

ÉTICA Y MEDICINA

Dr. ANTONIO L. TURNES

INTRODUCCIÓN

El objetivo general de este evento ha sido definido por la JUTEP, para:

"analizar algunos de los problemas éticos planteados en el ejercicio de los actos médicos individuales, la medicina institucionalizada y las políticas de salud pública desplegadas en el Uruguay". En esta ponencia enfocaremos algunos de los múltiples aspectos éticos que inciden en la relación médico paciente.

Resulta imposible resumir en el breve espacio y tiempo disponible, lo que representa la Ética Médica, su evolución y conceptos actuales. Existe abundante literatura al respecto, y personalidades que han dedicado su vida al estudio de la materia.

Lamentablemente, una de las más graves carencias, desde el origen de nuestros estudios médicos, y desde nuestra propia Facultad de Medicina, fundada en 1875 pero que inició sus labores académicas en 1876, no ha dedicado tiempo y espacio en su Curriculum para difundir y enseñar los principios deontológicos que regularán la vida futura del profesional. Han resultado vanos los intentos por establecer una Cátedra de Deontología y Ética Médicas, confiados, en el papel, a José Alberto Praderi primero, y a Fernando Herrera Ramos, más tarde. Pero en los hechos tal cosa no ocurrió. Lo que puede explicar el gran vacío que existe en nuestra comunidad médica al respecto, exceptuando lo realizado por el Sindicato Médico del Uruguay, desde su fundación en 1920, y particularmente desde 1924, y la Federación Médica del Interior, desde la sanción de su Código de Ética Médica y la actuación de su Tribunal de Ética, que inició sus tareas aún antes de disponer de dicha normativa y durante el fin de la Dictadura, a propósito del asesinato del médico Dr. Vladimir Roslik. Debe

señalarse que la Ética Médica, entre nosotros, tomó un cariz de mayor destaque al término de la Dictadura (1973-1985) cuando fueron examinadas, por tribunales de ética, las conductas profesionales de varios centenares de colegas por su actuación en ese período. Debe señalarse, en ese aspecto, la labor desarrollada por la Comisión Nacional de Ética Médica, integrada por médicos y abogados, que utilizaron como guía los documentos y Declaraciones de la Asociación Médica Mundial (AMM) y las Convenciones de la ONU sobre tratos crueles, inhumanos y degradantes. Ahora abordaremos otros aspectos que han sido mucho menos transitados.

En su Diccionario de uso del Español, de María Moliner, se la define a la ética como:

1. Parte de la filosofía que trata del bien y el mal en los actos humanos. Moral.
2. Conjunto de principios y reglas morales que regulan el comportamiento y las relaciones humanas: "Ética profesional. Un hombre sin ética".

UN POCO DE HISTORIA

A lo largo de la Historia, la Medicina como Arte y Ciencia, ha desarrollado tal vez entre las primeras actividades humanas, ciertas reglas de conducta, adoptadas por las generaciones sucesivas, como los principios de la ÉTICA MÉDICA.

El Rey HAMMURABI (1792-1750 aC), de Babilonia, estableció un verdadero Código Civil y Penal, que comprendía a los médicos. Ya no desde el punto de vista ético, sino de su responsabilidad en la praxis. Entre otras disposiciones establecía:¹

215: Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha curado a ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha curado el ojo de ese señor, recibirá diez siclos de plata.

216: Si es (practicada en) el hijo de un subalterno, recibirá cinco siclos de plata.

217: Si es (practicada en) un esclavo de un particular, el propietario del esclavo dará dos siclos de plata al médico.

¹ CÓDIGO de HAMMURABI: Editorial Tecnos, Madrid, 2003. