos de contracción de aurículas y ventrículos, así como los grandes vasos. Los nervios los considera huecos y los confunde con los ligamientos. Tampoco hace diferencia entre arterias y venas. Igualmente, nos encontramos desarrollos acerca de la *Fisiología, según la cual el pneuma* del aire se inspira por los pulmones y este aire junto con la sangre se encuentra en las arterias, lo cual produce el calor del cuerpo que es indispensable para la vida. La visión depende del cristalino y del humor vítreo. La retina no corresponde al órgano de la vista. Los cuatro elementos de la naturaleza (agua, aire, fuego y tierra) están en concordancia con los cuatro humores (humedad, sequedad, calor y frío) y su armonía es esencial para la salud.

En cuanto a la Patología general, Hipócrates sostiene que la enfermedad tiene como etiología causas internas y externas, como las producidas por los cambios climáticos, la higiene personal, la dieta y el ejercicio físico. La enfermedad tiene tres estados: degeneración de los humores, proceso de coacción y crisis y eliminación de los malos hu-

son descritas minuciosamente, utilizando medicamentos locales, practicando aplicaciones, inserciones y vendajes. Las heridas de guerra tienen una gran connotación, al grado tal que quien desee ser cirujano debe tratar “heridas de guerra”. Las hemorragias se trataban por compresión, lavado y aspectos posturales. Se indicaban que lo no curable con medicamentos se cura con el cuchillo, y lo que el cuchillo no cura lo hace el fuego, y lo que éste no puede curar es incurable. La ligadura de vasos casi no se menciona. Las técnicas operatorias se describen minuciosamente, incluyendo la preparación del paciente, la mesa, la iluminación, el instrumental y los asistentes. Las operaciones más frecuentes son extirpación de tumores, la corrección de fístulas, úlceras y hemorroides.

Otro campo médico al cual se dedicó Hipócrates fue el de la Ginecología y la obstetricia. Según estos textos, el parto se realizaba con la mujer arrodillada sobre un taburete. La presentación cefálica era considerada normal y a la presentación pélvica había que darle la vuelta antes del nacimiento, aunque se creía que el feto era el que tomaba la decisión. Se aconsejaba la expulsión gradual y espontánea de la placenta. Se pensaba que el “semen” que procedía del ovario izquierdo daba lugar a un feto femenino, y si procedía del ovario derecho, el feto era masculino. Algunas enfermedades del útero fueron bien descritas, aunque se desconocía su localización exacta en el abdomen.

Como ya se dijo, Hipócrates también practicó la psiquiatría, y en relación a las enfermedades mentales, los escritos hipocráticos son especialmente descriptivos y precisos en lo que se refiere a los estados emocionales y las enfermedades mentales. La epilepsia y el delirium trémens son incluidos como enfermedades orgánicas, y los trastornos como la depresión y la ansiedad se describen con perspicacia. De igual modo, se toma en cuenta la utilidad médica del sueño.

De gran relevancia es la conducta del médico, señalada frecuentemente en la Colección Hipocrática. El prestigio del médico exige que tenga

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



un aspecto sano, sea aseado y vaya bien vestido. Que sea discreto en el aspecto moral y en sus actitudes, que sea reservado y lleve una vida tranquila y sin excesos, mostrándose afable con todo el mundo. Señala también quiénes pueden ingresar a la profesión, cómo deben comportarse, lo que deben decir y dar consuelo a sus pacientes (30).

De este afán filantrópico y diligente por la salud de los seres humano, propio de la vocación hipocrática, surgió el Juramento de Hipócrates, punto de inicio de toda ética médica, que aún se encuentra vigente.

Se ha hecho una tradición respetada y seguida en todas las facultades de medicina del mundo, que los estudiantes de la carrera, al finalizar sus estudios y exámenes, realicen el juramento de Hipócrates en un acto solemne ante los compañeros de estudio, ante sus familias y ante el pueblo. Por supuesto, hay numerosas leyes vigentes en todo el mundo que regulan el ejercicio de la Medicina, pero, en última instancia, en el momento de la relación médico-paciente, la principal y más básica norma ética que rige el comportamiento de los médicos, es este juramento, que seguirá haciéndose por muchos años.

A continuación, presentaremos dos versiones del Juramento Hipocrático: la original y la que se aplica actualmente, desde hace décadas.



Juramento hipocrático.

(versión original)

Versión latina de Hipócrates. Opera Omnia. Edic. de Radicius. Venecia, 1736.

Tomo I (31)

“Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea y pongo por testigos a todos los dioses y a todas las diosas, cumplir según mis posibilidades y razón el siguiente Juramento:

Estimaré como a mis padres a aquel que me enseñó este arte, haré vida común con él y si es necesario partiré con él mis bienes; consideraré a sus hijos como hermanos míos y les enseñaré este arte sin retribución ni promesa escrita, si necesitan aprenderlo. Comunicaré los principios, lecciones y todo lo demás de la enseñanza a mis hijos, a los del maestro que me ha instruido, a los discípulos regularmente inscriptos y jurados según los reglamentos, pero a nadie más.

Aplicaré los regímenes en bien de los enfermos según mi saber y entender y nunca para mal de nadie. No daré a nadie, por complacencia, un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida. Tampoco daré a una mujer un pesario que pueda dañar la vida del feto. Conservaré puros mi vida y mi arte. No extraeré cálculo manifiesto, dejaré esta operación a quienes saben practicar la cirugía.

En cualquier casa en que penetre, lo haré para el bien de los enfermos, evitando todo daño voluntario y toda corrupción, absteniéndome del placer del amor con las mujeres y los hombres, los libres y los esclavos. Todo lo que viere u oyere en el ejercicio de la profesión y en el comercio de la vida común y que no deba divulgarse lo conservaré como secreto.

Si cumplo íntegramente con este Juramento, que pueda gozar dichosamente de mi vida y mi arte y disfrutar de perenne gloria entre los hombres. Si lo quebranto, que me suceda lo contrario.”



Juramento hipocrático.

(versión actual)

“El acto de juramento que vais a realizar y mediante el cual se os admite como miembros de la profesión médica, constituye una invocación a Dios, o a aquello que cada cual considere como más alto y sagrado en su fuero moral, como testimonio del compromiso que contraéis para siempre.

En el momento de ser admitidos entre los miembros de la profesión médica, os comprometéis solemnemente a consagrar vuestra vida al servicio de la Humanidad y JURÁIS

Conservar el respeto y el reconocimiento a que son acreedores vuestros maestros.

Ejercer vuestro arte con conciencia y dignidad.

Hacer de la salud y de la vida de vuestros enfermos la primera de vuestras preocupaciones.

Respetar el secreto de quien se os haya confiado a vuestro cuidado. Mantener, en la máxima medida de vuestros medios, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Considerar a los colegas como hermanos.

No permitir jamás, que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de raza, religión, nacionalidad, de partido o de clase.

Tener absoluto respeto por la vida humana desde el instante de la concepción.

No utilizar, ni aún bajo amenazas, los conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad”

“Si cumplieréis íntegramente con este Juramento, que podáis gozar de vuestra vida y de vuestro arte y disfrutar de perenne estima entre los hombres. Si lo quebrantáis, que vuestra conciencia y el honor de la profesión médica en la que acabáis de ingresar os lo demanden.”

Como puede observarse, los puntos fundamentales de este documento son los siguientes:

- El respeto a los maestros, compañeros y discípulos.
- El tratamiento de los pacientes tendiente a su recuperación.
- La abstención de toda maldad o daño.
- No administrar fármacos mortales, aunque se lo pidan.
- No provocar abortos ni practicar cirugías si no está capacitado; referir al paciente con quien sí lo esté.
- Practicar su arte en forma sana y pura, manteniendo el secreto profesional de la intimidad humana.
- No seducir a las mujeres ni a los niños.
- Y jurar cumplir con todos estos preceptos positivamente, sin caer en falsedades.

1.7. Evolución histórica de la ética médica

1.7.1. La ética médica de la antigüedad

La ética médica nos viene desde la Antigüedad griega, desde por lo menos el siglo IV a.C., pero podemos presumir que fragmentos, intuiciones y adelantos de ella se encuentran esparcidos en otras civilizaciones y regiones del mundo desde tiempos todavía más remotos. Se sabe, por ejemplo, de la organización de la profesión médica en el Egipto antiguo, que implicaba una gran complejidad estructural con sus propias normas de lealtad y de desarrollo y transmisión de los conocimientos, que incluían elementos éticos. No es verosímil afirmar que Hipócrates era un caso único y absolutamente excepcional en aquellas civilizaciones que en otros lugares del globo desarrollaban las prácti-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

cas médicas. Un criterio aceptable para los antropólogos y los historiadores de la Antigüedad, es que los elementos de ética médica se desarrollaron en paralelo a las atenciones y operaciones que determinados miembros de la comunidad desarrollaron para atender las enfermedades, dolores y heridas producidas en las batallas entre las tribus o en las cacerías y accidentes. Hay que tomar en cuenta que algunas de esas intervenciones quirúrgicas que se practican desde los tiempos más remotos, están vinculadas a rituales donde se reproducían mitos que expresaban concepciones del mundo con sus correspondientes morales. La actividad de sanar estaba asociada con cierta categoría de miembros de las comunidades que disponían de un saber esotérico y normas determinadas.

En todo caso, en el pensamiento plasmado por Hipócrates, se manifiesta un tono ético homogéneo y coherente con el desarrollo de una filosofía racional que, plausiblemente, orientó con un racionalismo sistemático, la recopilación de las experiencias, las explicaciones de las enfermedades, las diferentes teorías y conceptos, así como las expresiones de auténtica ética médica que se expresa en el juramento que todavía hoy se pronuncia en las facultades de medicina de todo el mundo.

Otro aspecto a considerar es la valoración que tuvo Hipócrates a lo largo de los siglos y los milenios. Se sabe que sus libros se conservaron en el seno de la Biblioteca de Alejandría, uno de los principales centros culturales de la Antigüedad, y de allí fueron extraídos, cuidados, recopilados y heredados por los sabios de las subsiguientes civilizaciones, hasta nuestros días, pasando por el Imperio Romano, el Imperio árabe musulmán y los siguientes.

Al detenernos en el juramento de Hipócrates, hallamos rasgos de una sabiduría de clara tonalidad ética, que retrata una jerarquía de valores muy especial.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Es resaltable, en primer lugar, el elogio al respeto hacia los otros, comenzando por los maestros, los compañeros y discípulos, lo cual muestra el espíritu de cohesionar a un gremio y establecer sólidamente una tradición, que se considera puede durar por toda una eternidad.

Pero lo que más trascendencia ética se advierte en el juramento hipocrático es la consideración hacia los demás, sobre todo a los pacientes, las mujeres y los niños. Esta responsabilidad médica obliga al profesional a consagrarse a la recuperación del enfermo, a administrarle justo lo que está seguro que pueda aportar a su bienestar, incluso, a abstenerse de actuar en abortos o cirugías para los que no se sienta capacitado y remitir a algún colega con mejor preparación que él mismo, en casos complicados que desborden sus conocimientos.

El mandamiento de causar daño o sufrimiento se yergue incluso hoy como imperativo categórico de todo médico, a la hora de, por ejemplo, establecer modernas medidas y sistemas de seguridad para el paciente.

Ese mismo respeto y consideración hacia los demás, se manifiesta en el mandato del secreto profesional en resguardo de la intimidad humana, que se relaciona con el alto valor que los griegos le daban al decoro y al prestigio de los ciudadanos.

Finalmente, el solo hecho de exigir un juramento, que implica un compromiso personal profundo, públicamente afirmado ante sus maestros y compañeros, le da un sello trascendental a este nuevo profesional, consagrado por el Bien de los demás.

En fin, que el principal aporte de la Antigüedad a la ética médica, es un documento exquisito del cual todavía cabe extraer grandes enseñanzas éticas, vigentes y siempre desarrollables en lineamientos para el bienestar de toda la Humanidad.



1.7.2. La ética médica en la Edad Media

En el Medioevo europeo se verifica una integración de las antiguas tradiciones, procedentes de sabios como Hipócrates, con el dogma cristiano elaborado, impuesto y defendido por la Iglesia Católica. Esta articulación da como resultado el énfasis de ciertos aspectos naturalistas de la tradición hipocrática, como el ajustamiento al orden natural como criterio supremo de moralidad. Así, por ejemplo, las enfermedades crónicas eran comúnmente atribuidas a un desarreglo de las costumbres (la moral, reunida en los “mores”), por defecto o por exceso (abuso de la bebida, de la comida, de otros placeres). Las enfermedades, en consecuencia, fueron consideradas también morales y quienes las padecieran fueron tenidos por sujetos faltos de firmeza, no sólo física, sino también moral.

El médico devino en moralista, capaz de decidir lo bueno y lo malo para el enfermo, como un sacerdote de la naturaleza que tiene poder sobre la vida y

la muerte y actúa como mediador con el mundo divino. Mientras tanto, el enfermo fue considerado, no sólo un desvalido físico, sino también moral, correspondiendo al médico, moralmente virtuoso, convertirse en un férreo director espiritual, que no sólo aconseja, sino que decide e impone pautas de comportamiento, al tiempo que exige obediencia. Todo ello, con la inspiración del Juramento Hipocrático que establece los principios éticos de procurar el máximo bien posible para el paciente (Beneficencia) y de evitar causarle daños (No - Maleficencia).

El paternalismo Hipocrático trascendió sin dificultad alguna a la época medieval. Solo que ahora, por sobre el “orden natural”, se alzaría el “orden sobrenatural” como criterio supremo de moralidad. El “Juramento de Asaph” y la “Plegaria del Médico” de Maimónides constituyen testimonios de ello. La novedad de la ética médica medieval se reduce, básicamente, al tono marcadamente místico de la misma, expresión

del dominio del credo monoteísta cristiano en la vida espiritual religiosa de la época (32).

Así, se puede hallar en obras de fines claramente religiosos, elementos de ética médica de inspiración hipocrática. Tal es el caso de la recopilación de relatos hagiográficos titulada el *Flos Sanctorum* castellano medieval, donde se evidencia la influencia de la ética médica hipocrática en sus postulados y teorías, que figuran al lado algunas lecturas doctrinales y las referencias a ciertos milagros de los santos, de quienes se hace el relato de su vida y sus proezas místicas. Tales indicaciones de ética médica medieval se articulan con una teoría humoral simbólica, además de indicaciones con las que se intenta regir los sentidos y controlar los instintos del cuerpo humano en las distintas estaciones del año. Igualmente, se ilustra que el cuerpo humano es campo de batalla de distintas fuerzas contrarias ejemplares que, metafóricamente, dan solución a enfermedades no sólo del cuerpo y del alma, sino del conjunto de la sociedad feudal.

Las vidas de los santos también recogían pasajes del Nuevo Testamento, y en ellos el propio Jesucristo aparecía como médico. En estos textos, se hacían de talladas descripciones de los males que atendió el Mesías mismo. Esta referencia es importante, porque en la narración de estas hagiografías medioevales se repiten circunstancias y rasgos de los santos en imitación a la figura del Cristo: todos multiplicarán los panes, curarán enfermos, morirán y algunos hasta resucitarán. En estos resalta el milagro es el centro de la acción de los santos cuando hacen de médicos. El bien y el mal se encarnan, respectivamente, en la salud y la enfermedad, en el buen cristiano y en el pecador; el cuerpo humano se convierte en la zona de batalla de esta dualidad. En esta estructura narrativa no sólo se expresa la sensibilidad de los monjes, primeros lectores de esos documentos, sino mucho de la sensibilidad popular, afecta a polaridades simples: Dios contra el espíritu del mal, ángeles contra demonios, inocentes frente a pecadores, etc.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

En consecuencia, de acuerdo a ese esquema binario, “un alma inocente que padece”, es decir, un buen cristiano enfermo, sólo necesita la voluntad y la fe para ser sanado mediante un milagro, como lo muestra, por ejemplo, la vida de San Pedro. En cambio, el pecador enfermo no debe esperar recobrar la salud, sino, por el contrario, un castigo, sobre todo cuando, aun estando sano del cuerpo, está padeciendo por violar alguna virtud teologal (Fe, Esperanza, Caridad) o caer en el pecado cardinal (envidia, soberbia, ira, gula, lujuria, codicia, vanidad).

Dentro de esta concepción medioeval de la salud corporal y espiritual, era factible que los remedios más importantes fueran las dietas, la oración, la fe y la esperanza. Las enfermedades eran castigos y reflejaban con sus dolores y sus desenlaces, presentados escatológicamente, con profusión de detalles de tripas reventadas y excrementos expulsados, que el pecador acumulaba en sus entrañas las pestilencias tanto físicas como espirituales que, a la postre, ocasionaban su muerte.

Por supuesto, la medicina que se practicaba en la Edad Media tenía prohibido realizar incisiones para examinar el interior de los cuerpos. La mayoría de los médicos evitaban tratar a los moribundos, sobre todo para preservar su prestigio. Así mismo, como había mucha ignorancia, todo se resolvía apelando a la teoría del equilibrio entre los humores, una antigua tesis que sostenía que la salud consistía en el equilibrio de lo seco, lo húmedo, lo frío y lo cálido, por lo cual había que realizar sangrías o laxantes para resolver esas deficiencias entre las sustancias. La teoría de los humores era un eco de las enseñanzas hipocráticas, al igual que afirmaciones dispersas acerca de la participación del Hombre en el orden permanente de la Naturaleza, que contaba con reglas muy específicas. El cuerpo humano para estos médicos medievales era una especie de vasija donde los órganos vitales (hígado, corazón, pulmones, etc.) recibían, acumulaban o hacían circular fluidos concebidos como los cuatro humores: la sangre, la bilis amarilla, la flema y la bilis negra. El hombre estaba gobernado y sometido por estos humores, cada uno de los cuales estaba regido por uno de los cuatro

elementos: el humor sanguíneo, por el aire; el colérico, por el fuego; el flemático, por el agua, y el melancólico, por la tierra. Esto, al pasar por el tamiz religioso, se refleja en la correlación de cada elemento con una parte del cuerpo (el fuego en los ojos, el aire en la lengua, el agua en las orejas y la tierra en los miembros), y de cada uno de ellos, a su vez, con un rasgo personal: la lozanía en los ojos, el orgullo en la lengua, el insulto en los oídos y la crueldad en las manos. De allí se infería el temperamento de cada hombre o mujer: las características del hombre colérico se verían en los ojos, las del sanguíneo, en la lengua, las del flemático, en las orejas, y las del melancólico, en los órganos sexuales y el resto de órganos. Con la misma lógica, se ordenaban los ayunos: en verano contra la lujuria, en el estío contra la avaricia, en el otoño contra la soberbia y en el invierno, contra la infidelidad y la maldad.

En estas rígidas indicaciones, se encuentra un eco de las recomendaciones del mismo Hipócrates acerca de los efectos en la salud de las estaciones, la temperatura, las lluvias, los vientos, las tierras y hasta las orientaciones con las cuales eran construidas las casas en las comunidades. Pero, mientras que en la medicina hipocrática se unían observación y reflexión para considerar el estado de la enfermedad, en el discurso hagiográfico la enfermedad se carga del simbolismo cristiano, de tal manera que, si la cárcel (el cuerpo) se daña, se puede afectar al prisionero (el alma), de ahí que toda purificación, toda búsqueda de la salud, primero pasaba por el cuerpo. Y la manera de someterlo, de atacar la enfermedad del pecado, era mediante una organización sistemática de la vida en estaciones del año, en función de las oraciones, las ofrendas y los ayunos (33).

1.7.3. La ética médica en la época moderna

Aun cuando existe un debate desde hace años acerca de lo que definiría la Modernidad, puede señalarse entre sus caracterizadores un sistema económico basado en el capitalismo, el cual trajo consigo significativas transformaciones en la sociedad debido al avance de

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

la productividad, la innovación tecnológica, la planetarización de las relaciones mercantiles en lo que se refiere al flujo de objetos, trabajadores, capitales y, últimamente, información. Los cambios debidos a la modernidad se aprecian también en lo político y lo ideológico. Se generaliza el planteamiento de la separación del Estado respecto de las Iglesias en general, al tiempo que las religiones irían perdiendo su hegemonía.

Por otra parte, la Filosofía y las Ciencias Naturales se liberarían progresivamente de la Teología. Las Ciencias Naturales se erigen como el conocimiento por antonomasia y el método científico se generaliza en todos los dominios del saber. Se invierten las relaciones entre el hombre y Dios, hasta quedar este último obviado, cuando no simplemente negado o borrado, junto a todo “El otro mundo” de las metafísicas tradicionales. El Ser Humano termina siendo considerado el creador del orden moral, moldeado según su razón y su voluntad, mediante su libre actividad en todas las esferas de la vida.

De esta manera, la ética se hará antropocéntrica, al colocar al ser humano en el centro de sus reflexiones. La moral dejará de ser concebida como heterónoma, es decir, determinada por algún ente (naturaleza, Dios) distinto al propio hombre, para ser asumida como autónoma y fundada únicamente en la racionalidad.

De esta manera, se avanza hacia la sistematización de una ética como una disciplina científica independiente y se desarrollarán las éticas profesionales como deontologías o doctrinas del deber profesional.

Con el surgimiento de las organizaciones gremiales o colegios médicos, la Ética Médica se transforma en una cuestión institucional. Estos cuerpos profesionales se controlarían a sí mismos valiéndose de un código de ética o deontológico de carácter interno. Así, la Ética Médica se desplegaría y consolidaría como Deontología Médica.

Entre los siglos XVI y XVIII se publicarían varios tratados deontológicos que sirvieron de antecedente a la obra clásica de la Deontología Médica: La Ética

Médica, del inglés Thomas Percival, publicada a inicios del siglo XIX. En ella, adquirió expresión acabada el “orden médico”, como orden normativo interno propio de la profesión.

El código deontológico de Percival constituiría la expresión ilustrada e institucionalizada del paternalismo hipocrático. Sus objetivos fundamentales eran, por un lado, la defensa de los intereses profesionales del cuerpo médico y la salvaguarda de la calidad, dignidad y prestigio de la práctica médica, y por el otro, garantizar que la acción médica se realice en interés del hombre y la sociedad, buscando siempre el máximo bien posible para ambos (principio de beneficencia).

Posteriormente, y a raíz de muchas críticas, el paternalismo propio del código de Percival evoluciona y deja atrás lo que se caracterizó como “paternalismo juvenil”, que se expresa en la norma de decir siempre la verdad al enfermo, excepto en aquellas enfermedades de curso fatal, circunstancia en la cual son las personas más allegadas, las encargadas de comunicárselo.

Finalmente, en 1847 se promulgó el código de la Asociación Médica Americana, que servirá de inspiración para el establecimiento de códigos de este tipo en otras naciones (32).

1.8. Origen de la ética como norma ética (los códigos)

La deontología forma parte de la Ética general y en particular de la Ética profesional dentro de la cual deberes (*tá déonta*, en griego) profesionales, que a su vez son una parte restrictiva de los deberes en general

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

El origen histórico de las profesiones estuvo estrechamente vinculado a la religión. Ello se evidencia en el término mismo de “profesión”, que procede del verbo latino “profetear”, profesar, utilizado inicialmente para nominar a la “confesión pública de la fe o consagración religiosa”, por lo que “profesa” vino a ser la persona “consagrada a un menester, y públicamente reconocida como tal”. El sentido originario de consagración religiosa del término se acentuó durante la Edad Media, donde fueron profesiones por antonomasia la “professio monástica” y la “professio canónica”. La primera de éstas se iniciaba a través del “compromiso público y solemne de guardar los votos y la regla” que, tras el año de prueba, hacía el novicio para ingresar a la vida monástica. La segunda comenzaba con el “reconocimiento público de la jurisdicción de un obispo. Todavía en la Edad Media, en las lenguas romances, el término “profesión” siguió conservando su sentido religioso de “confesión pública de la fe o consagración (34).

La Deontología o teoría deontológica se puede considerar como una teoría ética que se ocupa de regular los deberes, traduciéndolos en preceptos, normas morales y reglas de conducta, dejando fuera de su ámbito específico de interés otros aspectos de la moral.

El término deontología fue acuñado por primera vez por Jeremy Bentham, que la define como la rama del arte y de la ciencia cuyo objeto consiste en hacer en cada ocasión lo que es recto y apropiado.

Cuando esta teoría se aplica al estricto campo profesional hablamos de Deontología Profesional y es ella, en consecuencia, la que determina los deberes que son mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad.

Estos deberes, es habitual que se codifiquen sistemáticamente para regir la actuación de los representantes de la profesión con el fin de que a través del buen hacer se obtengan resultados deseables y se prestigie su labor.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



autoimpone ante la sociedad un nivel de exigencia superior al que señala la legislación civil.

- c. Algunos artículos tienen un doble carácter legal y deontológico. Son la versión en lenguaje deontológico de un precepto legal, obligando por un doble motivo (35).

Tabla 2. Diferencias entre la ética profesional y la deontología profesional.

ÉTICA PROFESIONAL	DEONTOLOGÍA PROFESIONAL
Orientada al Bien	Orientada por el Deber
No normativa	Normas y códigos
No exigible	Exigibles a los profesionales
Propone motivaciones	Exige actuaciones
Conciencia individual predominantemente	Aprobada por un colectivo de profesionales
Amplitud: se preocupa por los máximos	Mínimos obligatorios exigibles
Parte de la ética aplicada	Se ubica entre la moral y el Derecho

Fuente: (2)

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

CAPÍTULO II

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES
DE LA ÉTICA MÉDICA



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Como en toda actividad pública, las profesiones y los oficios, como la del médico, debe estar acompañada de una reflexión ética, en primer lugar, porque se trata de seres humanos, en el caso de los galenos, tanto por el lado de quienes prestan el servicio profesional, como de los que lo reciben, es decir, los pacientes. En segundo lugar, porque en toda actividad, y especialmente la Medicina, está en juego precisamente el Bien que comprende el bienestar, en forma de salud, de los individuos y de la comunidad como un todo; al igual que el Mal en forma de dolencias, perjuicios, daños, dolor y hasta la muerte. En tercer lugar, porque ya existe una tradición por la cual la profesión misma se fundó en la atención de los semejantes, para procurarles alivio a sus sufrimientos y solución a sus dolencias.

Concebir a la Medicina es, además del aspecto científico y técnico, es obedecer a ciertos valores esenciales de la Humanidad, dignos de seguir en el contexto de nuestras comunidades.

La deontología médica es parte de la ética. Ella precisa orientaciones de la actividad médica en su dimensión axiológica y normativa. Deontología significa “teoría del deber”, y refiere siempre a la permanente evaluación que juzga la rectitud de los actos humanos a partir de la observancia de normas, preceptos y reglas específicas para una comunidad particular (36).

Los médicos actualmente tienen que afrontar un mundo que cambia todos los días y se halla con grandes desafíos planteados por el desarrollo tecnocientífico y las dinámicas sociales del mundo contemporáneo (globalización, economía de mercado, inequidad global, flujos migratorios, interconectividad). La profesión médica, rica en tradiciones, no por ello, necesita revisarse constantemente, sobre todo desde el punto de vista de la ética, para plantearse los problemas, deliberar y tomar decisiones acordes con los tiempos que desafían las categorías tradicionales de la profesión médica.



Cada día se hace más imperioso ir más allá de la mirada deontológica de los tribunales de ética médica y los marcos regulatorios, construyendo una visión que pueda intentar abarcar la complejidad de las sociedades, llenas de contradicciones y desigualdades, al mismo tiempo que se conocen las innovaciones tecnocientíficas y los múltiples desafíos que emergen en ella: control de natalidad, aborto, eutanasia, experimentación humana, trasplante de órganos, cirugías de reasignación de sexo, reproducción asistida, clonación humana, ingeniería genética, medicinas alternativas, entre otros.

Sin embargo, las consideraciones sobre los conflictos de valores no se expresan exclusivamente en situaciones límite. Todo encuentro médico-paciente, ofrece una consideración sobre los valores en cuestión. Son cuatro las virtudes cardinales del ejercicio médico: compasión, discernimiento, confiabilidad, integridad. Ello implica también la disposición a aplicar dos virtudes fundamentales en la búsqueda de la excelencia profesional: prudencia y confianza. Esta última se construye por el compromiso y la competencia. La compasión, la competencia y la autonomía, si bien no son exclusividad de la medicina, se esperan con mayor intensidad que los médicos las ejemplifiquen más que otros tipos de profesionales.

Consideremos en primer lugar, por ejemplo, la compasión. Ella puede definirse como el entendimiento y la preocupación por la aflicción de otra persona. Es un concepto vecino a la empatía que es concebida como “sentimiento moral” clave por varias escuelas filosóficas, desde los moralistas escoceses (incluso Adam Smith), pasando por lo empiristas ingleses, hasta las diversas versiones de la ética judeocristiana y musulmán. Concebida como empatía, se refiere a la capacidad de ponerse en el lugar del otro, en este caso de los médicos, en el sitio del doliente de una enfermedad. Es el primer paso hacia la comprensión humana, sustentada por las reflexiones de las corrientes hermenéuticas en la filosofía, la sociología y la psicología. Llegar a desarrollar esa intuición de la subjetividad del otro, es la condición misma de la com-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

preensión humana. Por otra parte, se le asocia con la caridad cristiana o religiosa, presente también en el budismo, por ejemplo, en el sentido de valorar al otro, de que éste nos sea “caro”, apreciado. Es la primera condición humana para lograr una adecuada atención y cuidado. La presencia de este concepto en todas las éticas del mundo (salvo, tal vez, en la crítica de la moral de Nietzsche), evidencia su importancia en el establecimiento de relaciones específicamente humanas.

Esa actitud de apertura hacia los demás, es una capacidad humana esencial en la práctica de la medicina. Se espera que, para tratar adecuadamente los problemas del paciente, el médico deba identificar los síntomas que tiene el paciente y sus causas de fondo y debe ayudarlo a lograr su alivio. Pero, además de esto, que reflejaría el manejo de un conocimiento, del médico, este debe mostrar que, más allá del aspecto biológico, químico o físico, hay un ser sufriente que debe apreciarse y comprenderse con solicitud.

Por otra parte, más allá de un asunto comunicacional, sentimental o puramente ético, se ha observado que los pacientes responden mejor al tratamiento si perciben que el médico aprecia sus preocupaciones y los trata a ellos pensando cómo se sentirían ellos en el lugar de su enfermedad. De modo que la actitud compasiva ya viene cargada de un sentido terapéutico.

Igualmente, se espera del médico un grado muy alto de competencia, puesto que su ausencia puede tener como consecuencia la misma muerte o una grave enfermedad para el paciente. La calidad de la formación profesional, la disposición permanente a aprender de las novedades científicas y técnicas, la actitud racional en la definición de las situaciones a las que se enfrenta y en la escogencia de los medios para resolverlas, deben ser valores permanentes de los médicos.

Los médicos tienen un largo período de formación para asegurar la competencia, pero esto no es suficiente en un mundo que no cesa

de cambiar y donde se presentan permanentemente nuevos descubrimientos científicos e innovaciones técnicas. El rápido avance en los conocimientos médicos, debe ser para ellos un continuo desafío para seguir estudiando, informándose, discutiendo con los colegas los aportes recientes a fin de mantenerse competentes.

De allí la relevancia de la vida del médico como científico, siempre publicando, informándose mediante las revistas científicas destinadas a difundir las nuevas experiencias e innovaciones de todos los colegas del mundo. La asistencia a Congresos y demás eventos también son oportunidades para esta renovación permanente que la profesión exige para poder cumplir los requerimientos de la actualidad.

Al mismo tiempo, ese mismo mundo cambiante exige, no solo incrementar los conocimientos científicos y técnicos, sino también renovar, cuando sea necesario, las reflexiones y actitudes éticas. Las novedades del mundo de hoy siguen planteando renovadores problemas éticos que repercuten de inmediato en los cambios necesarios y convenientes de la práctica médica y su entorno social y político.

Otro valor importante de la ética médica es su autonomía y el cultivo de su capacidad de discernimiento de cada médico. Cabe notar que la autonomía, o autodeterminación, es el valor central de la medicina que más ha cambiado en los últimos tiempos. Existe una amplia tradición que le consagra esa autonomía al médico, lo cual le permite un amplio margen de autonomía clínica para decidir cómo tratar a sus pacientes. Así mismo, los médicos de manera colectiva (la profesión médica) han tenido en sus manos las decisiones claves para determinar los niveles de educación y práctica médicas. Ambas maneras de ejercer la autonomía del médico han sido reguladas en muchos países por los gobiernos y otras autoridades que imponen controles a los médicos. A pesar de estos desafíos, los médicos todavía valoran su autonomía clínica y profesional y tratan de mantenerla en la medida de lo posible.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Por otra parte, ha venido estableciéndose una visión en la cual se amplía significativamente la autonomía y responsabilidad del paciente, lo que significa que los pacientes deben ser los que decidan en definitiva sobre los asuntos que los afectan. Este nuevo desarrollo se dio a la par que se ha profundizado en protocolos y metodologías para garantizar la seguridad del paciente, que incluye su participación consciente en esas medidas en su beneficio. Estos nuevos desarrollos de la práctica médica, no se han presentado sin conflictos, que remiten a una nueva reflexión ética acerca de los conflictos potenciales entre la autonomía del médico y el respeto de la autonomía del paciente (37).

El consenso en torno al valor de la calidad científica del médico tiene que ver con otras problemáticas éticas, planteadas por amargas experiencias de la Humanidad durante la historia contemporánea. Un ejemplo de ello son las monstruosidades cometidas, en nombre de la ciencia médica, contra las personas internadas en los campos de concentración nazis que fueron utilizadas como sujetos de experimentación durante la II Guerra Mundial. Estas lamentables situaciones generaron serios cuestionamientos éticos que encontraron respuesta en el Código de Núremberg, donde se establecen los principios básicos que deben tenerse en cuenta en la investigación con humanos, a fin de garantizar su protección.

Entre esos principios éticos básicos relativos a la experimentación científica con humanos, se destaca la absoluta obligatoriedad del “consentimiento voluntario” del sujeto humano de experimentación.

Al internacionalizarse la medicina, se ha dado la fundación de diferentes instituciones, que han profundizado en la preocupación ética. Así se constituyó la Asociación Médica Mundial la cual adoptó en 1948 la Declaración de Ginebra y, un año después, promulgó el Código Internacional de Ética Médica, concisos documentos desprovistos de las superfluas exigencias de etiqueta médica que caracterizaron a la deontología precedente y más en consonancia con los principios antes

señalados. Más tarde, en 1964, dicha asociación adoptaría la Declaración de Helsinki sobre experimentación médica con seres humanos (revisada, enmendada y aprobada en sucesivas asambleas de esta), donde se desarrollarían los principios éticos establecidos en Nüremberg.

Los procesos descritos muestran la irrupción en la Deontología Médica, con una nueva tendencia que, sin menoscabar su vocación benéficientista, sino más bien reforzándola, al mismo tiempo limitaba su proyección paternalista tradicional, al reconocer la capacidad del sujeto para la toma de decisiones relacionadas con su salud. Este hecho constituyó una importante premisa para la aparición de la Bioética, a la cual dedicaremos el capítulo IV del presente texto.

La evolución del derecho de los pacientes es un tema muy importante desde el punto de vista ético y deontológico. Hasta 1890 los tribunales defendieron el derecho del paciente a la información y la elección, en los casos en que estas pudieron representar una ayuda terapéutica para él mismo. En los años subsiguientes, y hasta 1945, serían otros los criterios jurídicos que se harían valer. Pasaría a primer plano la defensa de la autonomía del paciente, el derecho a elegir como desea ser atendido por el médico y a establecer límites y prohibiciones específicas en relación con la intervención de éste en su cuerpo. Se exigiría el consentimiento del paciente con independencia de su significación terapéutica. No obtenerlo o violarlo sería considerado delito de agresión. Entre 1945 y 1972, la defensa de la autonomía del paciente subiría gradualmente de tono. En 1957, en los marcos del famoso “caso Salgo”, se emplearía por vez primera el término “consentimiento informado”. La sentencia del tribunal encargado de juzgar este caso establecería un requisito adicional a la obtención del consentimiento del paciente: el deber del médico de informarlo adecuadamente, de brindarle una información de calidad para que éste tome su decisión.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



A partir de 1960 quedaría establecido que la obtención del consentimiento informado es responsabilidad del médico y no obtenerlo entrañaría negligencia.

Entre 1969 y 1972 la defensa de la autonomía del paciente alcanzaría un límite jurídicamente infranqueable y polémico en extremo: el tradicional “criterio de la práctica profesional” o “criterio médico” en relación con la información a suministrar al paciente sería sustituido por el llamado “criterio de la persona

razonable” para efectuar una “elección inteligente”. Del reconocimiento del paternalismo médico y de su tesis de que la información y la toma de decisiones por los pacientes podrían ser perjudiciales para estos, los tribunales pasarían a la defensa de su autonomía absoluta.

La consolidación de esta tendencia en la jurisprudencia norteamericana, y el método para la solución de casos que la caracteriza, basado más en la experiencia judicial precedente y en las costumbres, que, en la aplicación de la ley al caso concreto, influirían significativamente en el trazado de nuevos derroteros para la Ética Médica.

En resumen, la jurisprudencia norteamericana contribuiría notablemente, tanto conceptual, como metodológicamente, al surgimiento y desarrollo del paradigma bioético en Estados Unidos. Legalismo, individualismo y pragmatismo constituyeron su legado principal.

Podríamos establecer un paralelismo con el Derecho y la Ética en la asistencia sanitaria. Las normas jurídicas son necesarias para garantizar derechos del paciente: a la información, a recibir determinadas prestaciones, etc. Sin embargo, sin buenos profesionales, que sean a la vez buenas personas las cosas no van a funcionar bien. Es necesario el valor añadido de la ética personal que impulsa al compromiso de buscar el bien y el respeto del paciente. Ahí es donde arranca el impulso para la formación continuada o para el trabajo en equipo. Este

es el auténtico motor de la buena medicina. Se podría hacer buena medicina sin leyes, pero sin ética resulta imposible.

La sistematización de los principios de la ética médica fue una labor de muchos años de reflexión a partir de la revisión de situaciones específicas y trazado de nuevas perspectivas, en lo cual contribuyó la tradición médica que se remonta a la Antigüedad, de la mano de los grandes maestros fundadores, entre los que figura en primer lugar Hipócrates, y la síntesis de las filosofías éticas de la Modernidad.

Entre estas últimas vale resaltar las doctrinas morales y éticas de Emmanuel Kant y de John Stuart Mill, planteamientos que guardan muchas diferencias entre sí, pero que se complementan en un “justo medio” (como diría Aristóteles), en el cual se combina el sentido del Deber con el beneficio del paciente y de la sociedad derivado de la actividad de los médicos. Ambas fuentes doctrinarias, la kantiana y la utilitaria, divergen en muchos puntos y hasta puede decirse que son opuestas, pero coinciden en el concepto fundamental de la autonomía del Sujeto que le permite dotarse, por medio de la Razón, de máximas de acción que se deseen puedan ser generalizables o universalizables, al tiempo que el Bien que representan esas acciones puedan ser patentes y hasta calculables.

La autonomía moral en la ética kantiana puede resumirse en el postulado de que “es bueno hacer lo que se debe”, es decir, se considera moral sólo aquel acto que se atiene a principios éticos previamente establecidos, con independencia de cuáles sean sus consecuencias. En otras palabras, debe obrarse siempre por conciencia del deber. La consideración de las consecuencias sería posterior.

El aporte utilitarista de Stuart Mill, por su parte, concretaría el principio de autonomía moral en una máxima diametralmente opuesta a la kantiana: “se debe hacer lo que es bueno”. La obligación moral de hacer algo, ahora se determinará en función de las consecuencias previsibles

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

de la acción, de acuerdo a la correlación de perjuicios y beneficios (utilidad) que esta pueda reportar. Para el utilitarismo, lo bueno, es lo útil. La doctrina utilitarista, dominante en el mundo anglosajón, sería sometida a fuertes críticas en la obra “The Right and the Good”, de W. David Ross, publicada en 1930. De acuerdo a su concepción, existe un conjunto de deberes básicos a los que denomina “deberes prima facie”. Estos son deberes condicionales, es decir, deberes que deben cumplirse siempre que no entren en conflicto con algún otro deber de esta clase. Si no hay conflicto, su condicionalidad desaparece y se convierten en deberes reales y efectivos. Pero en caso de conflicto, estos deberes se hacen sólo probables, y se hace también sólo probable la corrección del acto en cuestión. Deberá entonces decidirse atendiendo al deber mayor en dicha circunstancia, que será el que maximice las consecuencias buenas, el que ofrezca una mejor correlación de consecuencias buenas y malas.

Esto último tornaría atractivo el deontologismo renovado de Ross para el utilitarismo. Bajo su influencia, este último comenzaría a aceptar el valor de la norma, en forma de principios y reglas éticas, para la determinación del carácter moral de los actos. Se impondría así el “utilitarismo de norma o regla”, cuya máxima fundamental es la de actuar según la norma o regla cuya aplicación produzca las mejores consecuencias. La convergencia del deontologismo y el utilitarismo en el campo de la ética en salud fue fructífera y sus efectos en la concepción de la práctica médica tendría repercusiones muy pronto en la formación de los nuevos médicos. Incluso estimuló la insurgencia de nuevos movimientos académicos, como el de las humanidades médicas que en Estados Unidos se desarrolló durante las décadas de los 50 y los 60 del siglo XX, y de allí influyó a todo el mundo. La creación del Instituto de Ética y Ciencias de la Vida, en 1969, (conocido más tarde con el nombre de Hastings Center) y, en 1971, del Instituto Kennedy de Ética, cuyos estudios se orientaron hacia temas de salud, abrió nuevos espacios para el desarrollo de estos nuevos enfoques de la ética médica que, en seguida, se difundió por todos los países, implicando una nueva

manera de abordar los dilemas y problemas éticos que abundan en la práctica médica en un mundo lleno de conflictos y cambios, debidos a las convulsiones políticas y transformaciones culturales.

A principios de la década de los setenta, el doctor Van Rensselaer Potter formuló por vez primera el término “bioética” para designar a una nueva disciplina llamada a tender un puente entre las ciencias naturales y las ciencias humanísticas, con el fin de enfrentar la solución de los problemas ecológicos del mundo, mediante la conformación de una nueva mentalidad ética de las relaciones entre el hombre y la naturaleza. Este replanteamiento de las disciplinas coincidió con otros movimientos que subrayaban la posibilidad de un diálogo entre las ciencias naturales y las Humanidades desde la reivindicación de planteamientos científicos como la teoría de los sistemas, la teoría del caos, el reconocimiento de la incertidumbre como principio metodológico en la física, así como un rebasamiento de la epistemología positivista, centrada en el método inductivo y el hipotético deductivo, por parte de abordamientos que tenían más que ver con las tradiciones hermenéuticas y fenomenológicas del continente europeo. Por ello, la complejidad apareció como un horizonte inter, multi y transdisciplinario que envolvió a lo más avanzado de todas las ciencias, incluida la Medicina que, como se sabe, no es una ciencia en sí, sino la convergencia de diversas disciplinas en el logro de la salud y el bienestar de la Humanidad.

La orientación que Potter pretendió imprimirle a la bioética, no obstante, su alto valor humanista, no recibió la atención merecida de los eticistas norteamericanos. Estos asumirían el término, pero restringiendo su contenido al examen, fundamentalmente, de los problemas éticos de la investigación y la asistencia médicas. De este modo, la bioética se medicalizaría progresivamente.

También en la década de los setenta, tuvo un impacto importante en la reflexión ética de la medicina la Teoría de la justicia como equidad de John Rawls, cuya significación para el tratamiento de los temas de

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

justicia sanitaria resultó ser enorme, y que repercutiría también en los marcos, cada vez más estrechos, de una bioética en franco proceso de medicalización.

Rawls ha aclarado en varias ocasiones que su propuesta ética y política, no tiene pretensiones de verdad universal o sobre la identidad y la naturaleza esencial de las personas, sino que más bien se atiene a lo que en una democracia constitucional debería ser la concepción pública o política de la justicia, independientemente de doctrinas religiosas y filosóficas controvertidas. De tal manera que sus planteamientos son más de naturaleza política que metafísica, aunque no por ello menos moral. Su validez está delimitada en el marco de un régimen democrático, con lo cual se refiere a las estructuras de las principales instituciones políticas, sociales y económicas de una sociedad. Reconoce, por otra parte, que este planteamiento surge desde una tradición política que supone un consenso de todas las doctrinas filosóficas y religiosas opuestas que probablemente persistan y ganen adeptos en una sociedad democrática constitucional.

Parte Rawls de dos principios de justicia: primero, que cada persona tiene un derecho igual, y segundo, que las desigualdades sociales y económicas deben estar ligadas a oficios y posiciones abiertas para todos bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades, y han de existir para mayor beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad. Se trata entonces, con estas premisas, de encontrar las formas institucionales más apropiadas para la libertad y la igualdad. En esas condiciones, la noción de justicia como imparcialidad se presenta como una vía que sirve para establecer las bases para un acuerdo político entendido y deseado entre ciudadanos, considerados como personas libres e iguales. De esta manera, se deja de lado la búsqueda de la verdad, propia de la filosofía y de la religión, pues no ofrece una base para ese acuerdo que se alude. Dejando de lado las controversias y problemas filosóficos perdurables, es que se puede avanzar en los pactos y acuerdos, que moderarán las diferencias existentes entre

visiones contendientes. De esta manera, se avanzará en la visión de la sociedad como un sistema justo de cooperación entre personas libres e iguales. Se entiende en este contexto que la cooperación es mucho más que la mera coordinación de las labores sociales, pues se basa en la aceptación de reglas y procedimientos públicamente reconocidos. Ello supone justos términos de cooperación basados en la reciprocidad y mutualidad, en donde la idea de cooperación consiga un provecho racional para cada participante, ya se trate de individuos, familias, asociaciones o, incluso, estado-naciones.

La teoría de la justicia como imparcialidad de Rawls es una refundación de la doctrina del contrato social, pues los justos términos de la cooperación social son acordados por los comprometidos que son personas libres e iguales, en cuya interacción deben ser excluidas las amenazas y la coacción en general, el fraude y el engaño. Para llegar a ello, se debe adoptar un punto de vista, el “velo de ignorancia”, que logre que el acuerdo no sea deformado por los rasgos particulares y las circunstancias de quienes firman el pacto (38).

La reelaboración de la ética médica, asumiendo los debates de la década de los setenta, y la asimilación de las tradiciones morales de la profesión, consiguió una nueva elaboración en 1978, cuando fue editada la primera enciclopedia de bioética, que aportaba un conjunto de enunciados consistentes que servirían de premisas para alcanzar nuevas generalizaciones, aplicaciones y niveles.

El primer efecto fueron los trabajos de la “Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de la Conducta” establecida por el congreso estadounidense con el fin de brindar una respuesta oficial a la situación que se había generado a fines de la década de los 60 y principios de la de los 70 del siglo XX, producto de la revelación de graves faltas éticas en la realización de experimentos médicos con seres humanos, ya antes expuesta. Esta comisión desarrolló sus labores entre los años 1974 y 1978. Sus con-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



clusiones finales fueron publicadas en este último año bajo el nombre de “Belmont Report”.

Los tres principios - respeto por las personas, beneficencia y justicia – fueron formulados debidamente en el informe que presentó esta Comisión, que propuso así un marco analítico que pudiera servir de guía en la resolución de los problemas éticos planteados en la investigación con humanos. A partir de este momento, los referidos principios serían tomados como base para la construcción del discurso bioético anglosajón.

Así, la publicación en 1979 del libro “Principles of Biomedical Ethics”, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, constituyó el primer esfuerzo por extender los principios enunciados en el Belmont Report a la práctica clínica: el principio de “respeto por las personas” fue transformado en principio de “respeto por su autonomía” y se asumió la consideración de los principios de “beneficencia” y “no maleficencia”, como principios independientes.

De este modo, Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia, se convirtieron en los principios con arreglo a los cuales se abordarían los dilemas éticos en salud.

Con esta obra, el paradigma bioético, en su vertiente médica, adquirió su forma sistematizada primera y más difundida de expresión: el principalismo. Con él había nacido la Bioética Médica, o más exactamente, su primera escuela - la anglosajona -, llamada a influir significativamente en todo su desarrollo ulterior.

Su consolidación se alcanzaría en los primeros años de la década de los 80, como resultado de la labor de la “Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y de la Conducta” (1981-1983) y de la renovación, en el espíritu bioético, de los Principios de Ética Médica de la Asociación

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Recapitulando los problemas, el primero fue el de la definición consensual y clara de la muerte, para poder disponer de los órganos de un cuerpo para un trasplante. De esta manera, se llegó a una reconsideración acerca de los criterios para definir clínicamente la muerte, en medio de una discusión que debió tomar en cuenta, de una parte, las demandas de los pacientes en estado crítico y la urgencia por órganos para los trasplantes. Otra cuestión que debió definirse con mayor claridad, sobre todo desde el punto de vista ético, fue el de la selección de los receptores de los órganos para trasplantes. Un tercer asunto que ha planteado diversos cuestionamientos de orden ético es la asignación de órganos procedentes de cadáveres.

Mientras se suscitan estas discusiones en los espacios académicos y el de los organismos nacionales e internacionales que regulan la salud, la demanda de órganos para trasplantes se multiplica. La compleja figura del donador vivo en la práctica de la medicina de trasplante obliga a la precisa definición de los criterios de seguridad y de respeto a la capacidad de decisión respecto a la donación.

Desde Hipócrates, la práctica médica ha sostenido una intensa reflexión y debate ético, para poder establecer lineamientos rectores para un actuar de manera correcta, adecuada, justa y conveniente. Las leyes contemporáneas, códigos morales y religiones han buscado, surgiendo esta antigua tradición, validar y *regular* una práctica, como la de los trasplantes, que ya había sido adoptada y que, de hecho, adquiere cada vez mayor importancia y penetración.

Si la Ética médica se define como “Conjunto de valores, principios morales y de acciones relevantes del personal responsable de la salud (médicos, enfermeras, técnicos y funcionarios) dirigidos a cumplir con los objetivos de la medicina”, la medicina de trasplante plantea graves cuestionamientos de orden ético, en tres esferas fundamentales:

1. La definición de muerte.



2. La donación de órganos cadavéricos y selección de receptores para trasplante.
3. El donador vivo.

Se ha avanzado en establecer la distinción entre el diagnóstico del coma irreversible, el cual puede aceptarse legalmente para confirmar la denominada “muerte cerebral”, y el concepto de muerte, que es un problema moral o filosófico, “no científico ni médico”. Esta última decisión define el momento cuando un individuo será tratado como muerto y, en consecuencia, se modifica todo el comportamiento médico, legal y social relacionado con él.

Para establecer las bases para el diagnóstico de la muerte encefálica son las siguientes:

1. Pérdida permanente e irreversible de la consciencia. Ausencia de respuestas motoras a estímulos dolorosos
2. Ausencia de automatismo respiratorio
3. Daño irreversible al tallo cerebral, lo cual se evidencia con
 - Midriasis sin respuesta a estímulo luminoso
 - Ausencia de reflejo oculocefálico
 - Ausencia de reflejo corneal
 - Ausencia de reflejo tusígeno

Igualmente, hay que distinguir entre la actitud hacia la donación de órganos y los criterios para definir la muerte, aunque son asuntos estrechamente relacionados.

En todo el mundo las listas de espera superan ampliamente la disponibilidad de órganos y, en consecuencia, existe una enorme presión respecto a los criterios con que los órganos son asignados. Por ello, las condiciones en que se da la asignación de órganos cadavéricos para trasplante es motivo de controversia.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Las legislaciones en varios países del mundo establecen la exigencia de una asignación justa de los órganos con una consideración prioritaria, pero no exclusiva, al tiempo de espera y que parece claramente acorde con una buena práctica médica.

Otros factores como calidad del órgano, tiempo de isquemia, condiciones del donador antes de la obtención, son determinantes en el éxito del trasplante y requieren estricta consideración por parte de los centros de trasplante y de las instituciones que generan donadores de órganos.

Cuestiones tales como la potestad de las instituciones de salud para cancelar la asignación de un órgano, cuando el receptor no tiene capacidad económica, o la definición del momento en que un paciente se encuentra demasiado enfermo para que le sea asignado un órgano, o si es lícito ofrecer un segundo trasplante, cuando el primero ha fallado por causas atribuibles a la adherencia del receptor, entre otras, pueden implicar gravísimas e inaceptables prácticas discriminatorias. En ese sentido, estudios recientes muestran la importancia, y quizás la necesidad, de establecer una selección más *racional* de los receptores de trasplante, tomando en cuenta criterios médicos asociados con mejor o peor pronóstico.

En el mundo actualmente hay dos modelos de consentimiento: *el tácito*, que en la legislación de algunos países se asume para todos los ciudadanos, y *el informado* en el cual se requiere la autorización expresa para la disposición de órganos y tejidos.

La experiencia europea muestra que la tasa de donación no es consecuencia del modelo de donación, y que más bien depende de otros factores, tales como la organización y la creación de la figura del *Coordinador de Procuración*. La medicina de trasplante añade tácitamente la figura de un *tercer elemento* en la *relación médico-paciente*: el donador de órganos, el cual es un sujeto sano que inesperadamente se

ve involucrado en la solución de un problema que en realidad no le pertenece. Enfrentamos ahora uno de los escenarios más complejos en el quehacer médico: *la relación médico-paciente-donador*.

El donador vivo nació por necesidad y se mantiene por necesidad, basada en tres requisitos esenciales:

- Altas posibilidades de éxito en proveer de una mejor calidad de vida en el receptor que otras opciones disponibles.
- El riesgo de la donación debe ser bajo y aceptable para el donador, el receptor y el médico.
- La donación debe ser voluntaria y de un donador suficientemente informado.

Desde la perspectiva del enfermo que requiere un trasplante y del médico, el donador vivo es una excelente alternativa y ofrece valiosas ventajas:

- Mejor supervivencia del injerto y del paciente.
- El trasplante puede realizarse de manera electiva.
- Alta calidad de órganos, lo que disminuye el retraso en la función.
- Posible acondicionamiento inmunológico en el preoperatorio.
- Mejor rehabilitación.

Podemos, además, adivinar un sinnúmero de cuestionamientos prácticos derivados de la existencia de un mercado de órganos. La adopción, velada o abierta, de criterios comerciales en las prácticas de selección de donantes y receptores, así como el de los costos de su realización, trae serios cuestionamientos para su posible aplicación.

Es un consenso la profundidad de las implicaciones morales de la venta de órganos. De hecho, existe un mercado negro o ilegal a nivel mundial, que ha permitido la aplicación de métodos reñidos con los dere-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



chos humanos. El Papa Juan Pablo II expresó al respecto: “El cuerpo no puede ser tratado como una simple entidad física o biológica; ni sus órganos o tejidos pueden ser usados como artículos para venta o intercambio. Esta concepción materialista llevaría a un uso meramente instrumental del cuerpo y, por lo tanto, de la persona” (39).

En 1991, en su resolución WHA44.25, la 44.^a Asamblea Mundial de la Salud aprobó los Principios Rectores sobre Trasplante de Órganos Humanos, que, fueron el resultado de un proceso de consultas iniciado en 1987, cuando la Asamblea de la Salud, en la resolución WHA40.13, manifestó por vez primera su preocupación por el comercio de órganos humanos. Dos años más tarde, la Asamblea de la Salud pidió a los Estados Miembros que tomaran medidas apropiadas para evitar la compra y venta de órganos humanos para trasplante.

Los Principios Rectores revisados piden que se prohíba el pago o cobro de dinero o cualquier otra cosa de valor a cambio de células, tejidos u órganos para trasplante. Sin embargo, los Principios no prohíben ciertos pagos legítimos, tales como el reembolso de los gastos (como los generados por la asistencia médica a la donación) y pérdidas (por ejemplo, los salarios perdidos) o la recuperación de los costos generados en la adquisición, procesamiento, almacenamiento, distribución e implantación de células, tejidos u órganos.

El proceso de consulta ha subrayado el valor potencial de los instrumentos legales internacionales en la lucha contra el tráfico de trasplantes humanos. En octubre de 2009, el Consejo de Europa y las Naciones Unidas publicaron un estudio conjunto sobre el tráfico de órganos, tejidos y células y el tráfico de seres humanos con el fin de extraerles órganos.¹ En ese informe se recomienda que «se prepare un instrumento legal internacional que defina el “tráfico de órganos, tejidos y células” y las medidas para evitarlo y proteger a las víctimas, así como las medidas penales para castigar el delito».

La experiencia de los países con programas exitosos de donación de órganos procedentes de personas fallecidas, ha demostrado las ventajas de disponer de organizaciones nacionales sólidas que puedan estimular, coordinar y regular la donación y el trasplante. Dichas organizaciones pueden informar a la población de la importancia de mantener un recurso de la comunidad que se basa en las donaciones voluntarias y no remuneradas de órganos, tejidos y células al que todos tengan un acceso equitativo, y no en la explotación inherente a la compra de órganos.

En la actualidad los donantes diagnosticados de muerte en función de criterios neurológicos representan la principal fuente de dichas donaciones. Sin embargo, los llamados «donantes sin actividad cardiaca» (cuya defunción se declara basándose en el cese permanente de la circulación y la respiración), podrían proporcionar tres veces más órganos. Con el fin de lograr la autosuficiencia nacional en materia de trasplante de órganos será necesario aumentar las donaciones de donantes fallecidos.

Se obtendrían importantes ventajas con la creación de una base común para un sistema mundial de codificación de materiales trasplantables, y en especial de células y tejidos. Uno de los resultados del proceso mundial de consultas fue la recomendación de que se debe fomentar la creación de un sistema mundial de ese tipo.

Las Naciones Unidas aprobaron en consecuencia de estas consultas y debates, los siguientes principios rectores en relación a los trasplantes, la consecución de donantes y la selección de receptores:

Principio rector 1: Podrán extraerse células, tejidos y órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si:

- a. se obtiene el consentimiento exigido por la ley; y
- b. no hay razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción.



Principio rector 2: Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar directamente en la extracción de células, tejidos u órganos de ese donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores previstos de esas células, tejidos y órganos.

Principio rector 3: Las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con la reglamentación nacional. En general, los donantes vivos deberán estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores. La donación de personas vivas es aceptable si se obtiene el consentimiento informado y voluntario del donante, se le garantiza la atención profesional, el seguimiento se organiza debidamente y se aplican y supervisan escrupulosamente los criterios de selección de los donantes. Los donantes vivos deberán ser informados de los riesgos, beneficios y consecuencias probables de la donación de una manera completa y comprensible; deberán ser legalmente competentes y capaces de sopesar la información y actuar voluntariamente, y deberán estar libres de toda coacción o influencia indebida.

Principio rector 4: No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las contadas ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales. Deberán adoptarse medidas específicas para proteger a los menores, cuyo consentimiento se obtendrá, de ser posible, antes de la donación. Lo que es aplicable a los menores lo es asimismo a toda persona legalmente incapacitada.

Principio rector 5: Las células, tejidos y órganos deberán ser objeto de donación a título exclusivamente gratuito, sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario. Deberá prohibirse la compra, o la oferta de compra, de células, tejidos u órganos para fines de trasplante, así como su venta por personas vivas o por los allegados de personas fallecidas.

La prohibición de vender o comprar células, tejidos y órganos no impide reembolsar los gastos

razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos de obtención, procesamiento, conservación y suministro de células, tejidos u órganos para trasplante.

Principio rector 6: Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con la reglamentación nacional. Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de células, tejidos u órganos cuyo fin sea ofrecer un pago a individuos por sus células, tejidos u órganos, o a un pariente cercano en caso de que la persona haya fallecido, o bien recabar un pago por ellos. Deberán prohibirse asimismo los servicios de intermediación que entrañen el pago a esos individuos o a terceros.

Principio rector 7: Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante, ni los aseguradores sanitarios u otras entidades pagadoras deberán cubrir esos procedimientos, si las células, tejidos u órganos en cuestión se han obtenido mediante explotación o coacción del donante o del familiar más cercano de un donante fallecido, o bien si éstos han recibido una remuneración.

Principio rector 8: Los centros y profesionales de la salud que participen en procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado recibir por los servicios prestados.

Principio rector 9: La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, de-



finidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

Principio rector 10: Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse tanto en el donante vivo como en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos.

Debe mantenerse y optimizarse constantemente el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos para trasplante, en cuanto productos sanitarios de carácter excepcional. Para ello es preciso instituir sistemas de garantía de la calidad que abarquen la trazabilidad y la vigilancia, y que registren las reacciones y eventos adversos, tanto a nivel nacional como en relación con los productos humanos exportados.

Principio rector 11: La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores (40).

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

CAPÍTULO III LA REGULACIÓN ÉTICA DE LA MEDICINA



EDICIONES **MAWIL**



3.1 Principios fundamentales o bases de la ética medica

Los códigos de ética son guías para la acción y, por ello, pueden llegar a ser herramientas útiles para orientar las actividades o para resolver los dilemas éticos de los profesionales, si se usan adecuadamente.

Una visión y aplicación real de los códigos supone un equilibrio entre extremos viciosos. Por una parte, no se trata de unos reglamentos legales que imponen conductas únicas y uniformes; tampoco es una expresión general o abstracta que pueda acomodarse al capricho de cada persona. Por una parte, toma en cuenta y respeta la libertad y la autonomía de cada persona, pero, por otra parte, pone en evidencia los deberes que los médicos tienen con la sociedad de una forma lo más precisa posible. El código debe ofrecer una visión que integra los requerimientos de la profesión y las expectativas de la sociedad.

Para desarrollar este capítulo, dedicado a los códigos deontológicos de la profesión médica, tomaremos en cuenta tres fuentes principales: el Manual de ética médica de la Asociación Médica Mundial, el código de ética médica de la Organización Médica Colegial de Ecuador, y el Código de ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Vale insistir en que estas declaraciones y códigos toman en cuenta las tradiciones más antiguas, partiendo de Hipócrates y su juramento, componente básico de la formación ética de los médicos, y los resultados y consensos obtenidos de grandes debates donde se perciben los aportes de diferentes escuelas filosóficas, así como el juicio hacia situaciones novedosas, como las monstruosas violaciones de la dignidad humana en las pasadas guerras mundiales y los nuevos dilemas que plantean los sorprendentes avances de las ciencias y la tecnologías, al tiempo que toma en cuenta nuevas amenazas como la ambiental-ecológicas y los delicados equilibrios que sostienen la paz mundial. Por ello, vale destacar que se recurre a usos, como el juramento, inspiración directa de Hipócrates. Así la Asociación Médica Mundial, en su

“Declaración de Ginebra”, establece como condición de asociación, una promesa pública solemne, en los siguientes términos, justo en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad, Otorgar a mis maestros el respeto y gratitud que 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, Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas, No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente, Velar con el máximo respeto por la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas,

Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor (37).

La Deontología impone obligaciones a los Profesionales de la actividad que fuese, pero entendiéndose como tal a la persona que se ha formado académicamente, es decir que está cualificado, para desempeñar una ocupación específica.

La misma sociedad se encarga de ubicar al profesional en un nivel acorde con su cualificación y desde allí este se suma al bien común que ella necesita. Todas las profesiones, por distintas que puedan ser, hacen su aporte a la sociedad, brindando conocimientos científicos, tecnológicos, sociales, biológicos, etc. Ayudando, en este caso en el ámbito de la salud, con investigaciones, estudios y toda otra actividad

para la mejor atención del paciente.

La deontología impone obligaciones al profesional para que pueda alcanzar las siguientes condiciones: la competencia, la eficiencia, la diligencia y la responsabilidad.

Figura 2. Condiciones del médico desde el punto de vista ético

1. Ser competente	· La competencia requiere una preparación inicial que facilite la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para la actividad profesional.
	· Asimismo, exige una formación permanente para mantenerse al día, actualizar los conocimientos y renovar los procedimientos de trabajo.
2. Ser eficiente	La eficiencia se refiere a la realización del trabajo bien hecho sin desperdiciar recursos humanos y materiales.
3. Ser diligente	La diligencia consiste en el cuidado, atención, agilidad y exactitud que hay que poner el trabajo.
4. Ser responsable	La responsabilidad exige capacidad para responder ante sí mismo, ante el resto de compañeros y directivos, y ante los clientes de las consecuencias de lo que se hace o se dice en el desempeño profesional.

Fuente: (34)

Por supuesto, el fundamento racional de todo código ético tiene que ver con unas premisas, unos enunciados de inicio, a partir de los cuales se deducen los demás, hasta llegar a la concreción de la regla o norma, así como el análisis y juicio a propósito de los casos o circunstancias. Estos principios refieren a su vez a concepciones de la Humanidad y del Bien que corresponden a las escuelas filosóficas a las que se ha hecho referencia, así como a declaraciones doctrinarias como la de los Derechos Humanos, que hoy cuenta con el consenso de, por lo menos, los gobiernos de todo el mundo, y la opinión pública global, así como de las Iglesias y muchas organizaciones políticas. Este marco doctrinario y filosófico permite, cada vez, desarrollar una reflexión y una argumentación que permite determinar los sentidos de las situaciones y la dirección que debiera seguir las decisiones.

Los principios fundamentales de la ética médica internacional, son la vulnerabilidad, la dignidad, la autonomía y la integridad del ser huma-



no. Por supuesto, forman parte de un específico humanismo, heredero de muchas tradiciones que se remontan a la Antigüedad, como se ha mencionado.

Frente a algunas ideologías que pretenden la primacía de una parte de la sociedad sobre la otra, a cuenta de su raza, sexo, nacionalidad o clase social, este humanismo general que anima a los principios de la ética médica, es desde el principio enemiga de toda discriminación, a menos que sea la positiva, que estipula medidas especiales en consideración de situaciones de minusvalía o de características humanas propias, como la de la vulnerabilidad.

El principio de la vulnerabilidad del ser humano. Implica que todo individuo, independientemente de sexo, raza, credo o nacionalidad, es frágil. Como ser vulnerable es un ser débil, que vive en un medio donde proliferan las amenazas a su integridad por factores externos o internos.

Como ser vulnerable, el humano no es autosuficiente, sino dependiente y limitado, radicalmente determinado por su finitud. El ser humano es una unidad, goza de integridad, pero esta unidad no es absoluta ni inalterable, sino que está constantemente afectada por la enfermedad, el sufrimiento, la vejez y la muerte, circunstancias que, por ejemplo, decidieron al Príncipe Gautama el camino que le llevó a la Iluminación que completó su condición de Buda.

Aunque el ser humano es tan o más vulnerable, porque es un ser vivo entre otros, tiene la habilidad de defenderse, y así compensar, al menos en parte, la vulnerabilidad de su ser. La Humanidad se distingue porque tiene la consciencia perturbadora de su vulnerabilidad; se da cuenta de que es frágil, que está sujeto al dolor, al sufrimiento y a la muerte.

El enfermo vive especialmente este carácter vulnerable propio de todas las personas. Dicho de otra manera, la enfermedad es una manifestación de su extrema vulnerabilidad. La tesis de que el ser humano es vulnerable constituye una realidad indudable, no sólo de carácter intelectual, sino existencial. Se trata de una experiencia de la cual no podemos escapar.

Por supuesto, nuestro cuerpo es vulnerable, pero también todo lo que afecta nuestra condición humana. El ejemplo y la vivencia más clara de esta vulnerabilidad es el dolor físico, pero existen otras formas de vulnerabilidad humana, que tocan todas nuestras dimensiones en su complejidad que reúne la dimensión social, psicológica e, incluso, interior de nuestro ser. Precisamente porque todo en el ser humano es vulnerable, es fundamental e ineludible el ejercicio de cuidarlo, de atenderlo. El Cuidado es un concepto que se halla en todas las culturas que guardan la debida consideración a los estados típicos de nuestra vulnerabilidad: el sufrimiento, la enfermedad, la vejez y la muerte.

Esta atención y cuidado debe tener la altura y la calidad correspondientes a la dignidad del receptor. De acuerdo a la declaración de los derechos humanos, estos pertenecen a todos los miembros de nuestra especie desde el nacimiento, por lo que la dignidad pertenece a toda persona por el mero hecho de serlo y se encuentra incondicionalmente ligada a su naturaleza racional y libre. El cristianismo, el Islam y el Judaísmo lo justificarían también porque el Hombre fue creado a ser imagen y semejanza de su Creador.

Desde este punto de vista, la persona es digna de un amor y un respeto fundamentales, con independencia de sus condiciones singulares, es decir, raza, credo, nacionalidad, sexo, y de su particular actuación, incluso si es un delincuente. Hay seres que por su forma de obrar y de participar en el seno de la comunidad se hacen dignos de una dignidad moral, mientras que los hay que, por su forma de vivir, son indignos desde un punto de vista moral. No obstante, tienen estricto

derecho a ser tratados como personas. El respeto y la dignidad son conceptos mutuamente relacionados. La dignidad comporta el respeto y el respeto es el sentimiento adecuado frente a una realidad digna.

El hecho de afirmar la dignidad de la persona significa que no se puede atentar contra ella, ni tratarla de una forma inferior a su categoría de humano. En este sentido, en lenguaje kantiano, se podría decir que la dignidad es un trascendental de la condición humana; aunque hoy, con la amenaza de la catástrofe ecológica, el calentamiento global y la desaparición de millones de especies, hay planteamientos críticos hacia el antropocentrismo presente en algunas de las tradiciones más antiguas, por lo que se plantea que la Humanidad debe asumir que no es único, que lejos de ser propietarios de la Tierra, son sólo una parte de ella, y que debe asumir su responsabilidad de cuidar el Planeta. Algunos intérpretes señalan que la Humanidad cuenta con una dignidad añadida, complementaria o, si se quiere utilizar un término más correcto, moral; una nobleza ulterior, derivada del propio carácter libre del hombre, de su índole de realidad incompleta, pero dotada de la capacidad de conducirse a sí mismo a la perfección definitiva. Desde un punto de vista existencialista, esa libertad reside, precisamente, en la prioridad de su existencia sobre su esencia; es decir, que, en rigor, no tiene Ser, sino la Nada.

Otro principio filosófico relativo a la Humanidad, es que sus miembros disponen de autonomía. Esta es la capacidad de cada individuo de regularse por sí mismo, establecerse (hasta cierto punto) las normas de su comportamiento, de plantear y decidir los proyectos que constituirán la propia existencia y de actuar a partir de sus propios criterios y principios. Una persona actúa de modo autónomo cuando, para decirlo con Kant, se rige por la ley que emerge de su yo reflexivo, mediante un razonamiento que la justifique como deseable para todos los humanos. Lo contrario sería que las personas son heterónomas cuando obedecen a normas y consignas que otro dicta desde fuera de su consciencia.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

Se entiende que la autonomía es un signo de madurez y la condición de la plena libertad de la persona. En sentido estricto, se deberían distinguir distintos tipos y grados de autonomía. Más allá de las simples distinciones entre seres autónomos y seres no autónomos, parece más adecuado distinguir grados de autonomía. La finalidad última del cuidar es desarrollar la máxima autonomía de la persona, pero ello solo será posible con su contribución, con su voluntad y esfuerzo. La autonomía funcional es la capacidad de desarrollar las funciones básicas de la vida por uno mismo, sin necesidad de una ayuda exterior. La autonomía moral, en cambio, se refiere a la capacidad de tomar decisiones libres y responsables por uno mismo, lo cual comprende la capacidad de deliberar y de anticipar posibles riesgos y beneficios de tales decisiones. No siempre van parejas la autonomía funcional con la autonomía moral, pues hay personas que son capaces de desarrollar las funciones básicas de la vida, pero, en cambio, no pueden tomar decisiones libres y responsables con respecto a su futuro.

La autonomía moral exige competencia ética, esto es, capacidad de pensar por uno mismo, de actuar coherentemente con los propios criterios y jerarquía de valores. Luego está la autonomía social/económica, que se refiere a la capacidad de asumir, por uno mismo, las cargas económicas que supone desarrollar la vida humana. Ser autónomo, en este sentido, significa poder costearse las exigencias que supone existir y no depender de otra persona o institución para poder desarrollar la propia vida. Por razones obvias, es fácil observar que esta forma de autonomía no siempre va unida a la funcional, ni a la moral.

Es esencial recordar que el principio de autonomía exige respetar las decisiones libres y responsables del paciente, y no solo eso, sino velar, en todo momento, para que pueda desarrollar al máximo nivel su autonomía. Puede decirse que la autonomía es la consecuencia lógica de la libertad. Se debe ser libre-de cualquier barrera, sea política, económica o social, pero también libre-para tomar decisiones, dotarse de las propias leyes o reglas, etc.



Otro de los principios básicos del humanismo fundamental de la ética médica es la integridad. La integridad de la persona se define como la correcta ordenación de las partes del todo: el equilibrio y la armonía entre las diversas dimensiones de la existencia humana necesarios para el buen funcionamiento de todo el organismo humano. La integridad de una persona se expresa en una relación equilibrada entre los elementos corporales, psicológicos, sociales e intelectuales de su vida. Para reparar la desintegración producida por la enfermedad, hay que vulnerar, hasta cierto punto, la integridad de la persona. El profesional de la salud explora al paciente y evalúa sus capacidades. Esta es una invasión lícita de la integridad a la que el paciente consiente. A pesar de ello, esta anuencia no puede evitar la exposición de la integridad al grave riesgo que supone el tratamiento de su salud. El profesional está obligado a ejercer el derecho a las invasiones necesarias de la integridad con el máximo cuidado y sensibilidad.

En definitiva, el principio de integridad se basa en la unidad total, y propone que es lícito intervenir sobre el cuerpo de una persona si ha dado su consentimiento solamente cuando hay justificación terapéutica, es decir, si la intervención es beneficiosa para la persona (2).

3.2. Consecuencias de la ética médica

En términos socráticos, la ética médica se propone desarrollar la virtud de los profesionales de la salud y, con ello, la de toda la Humanidad. La virtud es, en su sentido original, una fuerza o energía que inclina a obrar de manera adecuada para conseguir un fin. No es una formulación abstracta de un principio moral, sino el ejemplo concreto de cómo realizar una buena vida, a partir de las situaciones y las experiencias vitales en las que se comprende el sentido de la virtud.

Si buscamos puntualizar las principales virtudes que en el médico fomenta la ética, podemos resumirlas en las siguientes para cultivar en los profesionales de la salud.



- Saber hacer: tener conocimiento y competencia. Un buen médico, un profesional que desarrolla correctamente su vocación, es aquel que nunca deja de estudiar, reflexionar, investigar, con el fin de aumentar su saber y sus habilidades y destrezas. Para ello, hay condiciones institucionales para acometer estudios de postgrado y especializaciones, pero igualmente, el médico, en tanto científico, asume sus experiencias como el campo donde va a contrastar conceptos y explicaciones con las realidades concretas, para enriquecer el patrimonio teórico y científico de la Medicina en general.
- Saber dar confianza: ser honesto y veraz con la persona dependiente. Ganar la confianza de los pacientes y allegados, de las instituciones y del entorno social, significa también mantener los compromisos, cumplir las promesas, atenerse a lo que sinceramente se piensa que es la verdad, incluso, hacer uso del lenguaje de una manera adecuada para hacerse entender siempre e intentar llegar a acuerdos en beneficio de todos o de la mayor parte. Así mismo, dar confianza es hacer práctica los principios aludidos anteriormente, especialmente en lo que se refiere a la dignidad, la integridad y la autonomía de los pacientes.
- Tener compasión y coraje: Esto significa estar cerca de la persona dependiente, pero con firmeza y valentía. El médico debe evitar todo envanecimiento o distancia que le impida ponerse en contacto con el sufrimiento o dudas propias del ser frágil que ha acudido a él en busca de ayuda y cuidado. La compasión le permitirá ponerse en el lugar del otro, comprender su sufrimiento y hacerse una idea de las necesidades que cada paciente tenga. Al mismo tiempo, el coraje necesario para hacer valer su voluntad de manera sabia, tomando las mejores decisiones y prescripciones de acuerdo a la rigurosidad del conocimiento científico.
- Tener esperanza: Significa saber averiguar las posibilidades de la persona cuidada y ayudarla a dotar su vida de un sentido po-



sitivo. Se trata de, por decirlo así, una esperanza activa, que no se detiene a esperar, sino a actuar con decisión, a tiempo y pertinencia, a fin de lograr la salud del paciente que se cuida. Se trata de una disposición sincera a seguir insistiendo en el Bien, aun en las peores circunstancias. Es una actitud positiva, con la suficiente energía para perseverar frente a todos los obstáculos.

- Tener humildad y paciencia: Esto significa humildad porque toda persona es única e irrepetible y puede enseñarnos algo importante en la vida y paciencia como actitud de constante ayuda a la persona dependiente. Siempre es posible aprender más, incluso de los pacientes o las personas de las que menos esperamos. El médico no debe ubicarse a la altura de una inaccesibilidad que le impida ponerse en contacto con el sufrimiento humano. Así mismo, la paciencia implica poner bajo control los impulsos, las ansiedades e impacencias, para, de esa manera, persistir siempre en el bienestar del paciente.

3.3. Importancia de la ética médica

La virtud es, entre otras cosas, principalmente una cualidad del carácter, un hábito que perfecciona al profesional y que le hace más apto para desarrollar su labor. El cultivo de las virtudes es esencial en la práctica profesional.

Además del respeto a los principios, la excelencia profesional exige el cultivo de virtudes tales como el respeto, la paciencia, la escucha, la amabilidad, la confidencialidad y la tolerancia, entre otras.

La reflexión sobre la vida virtuosa en la profesión médica juega un importante papel en el desarrollo de la vida profesional y de las organizaciones, resulta fundamental para vislumbrar la excelencia.

El respeto al principio de autonomía va en beneficio de los derechos de los pacientes e implica que los médicos y demás miembros del equipo

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

de salud juntamente con otras personas implicadas que intervienen en la acción de ayudar, deben escuchar las peticiones y demandas de los enfermos en especial a las personas mayores o en situación de dependencia.

La persona cuidada tiene derecho a estar informada sobre sus responsabilidades y sus derechos. El profesional tiene que asegurar que su destinatario comprenda toda la información siempre y cuando sea capaz. Una persona en situación de dependencia desde un punto de vista funcional necesita de otra para realizar las funciones básicas de la vida. Esta dependencia funcional no significa, necesariamente, que no tenga competencia ética para decidir libre y responsablemente.

Los Códigos de Ética contemplan un conjunto de normativas, explícitas o implícitas, que pueden inhibir las malas prácticas que puedan surgir en el ejercicio de la profesión. El conocimiento de estas normas puede animar a los miembros de los equipos de salud, a desempeñarse de manera adecuada buscando siempre el bien del paciente. Los Colegios Profesionales, por su parte, tienen la responsabilidad de confeccionar esos códigos y cuidar de su estricto cumplimiento para proteger al paciente y dignificar la profesión.

Los Códigos de Ética se orientan a lo que se debe hacer y desaniman respecto de lo que no se debe hacer guiando al profesional en el ejercicio de su profesión, ya que muchas veces responden a normas legales que rigen en el lugar, a la vez que normativa la relación con los pares profesionales.

Es una gran ventaja contar con un código de ética, pues este, además de otros logros, contribuye efectivamente a la creación de un clima de confianza en torno a la práctica médica. Se trata de crear la tranquilidad sobre la rigurosidad de su conducta previsible, en quien entable una relación profesional con alguien que se sabe respeta y sigue un código de ética. Se trata de fomentar unas relaciones en las cuales se

confíe en que, al someterse a un tratamiento con un profesional de la salud que se rige de manera rigurosa con el Código de Ética, se sabrá de antemano que jamás hará algo que perjudique a la salud de la persona.

3.4. Noción de servicio público de la Medicina

En la actualidad, se suele hablar haciendo una distinción de muchas consecuencias. Se diferencia entre la “salud pública” y otra salud (“privada” o “individual”). Esto ha traído muchas consecuencias, algunas lamentables. Por otra parte, el concepto de “salud pública” puede entenderse como “atención médica con financiamiento público” (es decir, atención médica financiada a través del sistema de impuestos de un país o de un sistema de seguro universal obligatorio) y como lo opuesto a “atención médica con financiamiento privado” (es decir, atención médica pagada por la persona o a través de un seguro).

Comprendemos en el término “salud pública”, tanto a la salud del público, como a la especialidad médica que trata la salud desde la perspectiva de la población en general, más que de una persona específica. Los especialistas en este campo, que se requieren en todos los países, pueden asesorar y defender las políticas públicas que promueven una buena salud, además de participar en actividades que buscan proteger al público de las enfermedades contagiosas y de otros riesgos de salud. La práctica de la salud pública (conocida a veces como “medicina de salud pública” o “medicina comunitaria”) depende mucho para su base científica de la epidemiología, que es el estudio de la distribución y los determinantes de la salud y la enfermedad en las poblaciones.

Más allá de estudios especializados, todos los médicos necesitan tener conciencia de los determinantes sociales y ambientales que influyen en el estado de salud de cada uno de sus pacientes. En este sentido, la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la *Promoción*

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

de la *Salud* estipula que: “Los médicos y sus asociaciones profesionales tienen el deber ético y la responsabilidad profesional de velar por los mejores intereses de sus pacientes en todo momento, e integrar dicha responsabilidad a una preocupación mayor y compromiso para promover y asegurar la salud del público” (37).

Los factores sociales, como la vivienda, la nutrición y el empleo, son igualmente importantes para la salud pública, junto a acciones particulares como las campañas de vacunación y las respuestas de emergencia a los brotes de enfermedades contagiosas. Los médicos rara vez son capaces de tratar las causas sociales de las enfermedades de sus pacientes, no obstante, pueden contribuir, aunque sea de manera indirecta, a dar soluciones de largo plazo a estos problemas al participar en actividades de salud pública y educación de la salud, controlar e informar sobre los riesgos ambientales, identificar y dar publicidad a los efectos adversos para la salud causados por problemas sociales como el maltrato y la violencia y defender los mejoramientos en los servicios de salud público.

A veces los intereses de la salud pública pueden entrar en conflicto con los de cada paciente, por ejemplo, cuando se desarrollan ciertas actividades sean peligrosas para la persona o los demás, como conducir un automóvil o pilotar un avión. Estos son ejemplos de situaciones de doble obligación. En general, los médicos deben tratar de encontrar maneras de reducir al mínimo los perjuicios que todo paciente pueda sufrir después de cumplir los requisitos de la salud pública. Por ejemplo, cuando es necesario presentar un informe, la confidencialidad del paciente se debe proteger al máximo cuando se cumplan las exigencias legales.

Un tipo distinto de conflicto entre los intereses del paciente y los de la sociedad, surge cuando se pide a los médicos que ayuden a los pacientes a recibir beneficios a los que no tienen derecho, por ejemplo, pagos de seguro o licencias médicas por enfermedad. Los médicos

han recibido la autoridad para certificar que los pacientes tienen las condiciones médicas apropiadas que los califiquen para recibir dichos beneficios. Aunque algunos médicos no están dispuestos a negar las solicitudes de los pacientes para obtener certificados que no se ajustan a sus circunstancias, mejor deben ayudar a sus pacientes a encontrar otros medios de ayuda que no impliquen una conducta antiética.

Con la generalización de sistemas de seguridad social en las naciones (propios de la noción política del Estado benefactor), y la creciente conciencia de la necesidad de generalizar los cuidados a toda la población, el sector público ha venido tomando una relevancia significativamente en la definición de políticas, financiamiento y administración de los servicios sanitarios. Esta orientación se ha desarrollado a tal punto que se propone que los servicios de salud sean, en general, públicos, sin perspectivas de lucro, salvo en ciertas secciones específicas.

Es por ello, además del aspecto político-administrativo, que se ha sentido la necesidad de enunciar códigos de ética que rijan en el sector público de la salud, de manera complementaria a los códigos emanados de las organizaciones gremiales. Así es en Ecuador, donde desde mediados de la primera década de este siglo, existe un Código de Ética del funcionario del Ministerio de Salud Pública.

La visión pública de la salud, es decir, su orientación hacia el bienestar general de la sociedad, y no en función de lucro, se proyecta hacia los avances científicos, tales como el mapa genético de la especie humana, que tendrá consecuencias indudables en la innovación tecnológica en sectores científicos de punta como la ingeniería genética y el desarrollo de tratamientos innovadores para tratar enfermedades hasta ahora inevitables, como los debidos a accidentes genéticos, o incurables hasta ahora, como el cáncer. Por otra parte, la orientación pública de la salud implica una disposición de mayor beneficencia a la hora del acceso a medicamentos y vacunas para todos los segmentos de la población, incluso aquellos de muy bajos recursos. De esta ma-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



nera, se lograría el fiel cumplimiento del rechazo a las discriminaciones por razones de origen social o económico, además de las demás, por motivo de raza, credo, sexo o nacionalidad.

El Código de Ética Médica de los gremios correspondientes, establecen (artículo 44.2) que el ejercicio de la Medicina es el medio de vida del médico, quien tiene derecho a ser remunerado de acuerdo con la importancia del servicio prestado, su propia competencia y cualificación profesional, circunstancias particulares eventuales y la situación económica del paciente.

Por otra parte, se fijan los siguientes mandatos:

Los honorarios médicos serán dignos, pero no abusivos. Nunca podrán ser compartidos sin conocimiento de quien los abona (artículo 44.3)

Solo en casos excepcionales, el médico podrá vender directamente al paciente los remedios, medicamentos o aparatos. No podrán recibir comisión por sus prescripciones ni aceptar o exigir retribuciones de intermediarios (artículo 44.4).

3.5. El médico y su compromiso ético y social con los derechos humanos, la convivencia pacífica de los pueblos y la justicia social

Al ser una profesión, la medicina es una ocupación que se caracteriza por la dedicación al bienestar de los demás, altos estándares morales, un conjunto de conocimientos y experiencia y un alto nivel de autonomía. En este contexto, al decir la “profesión médica” se puede significar tanto la práctica de la medicina como a los médicos en general. El profesionalismo médico también implica una relación con la sociedad, que puede caracterizarse como un “contrato social” en el que la sociedad otorga a la profesión privilegios, incluidos la exclusiva o principal responsabilidad de la prestación de ciertos servicios y un alto grado

de autorregulación. A cambio la profesión acepta utilizar estos privilegios principalmente en beneficio de los demás y sólo en segundo lugar para beneficio propio.

La medicina hoy, más que nunca antes, es una actividad social, más que algo estrictamente individual. Se lleva a cabo en un contexto de gobierno y organización corporativa y de financiamiento. La medicina depende de la investigación médica pública y corporativa y de la fabricación de productos para la base de sus conocimientos y tratamientos. Necesita instituciones de salud complejas para muchos de sus procedimientos y trata las enfermedades tanto de origen social como biológico.

La tradición hipocrática de la ética médica sólo ofrece algunos atisbos de la ética propia de una sociedad en la cual la ética se confundía con la gestión democrática de lo público. La Antigüedad griega es muy diferente a la complejidad social de la contemporaneidad, con sus conflictos diversos entre clases sociales, etnias, grupos de interés y en lucha por su reconocimiento. Esto hace necesario complementar la tradición ética hipocrática en algunos puntos sustanciales. Para ello, la ética médica actual aborda los problemas que se presentan fuera del marco de la relación médico-paciente y proporciona criterios y procedimientos para enfrentarlos.

Al hablar de carácter “social” de la medicina surge de inmediato la siguiente pregunta: ¿qué es la sociedad? En este texto, el término se refiere a una comunidad o nación, no es sinónimo de gobierno; los gobiernos deben representar los intereses de la sociedad, aunque con frecuencia no lo hacen, pero incluso cuando los representan están actuando *para* la sociedad y no *como* sociedad.

Obviamente, el médico tiene varias relaciones con la sociedad. Puesto que la sociedad y su entorno físico son factores importantes para la salud de los pacientes, tanto la profesión médica en general como cada

Las situaciones de doble obligación incluyen un espectro desde los que los intereses de la sociedad deben prevalecer hasta en los que los intereses del paciente son claramente más importantes. Entre los dos extremos hay una zona nebulosa en la que se necesita mucho discernimiento para decidir lo que es correcto. En un extremo de este espectro están las exigencias de informe obligatorio a los pacientes que sufren ciertas enfermedades, los que no pueden conducir o los que se sospecha maltratan a los niños. Los médicos pueden cumplir con estas exigencias sin titubeos, aunque se debe informar a los pacientes de dichas acciones.

Más cerca del centro del espectro se encuentran las prácticas de algunos programas de atención médica administrada que limitan la autonomía clínica de los médicos para determinar cómo deben tratar a sus pacientes. Aunque estas prácticas no son necesariamente contrarias a lo que es mejor para el paciente, lo pueden ser y los médicos tienen que considerar cuidadosamente si deben participar en dichos programas. Si no tienen ninguna opción, por ejemplo, cuando no existen programas alternativos, deben *defender* con tenacidad a sus propios pacientes y a través de sus asociaciones médicas, las necesidades de todos los pacientes afectados por dichas políticas restrictivas.

En cada país del mundo, incluso en los más ricos, ya existe una gran y creciente brecha entre las necesidades y deseos de los servicios de salud y la disponibilidad de recursos para proporcionar estos servicios. Debido a esta brecha, se requiere que los recursos existentes sean racionados de alguna manera. La racionalización de la salud o la “asignación de recursos”, como se le llama comúnmente, se practica a tres niveles:

- Al más alto nivel (“macro”), los gobiernos deciden cuánta cantidad del presupuesto general se debe destinar a salud, qué tipo de atención médica se entregará sin costo y cuál necesitará un pago ya sea directamente de los pacientes o de sus planes



de seguros médicos; dentro del presupuesto de salud, cuánto se dará a la remuneración de los médicos, enfermeras y otro personal de la salud, a gastos capitales o de funcionamiento para hospitales y otros establecimientos, a la investigación, a la educación de los profesionales de la salud, al tratamiento de enfermedades específicas, como la tuberculosis o el sida, etc.

- A nivel institucional (“medio”), que incluye los hospitales, las clínicas, establecimientos de salud, etc., las autoridades deciden cómo distribuir sus recursos: qué servicios proporcionar; cuánto gastar en personal, equipo, seguridad, otros gastos de funcionamiento, renovaciones, ampliaciones, etc.
- A nivel de cada paciente (“micro”), el personal de salud, en especial los médicos, deciden qué exámenes prescribir, si se necesita enviar al paciente a otro médico, si el paciente debe ser hospitalizado, si es necesario un medicamento de marca registrada en lugar de uno genérico, etc. Se ha calculado que los médicos son responsables de iniciar el 80% de los gastos de salud y a pesar de la intromisión cada vez más grande de la atención administrada, todavía son muy discretos en cuanto a qué recursos los pacientes tendrán acceso.

Las medidas que se toman a cada nivel tienen un componente ético principal, ya que están basadas en valores y tienen consecuencias importantes para la salud y el bienestar de las personas y las comunidades. Aunque las personas se ven afectadas por las decisiones que se toman en todos los niveles, están más involucradas en el nivel micro. Por tradición hipocrática, se espera que el médico actuara sólo por el bien de sus pacientes, sin considerar las necesidades de los demás. Los principales valores de compasión, competencia y autonomía estaban dirigidos a satisfacer las necesidades de sus propios pacientes. Este enfoque individualista de la ética médica sobrevivió a la transición entre el paternalismo del médico y la autonomía del paciente, en la que la voluntad de cada paciente se convirtió en el principal criterio para decidir qué recursos debe recibir. Sin embargo, últimamente otro valor,

la justicia, se ha transformado en un factor importante en la toma de decisiones médicas. Este implica un aspecto más social de la asignación de recursos, el que considera las necesidades de otros pacientes. Según este enfoque, el médico no sólo es responsable de sus propios pacientes, sino que en cierta medida de los demás también.

Esta nueva interpretación de la función del médico en la asignación de recursos está expresada en los códigos de ética de muchas asociaciones médicas nacionales y también en la Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre los *Derechos del Paciente* que estipula: “En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación” (37).

Una manera en la que el médico puede ser responsable en la asignación de recursos es evitando las prácticas inútiles e ineficaces, incluso cuando los pacientes las solicitan. La utilización excesiva de antibióticos es sólo un ejemplo de una práctica que es inútil y dañina. Los ensayos clínicos aleatorios han demostrado que muchos otros tratamientos comunes son ineficaces para las enfermedades en que se utilizan. Existen normas de práctica clínica para muchas condiciones médicas que ayudan a distinguir entre los tratamientos eficaces y los inútiles. El médico debe familiarizarse con estas normas a fin de preservar los recursos y proporcionar un tratamiento óptimo a sus pacientes.

Un tipo de decisión sobre asignación que muchos médicos deben tomar es la elección entre dos o más pacientes que necesitan un recurso escaso, como la atención de un personal de emergencia, una cama disponible en la unidad de cuidados intensivos, órganos para trasplante, exámenes radiológicos de alta tecnología y ciertos medicamentos muy costosos. El médico que controla estos recursos debe decidir qué pacientes tendrán acceso a ellos y cuáles no, sabiendo muy bien que

los que no obtendrán los recursos pueden sufrir e incluso morir.

Algunos médicos se ven enfrentados a otros conflictos en la asignación de recursos cuando cumplen una función en la elaboración de políticas generales que pueden afectar a sus propios pacientes, entre otros. Este conflicto se produce en hospitales y otras instituciones en las que los médicos ocupan cargos administrativos o trabajan en comunidades donde las políticas están recomendadas o determinadas. Aunque muchos médicos intentan separarse de la preocupación con sus propios pacientes, otros pueden tratar de hacer uso de sus cargos para poner las causas de sus pacientes por sobre otros que tienen mayores necesidades.

Cuando abordan los problemas de asignación, los médicos no sólo deben equilibrar los principios de compasión y justicia, sino que al hacerlo deben decidir qué enfoque de la justicia es preferible. Existen varios enfoques, incluidos los siguientes:

- **LIBERAL** – los recursos deben ser asignados según los principios del mercado (la elección individual está condicionada por la capacidad y disponibilidad a pagar, con limitada atención caritativa por los desposeídos);
- **UTILITARIO** – los recursos deben ser asignados según el principio del máximo beneficio para todos;
- **IGUALITARIO** – los recursos deben ser asignados estrictamente según la necesidad;
- **RESTAURATIVO** – los recursos deben ser asignados de manera de favorecer a los desposeídos históricamente.

Como se ha mencionado con anterioridad, los médicos se han alejado gradualmente del tradicional individualismo de la ética médica, lo que favorece un enfoque liberal, hacia una concepción más social de su función. Incluso si el enfoque liberal por lo general se rechaza, sin embargo, los expertos en ética no han logrado un consenso sobre cuál de

los otros tres enfoques es superior. Es claro que cada uno tiene resultados diferentes cuando se aplican a los problemas mencionados antes, es decir, decidir qué exámenes deben prescribirse, si es necesario enviar al paciente a otro médico, si el paciente debe ser hospitalizado, si es necesario un medicamento de marca registrada en lugar de uno genérico, quién obtiene el órgano para trasplante, etc.

El enfoque utilitario es probablemente el más difícil de llevar a la práctica para el médico, ya que requiere una gran cantidad de información sobre los posibles resultados de las distintas intervenciones, no sólo para los propios pacientes del médico, sino que para todos los demás. La elección entre los otros dos (o tres si se incluye el liberal) dependerá de la moralidad personal del médico y también del marco socio-político en el que trabaja. Algunos países, como EE.UU. favorecen el enfoque liberal; otros, como Suecia, son conocidos por el igualitarismo; e incluso otros, como Sudáfrica, intentan un enfoque restaurativo. Muchas personas que elaboran los planes de salud promueven el utilitarismo. A pesar de sus diferencias, dos o más de estos conceptos de justicia con frecuencia coexisten en los sistemas de salud nacional y en estos países los médicos pueden elegir el sector en el que ejercer (público o privado) que esté de acuerdo con su propio enfoque.

Además de cualquier función que puedan cumplir los médicos en la asignación de los recursos de salud existentes, también tienen la responsabilidad de defender el aumento de estos recursos cuando no son suficientes para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Por lo general, esto requiere que los médicos trabajen en conjunto, en sus asociaciones profesionales, para convencer a las personas que toman las decisiones en el gobierno y a otros niveles de la existencia de estas necesidades y cómo satisfacerlas de la mejor manera, tanto en sus propios países como en el mundo.

3.6. Compromiso o deber ético del médico establecido en el código de ética médica del Ecuador y el Código de ética Internacional de Ética médica

Hay una concordancia significativa entre el Código de Ética internacional y el aprobado por las organizaciones gremiales de los médicos en el Ecuador. Esa coincidencia responde a la herencia de las mismas tradiciones hipocráticas y a la influencia de acuerdos internacionales y los contactos globales debidos al desarrollo científicos de la profesión. Así, el Código de Ética Médica del Ecuador expresa su respeto a los principios éticos generales, tales como el servicio a toda la especie humana, la sociedad ecuatoriana, respetando la vida y la dignidad humana. Como se estipula en su artículo 4.1, la profesión médica está al servicio del Hombre y de la sociedad. En consecuencia, respetar la vida humana y la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, son los deberes primordiales del médico. Otras prescripciones del Código Ético Médico del Ecuador son pertinentes en el sentido de llamar la atención hacia los principios fundamentales, tales como:

- Artículo 4.2. El médico debe cuidar con la misma conciencia y solicitud a todos los pacientes sin distinción por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Artículo 4.3. La principal lealtad del médico es la que le debe al paciente y la salud de este ha de anteponerse a cualquier otra conveniencia.
- Artículo 4.4. El médico nunca perjudicará intencionadamente al enfermo ni le atenderá de forma negligente y evitará cualquier demora injustificada en su asistencia.
- Artículo 4.5. Todo médico, cualquiera sea su especialidad i la modalidad de su ejercicio, debe prestar ayuda de emergencia al enfermo o al accidentado.
- Artículo 4.6. En situaciones de catástrofe, epidemia o riesgo de



muerte, el médico no puede abandonar a los enfermos, salvo que fuese obligado a hacerlo por la autoridad competente. Se presentará voluntariamente a colaborar en las tareas de auxilio.

- Artículo 5.1. El médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y un rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.
- Artículo 5.2. Siendo el sistema sanitario el instrumento principal de la sociedad para la atención y la promoción de la salud, los médicos han de velar para que en él se den los requisitos de calidad, suficiencia y mantenimiento de los principios éticos. Están obligados a denunciar sus deficiencias, en tanto puedan afectar a la correcta atención de los pacientes.
- Artículo 6. En caso de huelga médica, el médico no queda eximido de sus obligaciones éticas hacia los pacientes a quienes deben asegurar los cuidados urgentes e inaplazables.

3.6.1 Deberes con los enfermos o pacientes

La profesión médica ha sentido las tensiones éticas propias de exigencias que pueden contradecirse en circunstancias muy concretas. Tal es el caso del cumplimiento de los principios relativos a la igualdad y los derechos del paciente a lo largo de los años. Por un lado, al médico se le ha dicho: “No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente” (*Declaración de Ginebra de la AMM*). Al mismo tiempo, los médicos han reclamado el derecho de rechazar a un paciente, salvo en caso de emergencia. Aunque los fundamentos legítimos para dicho rechazo incluyen una práctica completa, (falta de) calificaciones educacionales y especialización, si el médico no tiene que dar una razón por el rechazo de un paciente, puede fácilmente practicar la discriminación sin ser considerado responsable. La conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias,



puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos en este respecto.

Incluso si el médico no ofende el respeto y la igualdad del ser humano en su elección de pacientes, todavía puede hacerlo con sus actitudes y trato hacia los pacientes. Como ya se ha insistido, la compasión es uno de los valores centrales de la medicina y es un elemento esencial de una buena relación terapéutica. La compasión está basada en el respeto de la dignidad y los valores del paciente, pero además reconoce y responde a su vulnerabilidad frente a la enfermedad o la discapacidad. Si el paciente siente la compasión del médico, es más probable que confíe en que el médico actuará en su mejor interés y esta confianza puede contribuir al proceso de curación.

La confianza que es esencial en la relación médico-paciente generalmente se ha interpretado como que el médico no debe dejar a los pacientes que atiende. El Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial indica que la única razón para terminar la relación médico-paciente es si el paciente necesita otro médico con conocimientos distintos: “El médico debe a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia” (37).

Sin embargo, existen muchas otras razones por las que un médico quiera poner término a la relación con el paciente, por ejemplo, si el médico cambia el domicilio de su consulta o la cierra, si el paciente se niega o no puede pagar los servicios del médico, si el paciente se niega a seguir las recomendaciones del médico, etc. Las razones pueden ser totalmente legítimas o pueden ser antiéticas. Cuando se considere esta situación, el médico debe consultar su código de ética y otros documentos de orientación pertinentes y examinar cuidadosamente sus motivos. Debe estar preparado para justificar su decisión ante sí mismo, sus pacientes y terceros, si es necesario. Si el motivo es legítimo,

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la *Responsabilidad Profesional de los Médicos en el Tratamiento de Pacientes con Sida* estipula lo siguiente:

“Los pacientes con sida tienen derecho a una atención médica adecuada con compasión y respeto por su dignidad humana. El médico tiene el deber moral de no rehusar el tratamiento de un paciente cuya enfermedad está dentro del marco de su competencia, por el solo hecho de que el paciente es seropositivo. La ética médica no permite una discriminación categórica contra un paciente, basada solamente en su condición de seropositivo. Una persona que tiene sida debe ser tratada adecuadamente y con compasión. El médico que no puede prestar la atención y servicios que necesitan las personas con sida, debe referirlos a los médicos o instituciones que tengan los medios para proveer dichos servicios. Hasta que estos últimos puedan encargarse del tratamiento, el médico debe atender al paciente en la mejor manera posible” (37)

La relación médico-paciente es de naturaleza íntima, lo que puede producir una atracción sexual. Una regla fundamental de la ética médica tradicional indica que esta atracción debe resistirse. El juramento hipocrático incluye la siguiente promesa: “Siempre que entrare en una casa, lo haré para bien del enfermo. Me abstendré de toda mala acción o injusticia y, en particular, de tener relaciones eróticas con mujeres o con hombres...”.

En los últimos años, muchas asociaciones médicas han reafirmado esta prohibición de relaciones sexuales entre el médico y sus pacientes. Las razones para esto son tan válidas hoy como en el tiempo de Hipócrates, hace 2.500 años. Los pacientes son vulnerables y entregan su confianza al médico para que los trate bien. Ellos pueden sentir que no pueden resistir los requerimientos sexuales de los médicos por temor de que no recibirán el tratamiento médico necesario. Además, el

juicio clínico del médico puede verse afectado de manera adversa por su relación emocional con un paciente (37).

Por su parte, el Código de Ética Médica de la Organización Médica Colegial del Ecuador prescribe que “La eficacia de la asistencia exige una plena relación de confianza entre médico y enfermo. Ello presupone el respeto del derecho del enfermo a elegir o cambiar de médico o de centro sanitario. Individualmente, el médico ha de facilitar el ejercicio de este derecho y corporativamente procurarán armonizarlo con las previsiones y necesidades derivadas de la ordenación sanitaria” (artículo 7).

En el mismo tema, también se señala que: “en el ejercicio de su profesión, el médico respetará las convicciones del enfermo o allegados y se abstendrá de imponer las suyas” (artículo 8.1).

“El médico actuará siempre con corrección respetando con delicadeza la intimidad de su paciente (artículo 8.2)

“Cuando el médico acepta atender a un paciente, se compromete a asegurarle la continuidad de sus servicios, que podrá suspender si llegara al convencimiento de no existir hacia él la necesaria confianza. Advertirá entonces de ello al enfermo o a sus familiares y facilitará que otro médico, al cual transmitirá la información oportuna, se haga cargo del paciente” (artículo 9).

“Si el paciente, debidamente informado, no accediera a someterse a un examen o tratamiento que el médico considerase necesario, o exigiera del médico un procedimiento que este, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico queda dispensado de su obligación de asistencia” (artículo 10).

Según el artículo 11.1 del mismo Código de Ética Médica del Ecuador, “Los pacientes tienen derecho a recibir información acerca del diag-

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



nóstico, pronóstico y posibilidades terapéuticas de su enfermedad, y el médico debe esforzarse en facilitársela con las palabras más adecuadas.

Más adelante, en el artículo 11.2, se prevé: “Cuando las medidas propuestas supongan un riesgo importante para el paciente, el médico suministrará información suficiente y ponderada, a fin de obtener el consentimiento imprescindible para practicarlas.

Otras prescripciones éticas del Código de Ética Médica del Ecuador, señala lo siguiente: Si el enfermo no estuviese en condiciones de prestar su consentimiento a la actuación médica, por ser menor, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultare imposible obtener el consentimiento de su familia o representante legal, el médico podrá y deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional (artículo 11.3).

En principio, el médico comunicará al paciente el diagnóstico de su situación e informará con delicadeza, circunspección y sentido de la responsabilidad, del pronóstico más probable. Lo hará también al familiar o al allegado más íntimo o a otra persona que el paciente haya designado con tal fin (artículo 11.4).

En beneficio del paciente puede ser oportuno no comunicarle inmediatamente un pronóstico muy grave, aunque esta actitud debe considerarse excepcional con el fin de salvaguardar el derecho del paciente de decidir sobre su futuro (artículo 11.5).

En el Código de Ética también se estipula que (artículo 12): “Es derecho del paciente obtener un certificado o informe, emitido por el médico, relativo a su estado de salud o enfermedad, o sobre la asistencia que le ha prestado. El contenido del dictamen será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a una persona autorizada”.



(Artículo 13) El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca al médico que asume la responsabilidad de su atención.

(Artículo 14) El consultorio deberá ser acorde al respeto debido al enfermo y contará con los medios adecuados para los fines a cumplir

(Artículo 15.1) El acto médico quedará debidamente registrado en la correspondiente historia o ficha clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.

(Artículo 15.2): El médico está obligado a conservar los protocolos clínicos y los elementos materiales del diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por transcurso del tiempo, podrá, previo conocimiento del paciente, destruir el material sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial.

(Artículo 15.3) Las historias clínicas se redactan y conservan para facilitar la asistencia del paciente. Se prohíbe cualquier otra finalidad, a no ser que se cumplan las reglas del secreto médico y se cuente con la autorización del médico y del paciente.

(Artículo 15.4) El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias, y la presentación de algunos casos concretos, pueden proporcionar información muy valiosa, por lo que publicación es autorizable desde el punto de vista deontológico, con tal que se respete el derecho de los pacientes a la intimidad.

(Artículo 15.5) El médico está obligado, a solicitud y en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.



3.6.2. Compromiso con el gremio y deberes con los organismos de la Federación

Los colegios Médicos son organizaciones corporativas que agrupan a los profesionales, tanto para garantizar los elementos de su formación, sus intereses en tanto prestadores de servicios sanitarios, y velar por el estricto cumplimiento del Código de Ética Médica y sus consecuencias. Los médicos sostienen unas relaciones con su organización, orientadas hacia la cooperación y el logro de los objetivos colectivos de la profesión.

En este sentido, el Código de Ética Médica del Ecuador prescribe lo siguiente:

Artículo 39.1. El médico, cualquiera sea su situación profesional y jerárquica, tiene el deber de comparecer a la llamada que se le haga desde los Colegios profesionales.

Artículo 39.2. Es obligación del médico prestar su colaboración a la vida corporativa y contribuir a las cargas correspondientes.

40.1. La Organización Médica Colegial ha de esforzarse por conseguir que las normas deontológicas de este código sean respetadas y protegidas por la Ley.

40.2. La Organización Colegial defenderá a los colegiados que se vean perjudicados por causa del cumplimiento de los principios éticos.

40.3. La Corporación tiene el deber de velar por la buena calidad de la enseñanza de la medicina, de la que no debe faltar la docencia de la ética médica. Y también debe poner todos los medios a su alcance para conseguir que los médicos puedan recibir una formación continuada.

41.1. Todos los colegiados que hayan sido elegidos para algún cargo directivo están obligados a ajustar su conducta y decisiones a las normas estatutarias y deontológicas.

41.2. Los directivos, más aún que quienes no lo son, están obligados a promover el interés común de la Organización Médica Colegial, de su Colegio, de la profesión médica y de todos los colegiados, a los que deben subordinar cualquier otra conveniencia particular o de grupo. Su conducta nunca supondrá favor o abuso de poder, y ni siquiera infundirán sospechas de ello.

35.4. Los colegios no autorizarán la constitución de grupos en los que pudiera darse la explotación de alguno de sus miembros por parte de otros.

3.6.3 Deberes hacia los colegas

Igualmente, el Código de Ética Médica del Ecuador contempla una serie de normas acerca de las relaciones entre los mismos médicos. Tal y como se puede leer en los siguientes artículos:

- Artículo 33.1. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial. Sobre ella sólo tienen preferencia los derechos de los pacientes.
- 33.2. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos. Tienen la obligación de defender al colega que es objeto de ataques o denuncias injustas y compartirán sin ninguna reserva sus conocimientos científicos.
- 33.3 Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones profesionales de los colegas. Hacerlo en presencia de los pacientes, de sus familiares o de terceros es un agravante.
- 33.4. Los disentimientos sobre cuestiones médicas, ya sean científicas, profesionales o deontológicas, no darán lugar a polémica pú-



blicas, y deben discutirse en privado o en el seno de sesiones apropiadas. En caso de no llegar a un acuerdo, los médicos acudirán al Colegio que tendrá una misión de arbitraje en esos conflictos.

- 33.5. No supone faltar a la confraternidad el que un médico comunique a su Colegio, en forma objetiva y con la debida discreción, las infracciones a las reglas de la ética médica y de competencia profesional de sus colegas.
- 33.6. En interés del enfermo, debe procurarse sustituir cuando sea necesario, al colega temporalmente impedido. El médico que haya sustituido al compañero no debe atraer para sí los enfermos de este.
- 34.1. Ningún médico se inmiscuirá en la asistencia que preste otro médico a un paciente, salvo en casos de urgencia o a petición del paciente.
- 34.2. Cuando lo crea oportuno, el médico propondrá al colega que considere más idóneo como consultor, o aceptará quien elija el paciente. Si sus opiniones difirieran radicalmente, y el paciente o sus familiares decidieran seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al enfermo quedará en libertad de suspender sus servicios.
- 35.1. El ejercicio de la Medicina en equipo no debe dar lugar a excesos de actuaciones médicas.
- 35.2. Sin perjuicio de las posibles responsabilidades subsidiarias, la responsabilidad individual del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo.
- 35.3. La jerarquía dentro del equipo deberá ser respetada, pero nunca podrá constituir un instrumento de dominio o de exaltación personal. Quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia.



3.6.4 Compromiso para con el Estado

En cuanto a las relaciones de los médicos con el Estado ecuatoriano, el Código de Ética Médica, estipula lo siguiente:

Artículo 40.4. La Organización Médica Colegial (OMC) tiene la obligación de intervenir en la organización sanitaria del país y en todos aquellos aspectos de la vida cívica que afecten a la salud de la población. La OMC tiene dos obligaciones fundamentales: una es mantenerse despierta y sensible a los cambios que suceden en su seno y a su alrededor: formas de ejercer la profesión, impulsos sociales, mutaciones culturales, problemas éticos derivados de la aplicación de tecnologías nuevas. La segunda, es mantenerse fiel a los principios éticos perennes que han de informar la conducta profesional: el respeto a la vida y a la dignidad de todos los seres humanos sin excepción, el sentido del trabajo profesional como servicio, la vocación científica de la Medicina, la independencia del médico para decidir en conciencia lo que debe hacer por su paciente, la custodia de su confidencialidad.

La deontología seguirá protegiendo al médico tanto frente a sus propias flaquezas como ante la tentación de manipular al Hombre; y seguirá animándole a servir con su ciencia y su humanidad a los enfermos y a los débiles.

3.7 La responsabilidad ética y social del médico en la sociedad contemporánea

La responsabilidad, desde el punto de vista jurídico y ético, es la obligación que tiene el médico de sufrir las consecuencias de ciertas fallas por ellos cometidos en el ejercicio de su arte, faltas que pueden comportar una doble sanción de carácter civil y penal. La obligación es un precepto de inexcusable incumplimiento, por lo que el médico tiene una obligación con la sociedad a cumplir su mandato.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



La evolución histórica de la responsabilidad del médico se vio impulsada en la era contemporánea a raíz de dos casos que impactaron la opinión pública en los países donde ocurrieron.

En 1825, en París, el Dr. Hellie fue llamado a atender un parto distócico con presentación de hombro. Al encontrar el brazo fuera de la vulva, el médico amputó sin intentar ninguna maniobra correctora y, al presentarse el otro brazo, procedió también a amputarlo. El padre de la criatura procedió a demandar al médico. El juez, previa consulta con la Academia de Medicina, declaró que el médico había actuado imprudentemente y con una gran precipitación no habiendo intentado ninguna maniobra obstétrica ni haber llamado a consulta, por lo que el médico fue condenado a pagar una indemnización vitalicia al niño.

El otro caso ocurrió en 1832, cuando el doctor Thouret Noroy practicó una sangría, frente a la cual detuvo la hemorragia y colocó un vendaje, por lo cual se formó una tumoración dolorosa. El paciente empeoró y el médico, luego de recomendar unas pomadas tópicas, se retiró de su atención. Otro médico atendió el caso y diagnosticó aneurisma arteriovenoso con lesión de arteria braquial, la cual no se podía tratar con ligaduras, por lo que se produjo una infección que derivó en una gangrena que determinó una amputación. Entablada la acción penal, el juez dictaminó que había habido impericia y negligencia grave, falta grosera y olvido de reglas elementales, y condenó al médico a pagar una indemnización vitalicia. Desde entonces se sentó doctrina en relación a las obligaciones penales y civiles de los médicos por esas causales.

En el Ecuador, es en 1926, en el primer Reglamento de Asistencia Pública, que se establece la responsabilidad de los médicos, la cual se refería a su obligación de ofrecer sus servicios a toda persona, independientemente de que pudieran pagar o no los honorarios. En este sentido, se establecía una clasificación del tipo de paciente en relación a su capacidad de pago. Así mismo, se regulaba la responsabilidad de

los médicos que prestaban sus servicios a la asistencia social pública. En 1942, se funda la federación Médica del Ecuador, en 1946 el país pasa a integrar la OMS, en 1967 se constituye el Ministerio de Salud, en 1968 se crea el Seguro Social Campesino. Entre los deberes más importantes establecidos para los médicos estaba la notificación de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales, para garantizar la acción estatal en la protección del trabajador.

Las obligaciones que se refieren a la responsabilidad médica, son las siguientes:

- La obligación preexistente, frente a los casos de omisión de la prestación de servicios o atención médica que causaría daños.
- La falta médica: la torpeza, imprudencia, falta de atención, negligencia, o la inobservancia de las reglas del arte y la técnica de curar.

Estas faltas pueden ser leves, cuando una negligencia casual pueda ocasionar daño, grave cuando la impericia, imprudencia, imprevisión o inobservancia de las reglas de hacer bien las cosas, implica violaciones a los protocolos médicos. También hay fallas gravísimas, donde los mismos factores pueden ocasionar graves lesiones, daños o hasta la muerte al paciente.

La responsabilidad del médico es una forma de responsabilidad culpable, es decir, aquella que causa daño sin la intención de hacerlo. Son de cuatro tipos: impericia, negligencia, imprudencia e inobservancia de reglamentos. Las fallas más frecuentes se deben a imprudencia punible.

La mala práctica médica es previa y causa la responsabilidad civil y penal. La mala práctica se produce cuando por acción u omisión no se pone a disposición del paciente todos los recursos posibles, lo cual genera daños o perjuicios. La responsabilidad le impone al médico la



obligación de responder por las consecuencias de esa conducta inadecuada.

3.7.1 Los tipos de sanciones civiles y penales y por violación a la ética profesional

En el Ecuador en los últimos años se ha acentuado la problemática de la mala práctica médica. En general, se ha interpretado esta figura dentro del homicidio inintencional, incluso tipificarla como delito en el Código Orgánico Integral Penal, que se usa en el Ecuador.

Este abordaje jurídico ha provocado cierta inseguridad en los profesionales del área de la salud respecto a las sanciones penales que se pretenden implementar, y a su vez la falta de esta tipificación, todo lo cual ha generado inseguridad en los pacientes que han sido víctimas de la mala práctica médica, siendo esto el punto central del problema. Mientras que la sanción penal de la mala praxis médica, según la legislación vigente, es rigurosa, por lo que se amerita una investigación clara previa.

Como solo se puede sancionar cuando se produce la muerte de una persona, se hace necesaria la existencia de leyes y reglamentos que permitan la implementación de métodos que permitan sustentar y proteger el derecho constitucional de acceso a la salud como sugiere la *Declaración de la asociación médica mundial sobre la negligencia médica* de alta calidad, garantizando una justicia imparcial.

La Constitución de la República del Ecuador señala que uno de los deberes primordiales del Estado es garantizar la salud así como la prestación de servicios de salud la cual se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional; de la misma manera el código orgánico integral penal establece la responsabilidad por la mala práctica en el ejercicio de su profesión,

arte u oficio en especial aquella que ponga en riesgo la integridad o la vida de las personas; a pesar que en la constitución se encuentra anotado todo esto, es sorprendente que en nuestro código penal, no establezca una clara distinción entre lo que es la negligencia y un accidente médico.

Al estipularse la tipificación de una pena por causa de mala práctica profesional se crea también una inseguridad inevitable en los médicos por aplicar los avances tecnológicos y el avance de sus conocimientos; convirtiéndose así, más que en una solución en un obstáculo de alcances impredecibles causando la posible pérdida del ejercicio profesional de elementos positivos que ejercen la medicina.

Abarcando incluso un riesgo social y por ende legal, convirtiéndose esta premisa en un conflicto latente al momento de impartir justicia y saciar el instinto humano que desde tiempos remotos tiene sed de ella. Este instinto no diferencia el dolo, la culpa, ni el accidente médico y por esto es una necesidad que debe ser atendido como cual.

Encontramos el término mala práctica médica, siendo la mala actuación de muchos profesionales de la salud; está actuación muchas veces ha vulnerado los deberes y principios que consagran la constitución, quedando la víctima sin poder reclamar ante la justicia debido a que incluso se ha llegado a confundir a la mala praxis con otros delitos como el homicidio penal o las lesiones.

Si bien pueden existir médicos inescrupulosos que inciden en la mala praxis médica, haciendo caso omiso de su Juramento Sacramental de Hipócrates; también existen muchos médicos humanos, la mayoría comprometidos con su vocación, con su fe, en dar todo de sí para salvar una vida.

Es necesario garantizar la salud, pero a su vez también es necesario garantizar la correcta aplicación de la justicia en problemas que

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



susciten de una relación médico-paciente. La mala práctica profesional de los médicos y sus sanciones penales desproporcionadas al acto u omisión de los deberes propios de su profesión se presentan varias consecuencias como las siguientes:

- La inconformidad de los pacientes y familiares víctimas de una atención médica inadecuada provocan la necesidad de implementación de sanciones penales rigurosas dirigidas a los médicos y profesionales del área de la salud,
- una inseguridad para el ejercicio de la práctica profesional médica que puede limitar el uso de la tecnología y avances médicos por temor a cometer un accidente en su aplicación, y provocar una sanción por un actuar profesional médico,

Estas consideraciones presentan al Código Orgánico Integral Penal como un arma de doble filo pues, así como garantiza una implacable sanción a médicos deshumanizados, puede atentar contra el ejercicio ético de médicos nobles que por circunstancias supervinientes al acto, no están libres de cometer un error humano (41).

El Estado debe promover y proteger la vida sana dentro del marco de los Derechos Humanos al igual que el derecho a la salud, el mismo que el estar reconocido en nuestro sistema jurídico debe ser respetado en cualquier circunstancia.

La necesidad de normas jurídicas que hagan penalmente responsables a los profesionales de la salud, por eventos que comprometen la integridad física y la salud de los pacientes, es absolutamente indispensable.

Ante ciertas conductas culposas que causan trastornos a la salud de las personas, la legislación penal ecuatoriana no es del todo precisa ni exacta, ya que diversos perjuicios en contra de pacientes quedan en la impunidad, porque al no haber ley, no hay delito y consecuentemente no hay pena.

La mala práctica médica por lo general configura un delito de carácter culposo debido a la conciencia, más no voluntad de causarle un daño al paciente. Para establecer la sanción correcta y determinar la existencia o no de responsabilidad, es necesario que no se confunda omisión con imprudencia. La omisión es no realizar una acción debida o no impedir que se dé un resultado dañoso cuando se está obligado hacerlo; mientras que la imprudencia es una actuación carente de diligencia en la que se vulnera el cuidado debido (42).

El Ecuador es uno de los pocos países en donde la mala práctica médica no es un delito independiente, es decir, en donde no encontramos normativa única sobre la práctica médica, llevando a resolver casos de manera muy superficial y de varias formas.

Así se puede observar que la justicia, en el caso de mala práctica médica, persigue el delito de homicidio inintencional, lo que claramente contradice a los avances del Derecho Penal, ya que el Derecho Penal se encarga de tipificar todo tipo de acto para que no se cree una falencia y vacío dentro de las normas.

La Ley Orgánica de la Salud es el principal cuerpo normativo que se encarga de regular el ejercicio de los profesionales médicos. Al ser ésta una ley especial, las autoridades competentes para juzgar son: comisarios, jefes provinciales, directores regionales, Subdirector Nacional, Director Nacional y Ministro de Salud. La Federación Médica Ecuatoriana, aunque tiene una legislación en donde regula y sanciona las conductas de los galenos, puede actuar atendiendo a una suerte de “fraternidad profesional”, lo cual le puede quitar la transparencia a los procesos donde se consideren los casos, aparte de que sus sanciones son únicamente de carácter administrativo (43).

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

CAPÍTULO IV

PRINCIPALES DILEMAS ÉTICOS QUE SE PRESENTAN EN LA MEDICINA



EDICIONES **MAWIL**

Hay diversos tipos de dilemas éticos con los que se enfrenta el médico. De hecho, se observan varios grados de complejidad en ellos. Los más elementales son los que plantean las alternativas entre lo correcto y lo incorrecto, lo justo y lo injusto. Para resolverlos no se necesita una fina sensibilidad ética, basta una percepción elemental de lo bueno y de lo malo. Los verdaderos dilemas éticos son los que se plantean cuando resultan enfrentados o en conflicto dos valores éticos positivos, como pueden ser la verdad y la justicia, el interés de una persona o el de la comunidad. La reflexión ética debe concluir en una forma que los armonice o en el hallazgo de un tercer camino que, en el enfrentamiento bueno contra bueno, conduzca a lo excelente. A veces, la situación es tan complicada, que la elección queda reducida a lo menos malo.

Un posible método de solución de estos dilemas es aquel que combina tres criterios clásicos: el enfoque utilitario, el del deber de aire kantiano y la “regla dorada” de “hacer a los otros lo que querrías que te hagan a ti”. De acuerdo a la primera, se debe comenzar por responder a la pregunta ¿cuál de las decisiones puede reportar más beneficios a más partes que la otra? Siguiendo la segunda orientación, se debe interrogar acerca de la validez universal de la máxima que se va a seguir, es decir, si usted hace eso, ¿eso quiere decir que todo el mundo debiera hacer lo que usted está haciendo? En cuanto al enfoque de la “regla de oro”, esta exige que cada quien se ponga en el lugar de los otros implicados en la decisión a tomar o la acción a realizar.

Otra metodología posible para resolver este tipo de dilemas, es poner en la balanza las lealtades y los valores y se pregunta si alguna de las lealtades en juego respeta todos los valores. Cuando una lealtad respetuosa de los valores aparece, se ha encontrado la respuesta (44).

4.1. Certificación del ejercicio médico

La principal e inicial obligación ética del médico es estar preparado para poder ejercer con ética su profesión, ya que debe tener los co-



adecuada al caso, diligenciar los servicios de otro colega con más experiencia en el área de especialización médica.

4.2. La dignidad y el dolor humano

Un fundamento filosófico a la dignidad humana lo podemos encontrar en el personalismo ontológico, que considera a todos los seres humanos igualmente valiosos, definiendo a la persona como fin en sí mismo y por tanto nunca utilizable sólo como medio. Como hemos visto en los capítulos anteriores, este es uno de los principios fundamentales de la ética médica.

La dignidad humana es una calificación universal. El minusválido, el discapacitado, el analfabeto, el menor de edad, y aún el cadáver tienen dignidad humana y es un crimen olvidar o pervertir esa noción profunda.

Por otra parte, conectado con la dignidad humana se encuentra el binomio libertad-responsabilidad. Así, se establece que todo sujeto capaz de entender puede y debe hacer elecciones libres y respetuosas de los demás y de los valores en juego, con el supuesto de que se le haya informado de la mejor manera posible. En el acto médico esa información completa, veraz, adecuada a las circunstancias del sujeto y del entorno debe bastar para que el involucrado haga una elección honesta de modo que se salvaguarde su vida, salud e incluso virtud.

El cuerpo humano, la persona, es un todo unitario: somos en nuestro cuerpo, no poseemos nuestro cuerpo. En principio, el Bien se debe buscar para la totalidad; pero a veces esto no es posible. Por ejemplo, ante un miembro gangrenado, hay que proceder rápidamente. Por supuesto que es un mal eliminar un miembro del cuerpo. De hecho, se atenta contra la integridad humana, Pero las consecuencias de la no actuación, son peores. Habría que admitir que, si es indispensable para lograr un bien y no hay otro medio para cuidar el todo, se pueda sacrificar la parte. Pero hay que cuidar de interpretar correctamente

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

esa relación del todo y sus partes, para no cometer una acción no ética. En todo caso, existe el principio del doble efecto, según el cual, es lícito causar o permitir un daño si:

la acción no es mala en sí misma.

- a. si el daño no es intencional, no se busca directamente.
- b. si el daño tampoco es buscado directamente como medio para el fin.
- c. si se tiene una razón proporcionada para causar o permitir el daño.
- d. Hay que considerar que una acción no puede ser mala, sino cuando causa o permite algún daño. Esta premisa sirve para interpretar el principio de doble efecto. No todas las acciones que causan o permiten algún daño son de hecho inmorales. Puede haber una razón proporcionada que haga que el daño causado o permitido quede fuera del objetivo de la acción.

Este Principio de doble efecto, da base ética si se define la “razón proporcionada” en relación con el “objetivo” de la acción. El objetivo, en medicina, no puede ser otro que salvar una función o la vida. En un momento dado hay que amputar una pierna o usar en medicamento nefrotóxico para tratar a un enfermo que puede perder el caminar o la vida. Si no hay otro medio de salvar esa función o esa vida será lícito hacer cirugía ablativa o tal vez causar un daño renal, no son actos distintos, sino intenciones con un mismo objetivo: salvar la función o la vida. Si se puede sin amputar o sin causar daño renal no habría razón proporcionada y el acto sería inmoral (46).

Otro caso donde la ética debe darnos orientación en situaciones límites, se refiere al contacto del médico con circunstancias donde se pone en juego los derechos humanos. En algunos países, por razones políticas que no referiremos aquí, pueden presentarse casos en los que hay solicitudes u órdenes de la policía o efectivos militares para tomar parte en prácticas que violan los derechos humanos fundamentales,

como la tortura. En su Resolución de 2003 sobre *la Responsabilidad de los Médicos en la Denuncia de Torturas o Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes de los que Tengan Conocimiento*, la Asociación Médica Mundial proporciona una orientación específica a los médicos que están en esta situación. En particular, los médicos deben mantener su independencia profesional a fin de determinar qué es lo mejor para el paciente y deben respetar, en lo posible, los requisitos éticos normales del consentimiento informado y la privacidad. Toda transgresión de estos requisitos debe ser justificada y debe ser informada al paciente. Los médicos deben informar a las autoridades correspondientes toda interferencia injustificada en la atención de los pacientes, en especial si se niegan los derechos humanos fundamentales. Si las autoridades no responden, se puede buscar ayuda en la asociación médica nacional, la Asociación Médica Mundial y las organizaciones de derechos humanos.

4.3. Respeto a la autonomía y libertad del paciente

A pesar de su aparente claridad y la generalidad de su aceptación, la creencia de que todos los seres humanos merecen respeto e igualdad de trato es relativamente reciente. En la mayor parte de las sociedades, el trato irrespetuoso y desigual de las personas y grupos era aceptado como normal y natural. La esclavitud fue una práctica que no fue erradicada en las colonias europeas y en Estados Unidos hasta el siglo XIX y todavía existe en algunas partes del mundo. El fin de la discriminación contra las personas no blancas en países como Sudáfrica es mucho más reciente. La mujer todavía es víctima de falta de respeto y de trato desigual en la mayoría de los países. La discriminación por edad, discapacidad u orientación sexual es generalizada.

Es claro que existe una gran resistencia a la afirmación de que todas las personas deben recibir un trato igual. El cambio gradual y todavía en marcha de la humanidad a la creencia en la igualdad humana comenzó en los siglos XVII y XVIII en Europa y América del Norte. Fue

motivada por dos ideologías opuestas: una nueva interpretación de la fe cristiana y un racionalismo anticristiano. La primera inspiró a la Revolución Norteamericana y a la Declaración de Derechos y la segunda, a la Revolución Francesa y los cambios políticos relacionados. Bajo estas dos influencias, la democracia fue tomando forma paulatinamente y logró establecerse el principio de la no discriminación como una de las bases de nuestra ética médica.

4.4. El secreto profesional y deber de confidencialidad

En la actualidad es evidente que hay que tener cuidado en cumplir con el principio de justicia manteniendo la confidencialidad en relación con la enfermedad del paciente.

En ocasiones esto no es sencillo. Con frecuencia la familia de una persona con cáncer pide no hacer del conocimiento del paciente su mal para no deprimirlo; el médico debe valorar con cuidado cumplir con esta petición, de acuerdo con el juicio que haga de la capacidad del paciente para enfrentar la realidad. Cumplir con justicia puede consistir en dar el paciente la oportunidad de llevar a cabo las acciones propias de quien sabe que va a dejar de vivir en un plazo relativamente corto. En otras situaciones, la naturaleza de la enfermedad obliga al paciente a prevenir a la familia sobre el tipo de dolencia que lo aqueja; ahora se da en casos del sida, cuando hace unas décadas era un problema en pacientes con tuberculosis pulmonar en fase de contagio, para evitar la transmisión a los familiares (45).

4.5. Interés económico

El ejercicio del médico podría contradecir la ética, si el interés de su trabajo es distinto a la beneficencia del enfermo. Así ocurre cuando la principal preocupación pasa a ser el lucro o la notoriedad.

Algunas veces, el interés económico se esconde en la participación de

los honorarios cobrados por análisis o estudios de gabinete en los que el médico tiene beneficios. Aquí es evidente la falta de justicia. Una falta mayor ocurre cuando existe el proceso de dicotomía, penalizado por diversas sociedades médicas desde mucho tiempo atrás, y que consiste en que un médico obtenga una parte del honorario cobrado por otro al que el primero refirió un enfermo para tratamiento médico o quirúrgico.

Una variante de esta falta se da cuando existe un doble cobro al enfermo. Un especialista en el área A atiende a un enfermo internado con un padecimiento del área B. Lo envía para su tratamiento a un especialista del área B, pero continúa visitándolo en su cuarto con periodicidad. Al alta, el enfermo se enfrenta a dos cuentas de honorarios, cuando solo debió haber enfrentado la del especialista B quien resolvió el problema. El médico A explica que el paciente “es su enfermo”. Lo anterior constituye una agresión al principio de justicia (45).

4.6. Medicina defensiva y persecución del lucro

Un mal de nuestro tiempo es la llamada “medicina defensiva”. Atenta contra la justicia porque hace gastar al paciente en exámenes y estudios de gabinete innecesarios, y contra la no maleficencia porque en ocasiones se somete al enfermo a estudios que conllevan riesgo.

Se da como una respuesta al miedo del médico de ser demandado si el diagnóstico fue incompleto o equivocado. Puede ser originada por la escasa confianza del paciente en el médico, quien le fue impuesto por alguno de los mecanismos de la medicina administrada; o por la expresión de la ignorancia del médico ante un enfermo.

Esto último se da en salas de urgencias donde la atención es proporcionada por jóvenes inexpertos, y ante la falta de un diagnóstico obtenido por maniobras de clínica clásica se solicita todo tipo de análisis y estudios de gabinete para orientar el diagnóstico, cuando éstos solo

deben ser utilizados para corroborar o rectificar la presunción clínica. Un médico con ética, no debe prestarse a este tipo de práctica que afecta al prestigio y confianza de ese profesional, sino de todo el gremio médico en general (45).

4.7. Encarnizamiento terapéutico

El Encarnizamiento Terapéutico se puede definir como la actitud del médico que se obstina en continuar el tratamiento y no dejar que la naturaleza siga su curso, a pesar de tener la certeza científica de que las curas o los remedios de cualquier naturaleza ya no proporcionan beneficios al enfermo y solo sirven para prolongar su agonía inútilmente. Los pacientes graves o en estado crítico generalmente se encuentran en las Unidades de Cuidados Intensivos en las cuales tanto en los enfermos recuperables como no recuperables se utilizan aditamentos y equipo sofisticado en diferentes procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En el encarnizamiento terapéutico se insiste en la aplicación de medidas desproporcionadas, cuyo beneficio real es poco probable en pacientes graves, los que de acuerdo con la experiencia previa e índices pronósticos son considerados terminales o no recuperables, se continúan aplicando estas medidas fútiles a pesar de las molestias, riesgo, costo económico y moral, conducta que no tiene justificación técnica ni ética.

El Encarnizamiento Terapéutico lleva implícito un componente de ensañamiento o crueldad, ocurre cuando el avance científico y tecnológico supera su regulación legal y ética. En muchas oportunidades se utilizan como sinónimos de ET: Distanasia, Obstinación y Ensañamiento Terapéutico.

La Distanasia es lo opuesto a la eutanasia. Esta práctica consiste en procurar retrasar la llegada de la muerte por todos los medios, desproporcionados o extraordinarios, aunque no haya esperanza alguna de restablecimiento (llamado también clásicamente ET). En realidad,

se infligen al moribundo unos sufrimientos añadidos, que solo aplazan horas u horas el deceso. La distanasia, es la muerte en malas condiciones, con dolor, con molestias y sufrimientos. Sería la muerte con un mal tratamiento del dolor, o la asociada al encarnizamiento terapéutico.

El ingreso mismo de los enfermos a la UCI puede constituir una distanasia cuando por el número y gravedad de las insuficiencias orgánicas existen pocas probabilidades de recuperación.

Cuando hablamos de Muerte Piadosa, se permite que una persona muera teniendo en cuenta que prolongar su vida sería prolongar también su sufrimiento. En este caso interviene un factor extra y es la compasión, por esta razón es también llamada muerte por compasión o compasiva.

La muerte es la terminación de la vida, la desaparición física del escenario terrenal donde hemos venido actuando y viene a ser, por lo tanto, el último e inevitable acto de nuestra existencia. Sencillamente, es el precio usual que pagamos por haber vivido. Los seres humanos transitan sus propias vidas alentados o estimulados por pequeñas o grandes aspiraciones, que algunos llaman los “acicates”, es decir los incentivos para vivir. Pero de estos los que menos desea cualquier individuo son: la miseria y el dolor.

El hecho de aspirar a no vernos colocados en circunstancias que inspiren lástima y compasión ante los ojos de los demás, establece una actitud frente a la vida, a la que se le llama Dignidad.

El Morir Dignamente sería entonces el morir libre de dolor, con los analgésicos y tranquilizantes necesarios para el desasosiego y con el suministro de medicamentos que se requieran contra las incomodidades que se puedan presentar, eliminando en lo posible el sufrimiento de morir en vida. Aunque no solamente reduciendo el dolor, lo que vale es una vida con cierta autonomía y libertad. El morir dignamente es que

se respete la dignidad del moribundo.

Todos los seres humanos tenemos el derecho a la libertad propia que implica la tolerancia, la aceptación de la libertad de los demás incluso cuando no nos gusta lo que hacen. Obligar a vivir en sufrimiento es peor que permitir morir en paz. El respeto a la dignidad del enfermo con la aplicación de medidas sencillas con el menor riesgo, costo y molestias posibles, evita el encarnizamiento terapéutico, lo que se denomina Adinastasia, que permite una muerte con dignidad (omisión moralmente aceptada). Estos pacientes pueden tratarse en hospitalización, cuartos aislados y aún en su domicilio (47).

4.8. Los conflictos de interés

Aunque los médicos pueden tener muchos tipos de conflictos distintos con médicos y otro personal de salud, por ejemplo, debido a procedimientos administrativos o remuneraciones, trataremos los conflictos por atención de pacientes.

Idealmente, las decisiones de salud deben reflejar un acuerdo entre el paciente, los médicos y todas las otras personas involucradas en la atención del paciente. No obstante, la incertitud y los distintos puntos de vista pueden dar paso a desacuerdos sobre los objetivos de la atención o los medios utilizados para lograr dichos objetivos.

Los recursos de salud limitados y las políticas de funcionamiento también pueden dificultar la obtención de un consenso. Los desacuerdos entre el personal de salud respecto a los objetivos de la atención y el tratamiento o los medios para lograrlos deben ser aclarados y solucionados por los miembros del equipo de salud, a fin de no perjudicar sus relaciones con el paciente.

Los desacuerdos entre el personal de salud y los administradores en relación con la asignación de recursos deben ser resueltos al interior

del establecimiento y no deben ser discutidos en presencia del paciente. Puesto que ambos tipos de conflictos son de naturaleza ética, el asesoramiento de un comité de ética clínica o un consultor de ética, cuando se dispone de los recursos, pueden ayudar a solucionar estos conflictos.

Se pueden utilizar las siguientes directrices para la solución de conflictos:

- Los conflictos se deben solucionar de la manera más informal posible, por ejemplo, por medio de una negociación directa con las personas en desacuerdo y sólo utilizar procedimientos más formales cuando dichas medidas informales no den resultado.
- Se debe obtener las opiniones de todas las personas directamente involucradas y respetarlas.
- La elección informada del paciente, o del representante autorizado, sobre el tratamiento se debe considerar ante todo en la búsqueda de una solución del conflicto.
- Si el conflicto es sobre qué opciones se le deben ofrecer al paciente, por lo general es preferible una gama de opciones más amplia que estrecha. Si un tratamiento preferido no está disponible por falta de recursos, esto normalmente debe ser informado al paciente.

Si luego de esfuerzos razonables, no se puede lograr un acuerdo a través del diálogo, se debe aceptar la decisión de la persona que tiene derecho o responsabilidad de decidir.

Si no está claro quién tiene derecho o responsabilidad de tomar decisiones, se debe buscar una mediación, arbitraje o fallo.

Si el personal de salud no puede aceptar la decisión que prevalece por juicio profesional o moral personal, se les debe permitir que no participen en la implementación de la decisión, después de asegurarse que



la persona atendida no queda en situación de riesgo o abandono.

4.9. Relaciones con la industria farmacéutica

Una forma especial de doble obligación es el conflicto de intereses potencial o real entre un médico y una entidad comercial por un lado y los pacientes o la sociedad por otro. Las compañías farmacéuticas, los fabricantes de aparatos médicos y otras organizaciones comerciales ofrecen con frecuencia a los médicos obsequios y otros beneficios que van de muestras gratis, viajes y alojamiento en eventos educacionales a remuneraciones excesivas por actividades de investigación. Un motivo recurrente para esta generosidad de la compañía es convencer al médico de prescribir o utilizar los productos de la compañía, que puede que no sean los mejores para los pacientes del médico o puede agregar costos de salud innecesarios para la sociedad. La Declaración de la AMM sobre las *Relaciones entre los Médicos y las Empresas Comerciales* proporciona normas para los médicos en estas situaciones y muchas asociaciones médicas nacionales ya cuentan con sus propias normas.

El principio ético fundamental de estas normas es que los médicos deben resolver cualquier conflicto entre sus propios intereses y los de sus pacientes a favor de sus propios pacientes.

Además, está claramente establecido en el Código de ética Médica del Ecuador que, aunque el médico sólo cuenta con su profesión para mantenerse económicamente, no debe ejercerla con el objetivo del lucro.

4.10. La ética del sistema de salud de un país (organizacional)

En el caso del Ecuador, los profesionales de la Medicina cuentan con varios instrumentos de orientación ética a diferentes niveles y perti-

nencias. Por una parte, se encuentra el Código de Ética Médica de la propia Organización Médica Colegial. Así mismo, y en virtud de las relaciones internacionales de su país y de su gremio, rige para ellos los acuerdos de la Asociación Médica Mundial.

En tercer lugar, en el Ecuador, es vigente el código de ética de los empleados y funcionarios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador establece como valores orientadores sobre los que se sustentarán las interrelaciones, decisiones y prácticas de los/as servidores/as del Ministerio de Salud Pública, las siguientes:

Respeto. - Todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que se respetará su dignidad y atenderá sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos;

Inclusión. - Se reconocerá que los grupos sociales son distintos, por lo tanto, se valorará sus diferencias, trabajando con respeto y respondiendo a esas diferencias con equidad;

Vocación de servicio. - La labor diaria se cumplirá con entrega incondicional y satisfacción;

Compromiso. - Invertir al máximo las capacidades técnicas y personales en todo lo encomendado;

Integridad. - Demostrar una actitud proba e intachable en cada acción encargada;

Justicia. - Velar porque toda la población tenga las mismas oportunidades de acceso a una atención gratuita e integral con calidad y calidez.

Lealtad. - Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos (48).



El Código de ética, instituido por el mencionado documento, tendrá como misión regir el proceder de los servidores/as del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en cuanto a:

- a. Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado;
- b. Administrar, utilizar y rendir cuentas del uso de los bienes del Ministerio de Salud Pública.
- c. Concientizar que la principal riqueza del Ministerio de Salud Pública, constituye el talento humano que está al servicio de la población en general;
- d. Cumplir rigurosamente los protocolos y normativas en los diferentes procedimientos técnicos y administrativos que sean pertinentes;
- e. Respetar las diferencias e identificar los derechos específicos de los/as usuarios/as que presentan diversas necesidades;
- f. Brindar un servicio de alta calidad técnica y humana, con entrega incondicional en la tarea encomendada;
- g. Demostrar una conducta intachable y justa, alineándose a la misión y visión de la Institución;
- h. Garantizar atención con calidad y calidez en todo el portafolio de servicios del Ministerio de Salud Pública.

A fin de vigilar el cumplimiento de las disposiciones emitidas en este Código de Ética y el “Código de Ética para el Buen Vivir de la Función Ejecutiva”, créase Comités de Ética en Planta Central, Entidades Adscritas y a nivel desconcentrado, en las Coordinaciones Zonales y Direcciones Distritales.

Los Comités de Ética establecidos en este documento tendrán las siguientes funciones:



- Implementar y difundir el Código de Ética dentro de la entidad y en los diferentes niveles desconcentrados;
- Realizar y socializar un manual que ejemplifique los comportamientos éticos deseables y los conflictos éticos más comunes, y que contenga sugerencias para generar incentivos en la aplicación del Código y/o soluciones a los conflictos;
- Reconocer e incentivar comportamientos éticos positivos;
- Proponer recomendaciones y resoluciones a las acciones y sanciones establecidas por el Área de Talento Humano en relación al informe de análisis de las denuncias.
- Realizar el seguimiento y monitoreo a la aplicación de las acciones y sanciones planteadas frente al incumplimiento del Código de Ética.
- Llevar a cabo los demás procedimientos que consideren necesarios para la correcta aplicación del Código de Ética, siempre que estos no excedan la competencia de los Comités o interfieran con la aplicación de la Ley Orgánica del Servicio Público y con su Reglamento; o con la aplicación del Código del Trabajo;
- Recopilar observaciones y realizar propuestas para la actualización y el mejoramiento continuo tanto del Código como de los procedimientos internos del Comité de Ética.
- Velar por la confidencialidad de la información y denuncias.

Este Código de ética del Ministerio de Salud complementa el Código de Ética Médica emanado de la Organización Médica Colegial del Ecuador. Fue la décima Asamblea Nacional de Médicos en 1985 cuando se aprobó el primer Código de ética médica del Ecuador (49).

El actual Código de Ética Médica del Ecuador también establece que (artículo 44.1) el acto médico nunca podrá tener como fin el lucro.

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO

CAPÍTULO V TENDENCIAS CONTEMPORÁNEAS DE LA ÉTICA EN SALUD



EDICIONES **MAWIL**



5.1 Surgimiento y desarrollo de la Bioética Médica

Se atribuye generalmente la paternidad del término “Bioética” al oncólogo Van Rensselaer Potter (fallecido el 6 de septiembre de 2001). Potter tenía un profundo sentimiento de responsabilidad por el futuro del planeta, daba mucha importancia a la ecología y al compromiso personal en la integración de los valores y la biología. Este rasgo personal de su inventor, tal vez ha incidido en que la bioética haya adoptado un enfoque que engloba el estudio de las cuestiones éticas en el campo de la biología, de la salud y las ciencias biomédicas.

La mayoría de los autores entienden la bioética como ética filosófica aplicada a las ciencias de la vida. De tal manera que, aunque no se identifique con la ética médica y la deontología de las profesiones sanitarias en la práctica se observa una tendencia a englobarlas por la fortuna mediática que ha logrado el término “bioética” (35).

La Bioética surge como resultado de la maduración de una serie de condiciones que se fueron gestando desde el advenimiento del mundo moderno y, de modo particularmente intenso, durante el período comprendido entre la II Guerra Mundial y los primeros años de la década de los 70 del siglo XX. Estas han sido convencionalmente agrupadas para su estudio, del siguiente modo: premisas económicas y políticas; científico - tecnológicas; sociales; jurídicas; ético - filosóficas y las médico - deontológicas, ya analizadas.

Premisas económicas y políticas: El capitalismo, que a fines del siglo XIX y principios del XX había transitado a su fase monopolista (imperialismo), se desplegaría como Capitalismo Monopolista de Estado a partir de la culminación de la II Guerra Mundial. Ello significaría la intervención cada vez más amplia del Estado en la vida social y, particularmente, en la economía. Si en el modelo liberal clásico, hasta ese momento dominante en el mundo anglosajón, el Estado no debía asumir obligaciones con relación al bienestar social, en este nuevo modelo

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

estaría obligado a asumirlas por razones de utilidad pública, es decir, para garantizar la supervivencia del sistema, y no por razones de justicia social, como preconizaba el pensamiento socialreformista de mayor arraigo en Europa. El nuevo orden sería bautizado como “Estado del bienestar”, inspirador del “sueño americano”.

A fines de la década de los 60 y principios de los 70, la etapa de bonanza económica de posguerra en Estados Unidos, prolongada por las guerras de Corea e Indochina, estaba llegando a su fin. Al mismo tiempo, el proceso de transnacionalización de la economía capitalista había registrado avances y ya se expresaba como proceso de globalización económica de carácter neoliberal. La crisis económica de 1973 marcaría el final del estado benefactor y el comienzo de la revitalización y globalización de las tesis y prácticas más reaccionarias del liberalismo clásico (neoliberalismo).

En este contexto, la política sanitaria vigente sería cuestionada por haber elevado en medida creciente el gasto sanitario durante los últimos años, generándose un amplio debate ético en torno a cuáles debieran ser los límites de una asistencia sanitaria justa. Las respuestas a esta interrogante reflejarían la heterogeneidad de las posiciones ideológicas concurrentes en este convulso y complejo período de transición, las que marcarían el discurso bioético, tornándolo tan heterogéneo, como ellas mismas.

Premisas científico - tecnológicas: Las preocupaciones éticas en relación con los avances de la ciencia y la tecnología y su aplicación, generadas por el holocausto de Hiroshima y Nagasaki, se multiplicarían en los años posteriores,

como consecuencia de los siguientes hechos:

- Posibilidad de manipulación de las funciones vitales, como resultado de la revolución en las ciencias biológicas (área de la



- genética) iniciada en la década de los 50.
- Progresivo deterioro de las condiciones naturales de vida, producto de la utilización de los logros de la Revolución Científico - Técnica por la desenfrenada economía capitalista.
 - Creciente especialización, fragmentación, despersonalización y deshumanización de la atención médica, asociadas a la utilización de nuevas y complejas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, a la correspondiente conversión del hospital en centro de la atención más calificada y a la creciente mercantilización de la medicina hospitalaria.
 - Creación de las terapias intensivas, donde se generarían nuevos dilemas éticos en relación con la muerte (muerte encefálica).
 - Inicio de los trasplantes de órganos en la década de los 60 y aplicación de otras nuevas tecnologías que plantearían problemas éticos para los cuales la deontología tradicional no tendría respuestas.
 - Revelación, entre 1966 y 1972, de hechos que pusieron en tela de juicio la eticidad de la experimentación médica con seres humanos en Estados Unidos

(inyección de células cancerosas de hígado a pacientes ingresados en un hospital de New York, producción de infección intencional con hepatitis a internos de una escuela para retardados - en ambos casos, con fines experimentales y sin obtención de consentimiento alguno - y no suministro de penicilina a sujetos de un estudio sobre sífilis emprendido varias décadas atrás en Tuskegee, Alabama, porque el tratamiento con dicho antibiótico hubiera impedido conocer los efectos a largo plazo de la enfermedad).

En resumen, el desarrollo científico - tecnológico despertaría temor en la población y grandes preocupaciones de carácter ético en los medios intelectuales, que condujeron al cuestionamiento de la máxima moderna, según la cual, se justifica éticamente hacer todo lo que pueda ser hecho, a condición de sustentarse en los avances de la ciencia

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



y la tecnología y servir a su desarrollo. La elaboración de una propuesta alternativa, exigiría la construcción de una nueva perspectiva ética: la bioética.

Premisas sociales: La bancarrota de la economía y la política del bienestar y con ella del sueño americano, junto a las consecuencias negativas del desarrollo científico - tecnológico, desencadenaron una profunda crisis de valores en la sociedad norteamericana de la época expresada, entre otras cosas, en la generalizada desconfianza hacia las autoridades e instituciones sociales, incluidas las de salud, el rechazo de valores sociales y el repliegue hacia la defensa de otros más estrechos.

Como consecuencia, se generaron diversos movimientos sociales: en pro de los derechos civiles, en contra de la discriminación racial y de la continuación de la guerra contra Viet Nam, profeministas, ecologistas y de consumidores, incluido el de consumidores de servicios de salud. Este último, logró que la Asociación Americana de Hospitales aprobara en 1973 la primera Carta de Derechos del Paciente, considerada como uno de los documentos fundacionales más relevantes de la Bioética.

De este modo, el paradigma bioético comenzó a gestarse en el seno de los movimientos sociales de la época, en particular del ecologista y del de consumidores de servicios de salud, como reacción espontánea a la situación de crisis. Esta habría de reflejarse también en el sector intelectual, el cual asumió la tarea de imprimirle carácter sistematizado e ideológico al naciente paradigma.

Premisas jurídicas: Los criterios y métodos que sirvieron de base a las cortes norteamericanas para juzgar casos clínicos, experimentarían significativas transformaciones en el período comprendido entre 1890 e inicios de la década de los 70 del siglo XX. Estas influyeron notablemente en la conformación del paradigma bioético.

Algunas características de la bioética a tener en cuenta son las siguientes:

- a. El carácter académico.** Se trata de una disciplina susceptible de docencia e investigación, con rango de ciencia humanística y, por tanto, con vocación para el análisis sistemático y crítico de las cuestiones éticas. La bioética se diferencia en sentido estricto de la doctrina deontológica que se contiene en un código, pero puede jugar un papel importante en su fundamentación, explicación y actualización.
- b. El carácter interdisciplinar.** Atañe a todas las profesiones que de algún modo se encuentran implicadas en los campos de la salud y la biología. En el ámbito de la asistencia sanitaria además incorpora a los pacientes o usuarios. De igual modo se encuentra vinculada al derecho y a la política, y así se puede hablar de bio-derecho o bio-jurídica y bio-política, en la medida que los temas de estudio se acaben traduciendo en normas jurídicas o sean objeto de debate social y político.
- c. La vinculación a la ética filosófica.** Tal como se ha explicado la bioética se puede definir como filosofía moral (sinónimo de ética filosófica) y por tanto en su seno se pueden observar diferentes tendencias o corrientes de pensamiento (utilitaristas, personalistas, deontologistas, contractualistas, etc.).

Dicho de otro modo, la bioética no es un pensamiento único acerca de los problemas morales que surgen en torno a la biología, y por tanto no es del todo adecuado afirmar, por ejemplo, que “la bioética considera que la clonación terapéutica es o no es aceptable”. En dependencia de los presupuestos filosóficos de los que se parte se puede llegar a juicios en ocasiones opuestos, aunque en muchos casos sea posible el consenso. Uno de sus valores añadidos es que la formación en bioética enseña a diseccionar los argumentos y a precisar con fundamento y transparencia las razones que dan soporte a una decisión, lo cual permite un diálogo constructivo y un asesoramiento responsable.

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA



En la configuración de la bioética como disciplina, tal como hoy la conocemos han contribuido tres factores históricos bien conocidos, que se pueden resumir del siguiente modo:

El progreso científico. En las últimas décadas asistimos a una continua aparición de avances científico-técnicos que en el campo de la medicina han alcanzado grandes éxitos en la lucha contra la enfermedad. Pero algunos logros también se convierten en una amenaza para el ser humano. La ciencia y los científicos (35).

En esta época de grandes científicos y tecnológico, se requiere un mapa de principios morales que les oriente en el servicio a la humanidad, porque no todo lo técnicamente posible es éticamente admisible. La medicina es especialmente sensible a todo ello cuando se ve capaz de sustituir funciones orgánicas vitales (diálisis, trasplantes, nutrición parenteral), o cuando se enfrenta a serias cuestiones éticas en el comienzo de la vida (aborto, técnicas de fecundación asistida, terapia genética, diagnóstico prenatal, clonación) o en su tramo final (técnicas de soporte vital y de reanimación, obstinación diagnóstica o terapéutica, eutanasia, suicidio asistido). Está claro que la tradicional actitud del médico tendente a hacer todo lo que está en su mano precisa de una cuidadosa reinterpretación desde el momento en que hoy las posibilidades reales de perjudicar al paciente tienen un alcance que hace unos años eran impensables.

Los derechos del paciente. El paciente es cada vez menos “paciente”. Los ciudadanos han asumido un mayor protagonismo en los cuidados de su salud, han dejado de adoptar una actitud pasiva y son más críticos ante la autoridad médica. Se podría resumir este punto diciendo que asistimos a una eclosión de los derechos del paciente acorde con los valores de las democracias participativas, la defensa de los derechos humanos y el nacimiento de los movimientos de consumidores. Hoy no es admisible ni ética ni legalmente el despotismo médico, algo que la beneficencia hipocrática hubiera en cierto modo justificado des-

de su interpretación paternalista. El conocimiento médico se ha fragmentado y el intenso proceso de especialización ha favorecido una atmósfera de despersonalización en la atención sanitaria que produce también un reflejo de desconfianza en los pacientes. Todo esto ha transformado el estilo de la relación clínica en el fondo y en la forma, colocando a los profesionales en la tentación de la medicina defensiva, en cuya prevención la ética desempeñará un papel determinante.

Nuevos modelos de organización en la atención sanitaria. La protección social que garantiza la atención sanitaria es un logro histórico de las sociedades avanzadas y una manifestación de progreso moral. Se generaliza la práctica de la medicina en equipos interdisciplinarios. Se introducen conceptos de calidad asistencial y se buscan nuevos modelos para garantizar la competencia profesional en un área de conocimiento como la medicina que se renueva en pocos años. La cultura médica incorpora el criterio de eficiencia que se convierte en un requisito para la equidad en la prestación de los cuidados de salud. Los recursos son limitados y la demanda ilimitada. En fin, se podría resumir este punto diciendo que la teoría de la justicia tiene mucho que decir al médico en su práctica clínica.

Estos elementos configuran un nuevo escenario, donde el argumento central que más nos interesa es la relación clínica. La tendencia tradicional de la ética médica ha sido enfocar las cuestiones entre el paciente y el médico, pero ciertamente entran en escena otros protagonistas que hoy son imprescindibles: la comunidad (la familia y la sociedad) y la organización sanitaria (el equipo y la institución sanitaria). Es aquí donde asistimos al nacimiento de la bioética como disciplina, como ética filosófica aplicada a los nuevos desafíos que plantean las ciencias de la salud y de la vida.

Los principios de la bioética son los siguientes:

Beneficencia: principio que se encamina a que la actuación del médico sea

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

beneficiosa para su paciente, lo cual obliga a una ponderación de riesgos y beneficios donde la opinión del paciente no es ajena. El bien del paciente no se agota en la mera corrección técnica del comportamiento profesional, supone también el respeto a la persona.

Autonomía: principio que conlleva el respeto a la libertad y responsabilidad del paciente, quien valora lo que considera bueno para él. El médico debe evitar el paternalismo, es decir, decidir en lugar del enfermo, y ser respetuoso con su voluntad, buscando honestamente el consentimiento tras haberle proporcionado una adecuada información.

Justicia: principio que exige tratar a todas las personas con la misma consideración, sin hacer discriminaciones. La justicia se refiere a la sociedad en general y también a las personas que se sitúan en torno al médico y al paciente. La equidad se refiere a proteger más a quien más lo necesita, y esto no sólo en la macro-distribución de recursos económicos sino también en la dedicación de tiempo de consulta por parte del profesional.

No maleficencia: principio que se basa en la máxima de “primum non nocere” - ante todo no hacer daño-, lo cual es equivalente a procurar que la vida y la salud de cualquier ser humano sea tratada con el mínimo decente de atención y cuidado. Incluye el no agredir, pero además evitar la futilidad y la utilización de medios desproporcionados.

Es más fuerte la obligación de no hacer el mal que la de hacer el bien, ya que no estamos obligados a hacer el bien (beneficencia) a una persona en contra de su voluntad, pero sí a no hacerle daño. Podríamos decir que en el campo de juego de la relación clínica se deciden la beneficencia y la autonomía, mientras que el principio de justicia y el de no-maleficencia actúan como árbitros, que dejan jugar observando desde un nivel superior, señalando y garantizando un tipo de obligaciones que se han calificado como ética de mínimos, que no dependería de la voluntad de las personas que están jugando en el campo.

En 1974 el Congreso de los Estados Unidos creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, con el encargo de que identificara los principios éticos básicos que deberían dirigir la investigación biomédica. Cuatro años más tarde esta comisión hizo público el *Informe Belmont* donde se propusieron los tres principios fundamentales que hoy se han hecho populares: respeto por las personas y su autonomía, beneficencia y justicia, de los cuales se derivan respectivamente el procedimiento del consentimiento informado en la investigación con seres humanos, la ponderación de riesgos y beneficios, y la selección equitativa de los sujetos de experimentación.

Beauchamp y Childress publicaron en 1979 un libro que viene ejerciendo una enorme influencia en el desarrollo de la bioética a nivel mundial: *Principles of Biomedical Ethics* (actualmente en su 6ª edición) donde se ofrece un modelo ético basado en los principios del *Informe Belmont* (añadiendo el principio de no maleficencia) aplicable a la resolución de dilemas éticos en la práctica asistencial.

En este momento se configura la tétrada de principios que ya es un clásico de la bioética. Estos autores buscan un procedimiento para la resolución de casos donde se puedan encontrar y dialogar las diferentes tradiciones morales que conforman el pluralismo sociológico contemporáneo. Tom Beauchamp es utilitarista y James Childress deontologista. El utilitarismo fundamenta la moralidad en las consecuencias y el deontologismo en los principios.

Para conciliar posiciones tan distanciadas recurren a Sir David Ross un profesor de filosofía de Oxford fallecido en 1971, que define los deberes *prima facie* como aquellos que son obligatorios de manera absoluta mientras no entren en conflicto entre sí a la hora de ponerlos en práctica, momento en el que se podría justificar la excepción.

La fórmula que proponen Beauchamp y Childress ha tenido éxito en

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

cuanto que se ha universalizado un esquema de análisis y una terminología que facilita el diálogo. Sin embargo, no se puede afirmar que su método garantice el pleno consenso de las tradiciones morales.

La tétrada de principios de la bioética constituye según sus autores un intento de alcanzar una regla de oro de aceptación universal, después del disenso explicitado en torno al juramento hipocrático en la segunda mitad del siglo XX, ya que no se podían dejar las decisiones éticas de la medicina en función únicamente de opiniones personales o de las circunstancias culturales. Es cierto que las culturas ejercen una enorme influencia en los códigos morales, pero aceptar que absolutamente todos los valores morales están en función de las características culturales supondría anular la capacidad de crítica intercultural e incluso intracultural.

Es algo esencial para el juicio moral en bioética, la dignidad y los derechos humanos fundamentales pasarían a ser el resultado de un acuerdo según la teoría del Contrato Social. Esta doctrina filosófica defiende el pacto social como una necesidad para la coexistencia pacífica de los hombres.

Una crítica demoledora al Contrato Social podría llegarle precisamente desde la medicina al recordar que no queda garantizado que en la negociación del acuerdo estén presentes todos los afectados, llevándose la peor parte del contrato los más débiles (niños, enfermos, ancianos, incapacitados, incultos, etc.) que son precisamente los más necesitados de protección y los que no suelen acudir a la mesa de negociación. Un buen ejemplo lo tenemos en Atención Primaria cuando comprobamos la facilidad con que nos deslizamos hacia “la ley de los cuidados inversos”, prestando más atención a quienes más demandan, que no siempre son los que más lo necesitan.

La bioética quedaría incompleta si no se prestara atención a las cualidades que el buen profesional debe desarrollar en su trabajo diario.

De hecho, Beauchamp y Childress, a pesar de ser autores de corte “principialista”, describen en su obra las virtudes que se corresponden con los principios, las normas y los ideales éticos. Aunque no llegan a incorporar lo más sustancial de la ética de la virtud: que la moralidad de las acciones repercute también en quien las realiza.

Existen amplios campos de acuerdo entre las diferentes corrientes filosóficas, pero también importantes diferencias. La gran aportación de la bioética en su faceta más académica consiste en ofrecer instrumentos de dialogo para construir consensos y clarificar divergencias (35).

La noción de límite ético sólo significa algo si se acepta que, mientras que todo deber positivo –obligación– es también relativo a la persona y la circunstancia, hay deberes de omisión –prohibiciones– que son absolutos e incondicionados. Una persona con una conciencia moral bien dispuesta puede no tener claro qué debe hacer en un determinado momento, pero no admite dudas en relación a la “imposibilidad” moral de ciertas acciones intrínsecamente perversas, con independencia de sus resultados: lo primero que exige la conciencia recta de una persona prudente es excluirlas de la deliberación.

El deber de intervenir siempre está sujeto a una ponderación en la que ha de tenerse en cuenta el principio del mal menor, principio que, por el contrario, no entra en juego cuando se trata del deber de omisión. La omisión de una acción reprobable es una obligación absoluta.

A la pregunta de si es éticamente lícito todo lo técnicamente posible sólo cabe una respuesta *ética*: no. Decir de alguien que “es capaz de todo” puede ser una buena presentación en un régimen totalitario o en una banda mafiosa, pero es un mérito al menos equívoco si se miran las cosas desde el punto de vista ético.

El desafío más acuciante que ahora tiene la Bioética es, precisamente, recuperar su significado ético. Eso implica asumir pacíficamente que

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

hay unos presupuestos absolutos en toda discusión moral. Hay ciertas acciones que son indignas, que nunca pueden ir en consonancia con el orden humano ni cósmico, por mucho que llegaran a ser “normales” (con normalidad estadística, no ética).

Hipócrates enseñaba a sus discípulos que el médico es un *hombre bueno, perito en el arte de curar*, y les comprometía con un principio incondicional de conciencia que ha pasado a la historia de la medicina como paradigma del buen hacer: “Dispensaré un profundo respeto a toda vida humana desde la concepción hasta la muerte natural”. Con esta frase, ciertamente, no se dice nada concreto sobre lo que hay que hacer, pero la actitud que preceptúa sí que tiene consecuencias muy concretas: “No dispensaré a nadie un tóxico mortal activo, incluso aunque me sea solicitado por el paciente; tampoco daré a una mujer embarazada un medio abortivo” (50).

5.2 La importancia de impartir la asignatura de Ética y Régimen Jurídico de la medicina en las universidades

No cabe duda de que los dilemas éticos se presentan en el día a día de la actividad del médico, y no sólo en la clase de bioética, en la Universidad, mientras era estudiante.

Se ha planteado que se debe ofrecer la posibilidad de un sistema de tutoría a los médicos, ya graduados, desde la bioética, independientemente de la especialización que se trate. De este modo, se abriría un campo educativo, nuevo y apasionante para los docentes, aparte de que abriría una oportunidad de aprender bioética en contacto directo con los casos reales.

La reflexión ética debiera ser habitual y debería incluirse en la práctica médica diaria. Así es como se les priva a los residentes a efectuar al menos tres acciones:



- El reconocimiento de los errores
- El valorar determinadas posturas de actuación frente a la reacción de los pacientes
- Aprender de los propios defectos

Es verdad que este ejercicio de reflexión ética de nuestros actos cotidianos; no es algo que necesariamente se aprenda en las facultades de medicina, y quizá esto es lo que me parece más grave, sea una costumbre que corre el riesgo de perderse o que quien la tenía la acaba olvidando por falta de uso (51).

La preocupación acerca de la formación ética de los estudiantes de Medicina se expresa en declaraciones de organismos internacionales como la Asociación Médica Mundial, que ha hecho consideraciones sobre el perfil profesional plasmados en los planes de estudio.

La interacción entre investigación y las actividades educacionales deben motivar y preparar a los estudiantes para participar en la investigación y su desarrollo. Estas normas que se espera las cumplan todas las escuelas de medicina, incluyen las siguientes referencias a la ética médica. El médico debe conocer los valores centrales de la medicina: compasión, competencia y autonomía; junto con el respeto de los derechos humanos sirve de base a la ética médica (52)

La escuela de medicina debe definir las competencias (incluidos los conocimientos y la comprensión de la ética médica) que los estudiantes deben mostrar después de su graduación en relación con su formación subsiguiente y sus futuros roles en el sistema de salud. Por ello la escuela de medicina debe identificar e incorporar en su currículo las contribuciones de la ética médica que permitan una contribución efectiva toma de decisiones clínicas y prácticas éticas.

La misma preocupación, la encontramos en la siguiente resolución de la AMM para la inclusión de la Ética Médica y los Derechos Humanos en los Currículo de las Escuelas de Medicina.



Resolución sobre la Inclusión de la Ética Médica y los Derechos Humanos en los Currículos de las Escuelas de Medicina a través del Mundo.

(adoptada por la 51^a Asamblea Médica Mundial, Tel Aviv, Israel, octubre 1999)

1. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral del trabajo y la cultura de la profesión médica, y
2. CONSIDERANDO QUE la ética médica y los derechos humanos forman parte integral de la historia, la estructura y los objetivos de la Asociación Médica Mundial,
3. POR LO TANTO, se resuelve que la AMM recomiende firmemente a las escuelas de medicina a través del mundo que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

Por su parte, la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME) ha enunciado unas normas para el mejoramiento de la calidad de la educación médica básica, introduciendo contenidos de ética. De la misma manera, y en la misma perspectiva, la AMM, ha invitado a reforzar la enseñanza de la ética en las escuelas de Medicina.

LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

VALLEJO ZAMBRANO

REFERENCIAS



EDICIONES **MAWIL**

LA ÉTICA MÉDICA, IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

1. García Barreno P. El legado de Hipócrates. Primera edición ed. editores E, editor. Madrid: Espasa Editorial; 2008.
2. Departamento de Formación Humanística. Universidad de Fasta. Apuntes sobre ética, deontología y Derecho. Guía de clases. fasta: Universidad de Fasta, Departamento de Formación humanística; 2010. Report No.: DHM 234.
3. Moore G. El tema de la ética. In Gómez C, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 93-110.
4. Badiou A. La ética. Ensayo sobre la conciencia del Mal. 1st ed. Herder , editor. México: Herder; 2004.
5. Tomar Rivero F. Ética y política en Platón: la función de la virtud. Espíritu. 1998 Enero; 47(3).
6. Bloom H. ¿Dónde se encuentra la sabiduría? 1st ed. Alou D, editor. Bogotá: Santillana; 2005.
7. Savater F. Ética para Amador. cuarta ed. Ariel , editor. Madrid : Ariel editores; 2002.
8. Fromm E. Del tener al ser. quinta ed. Funk R, editor. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.
9. Scheller M. Relaciones de los valores bueno y malo con los restantes valores y con los bienes. In Gómez C, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 125-133.
10. Harari YN. Sapiens. De animales a dioses. Breve historia de la Humanidad. segunda ed. Titivillus , editor. Madrid : Titivillus; 2014.
11. Nietzsche F. La genealogía de la moral. quinta ed. Editorial A, editor. Madrid: Alianza Editorial; 1992.
12. Platón. Diálogos (tomo IV). quinta ed. Gredos , editor. Madrid: Gredos; 1988.
13. Platón. Diálogos. Tomo II. Cuarta ed. Gredos , editor. Madrid: Gredos; 1985.
14. Aristóteles. Ética a Nicomaco. quinta ed. Calvo Martínez L, editor. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
15. Platón. Diálogos. Tomo I. La República. cuarta ed. Gredos , editor. Madrid: Gredos; 1985.
16. Ross. Aristóteles. Segunda ed. Pro D, editor. Buenos Aires: Editorial Charcas; 2002.
17. Macías C. Algunas notas sobre el ideario y el modo de vida cínicos. Anuario Universidad de Málaga. 2009 Septiembre; 6(3).
18. Ferraris M. La hermenéutica. primera ed. Cristiandad Edl, editor. Madrid: Ediciones de la Cristiandad; 2004.
19. La Rochefoucauld F. Máximas y reflexiones diversas. Primera ed. Akal , editor. Madrid: Akal; 1984.
20. González Aller M. La virtud y el amor propio en la Rochefoucauld y sus predecesores. primera ed. Navarra Ud, editor. Navarra: Universidad de Navarra; 2015.
21. Ricoeur P. Ética y moral. In Editorial A, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 241-255.

22. Habernas J. Ética discursiva. In Gómez C, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 174-183.
23. Colomer J. El utilitarismo. Una teoría de la elección racional. primera ed. editor M, editor. Barcelona: Montesinos Editor , S. A.; 1987.
24. Gómez Pardo R. Rorty y los problemas de una ética pragmática. Cuadernos de filosofía latinoamericana. 2005 Abril-Junio; 26(93).
25. Sartre J. El existencialismo es un humanismo. In Gómez C, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Barcelona: Alianza Editorial; 2002. p. 134-162.
26. Jonás H. El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para una civilización tecnológica. primera ed. Herder , editor. Barcelona: Herder; 1995.
27. Dussel E. Ética de la liberación. cuarta ed. Herder , editor. Buenos Aires: Herder; 2005.
28. Lévinas E. Ética como filosofía primera. A parte rei. 2006 Enero; 12(43).
29. Asociación Médica Mundial. Manual de ética médica. sexta ed. AMM , editor. París: AMM; 2005.
30. Katz Bercowitz L. La medicina en tiempos de Hipócrates. Revista Médica UV. 2007 Septiembre; 7(1).
31. Escardó F. El alma del médico. Primera ed. Alessandri E, editor. Buenos Aires: Editorial Alessandri; 1954.
32. Pérez Cárdenas M. www.sld.cu/sitios/infodir/la-etica-en-salud-evolucion-historica-y-tendencias-contemporaneas-de-desarrollo. [Online].; 2017 [cited 2020 noviembre 10. Available from: www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/infodir/la-etica-en-salud-evolucion-y-tendencias.pdf.
- 33.
34. Cortés Guadarrama M. Dialnet Unirroja. [Online].; 2015 [cited 2020 noviembre 10.
35. Martínez Gómez J. Ética profesional y deontología médica: una reflexión sobre el estado de la cuestión. Bioética. 2015 Septiembre-diciembre; 3(3).
36. Altisent R. Bioética, deontología y derecho. Invitación a una convivencia productiva. Hasting Center Report. 2011 marzo-abril; 6(3).
37. Pinto B,GF,MS. Deontología Médica y Bioética Clínica: algunas consideraciones generales. Revista Médica Sanitas. 2013 Septiembre; 16(2).
38. Asociación Médica Mundial. Manual de Ética Médica. Primera ed. AMM , editor. París: AMM; 2005.
39. Rawls J. Justicia como imparcialidad: política, no metafísica. In Gómez C, editor. Doce textos fundamentales de la ética del siglo XX. Madrid: Alianza Editorial; 2002. p. 187-229.
40. Reyes Acevedo R. Ética y trasplantes de órganos: búsqueda continua de lo que es aceptable. Revista de Investigación Clínica. 2005 Marxo-abril; 57(2).
41. Organización MUndial de la Salud. trasplante de órganos y tejidos humanos. Informe de la Secretaría 63 Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones. New York: Organización Mundial de la Salud, 63 Asamblea Mundial de la Salud;

2010. Report No.: Carta.
42. Martínez Yacelga D. Las sanciones penales y la práctica profesional médica en Ecuador. Primera ed. Ambato UTd, editor. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2015.
 43. Cáceres Sánchez N. La legislación penal y mala práctica médica en la ciudad de Ambato. Primera ed. Ambato UTd, editor. Ambato: Universidad Técnica de Ambato; 2013.
 44. Gavilanes Jativa C. Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica. primera ed. Quito USFd, editor. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2011.
 45. Restrepo J. Cuarenta lecciones de ética. Segunda edición ed. Mondadori , editor. Madrid: Mondadori; 2006.
 46. Rivero Serrano O,DMI. Ética en la medicina actual. Gaceta Médica Mexicana. 2008 Julio; 144(10).
 47. Reyes P, Delong-Tapia R. Algunos dilemas éticos en la práctica de la Medicina. Archivos de Cardiología de México. 2010 Octubre; 80(4).
 48. Di Lillo L. Del encarnizamiento tereapéutico a la muerte digna. Revista de Bioética y socioantropología en Medicina. 2011 septiembre; 14(2).
 49. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Código de Ética del Ministerio de Salud Pública. Primera ed. Ecuador MdSPd, editor. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador; 2014.
 50. Siguenza Bonete A. La responsabilidad profesional de los médicos en Ecuador. Primera ed. Cuenca Ud, editor. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015.
 51. Barrio Maestre J. www.profesionales-etica.org. [Online].; 2017 [cited 2020 noviembre 8. Available from: <https://profesionalesetica.org/jose-maria-barrio-analogias-y-diferencias-entre-etica-deontologia-y-bioetica/>.
 - 52.
 53. Irigoyen Coria A. dilemas éticos en la práctica médica cotidiana. Archivos de Medicina Familiar. 2017 Enero-Marzo; 19(1).
 54. Almeida Torres C. Implementación de talleres en ética médica para la práctica de médicos residentes de neonatología del hospital San Bartolo. primera ed. Ecuador PUCd, editor. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013.



LA ÉTICA MÉDICA

IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA

VALLEJO ZAMBRANO



Publicado en Ecuador
octubre 2020

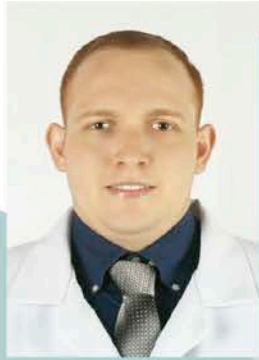
Edición realizada desde el mes de enero del mazo 2020 hasta junio del año 2020, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman; en tipo fuente.

LA ÉTICA MÉDICA

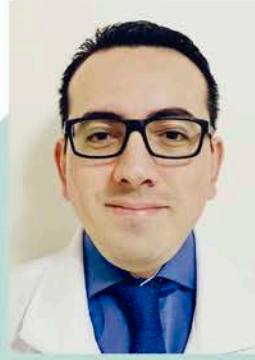
IMPORTANCIA Y REGULACIÓN JURÍDICA
VALLEJO ZAMBRANO



Cristhian Rubén
Vallejo Zambrano MD.



María José Espinosa
Cedeño MD. MGS.



Mendel Arnaldo Steinzappir
Navia LCDO MGS.



Vanessa Estefanía
Morán Rodríguez MD.



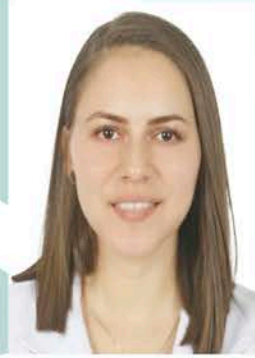
Washington Enrique
Zambrano Ordoñez MD.



Walter Geovanny
Villavicencio Mendoza MD.



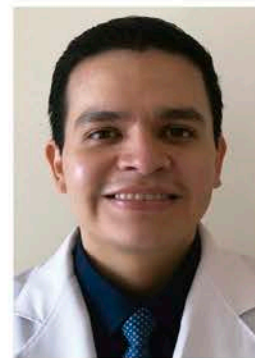
Carlos Andrés Zambrano
Campozano MD.



María Cristina
Azúa Zambrano MD.



Jorge Rene
Mendoza Pruss MD.



Andrés Medardo
Beltrán Cevallos MD.

AUTORES

ISBN: 978-9942-826-60-2



9 789942 826602

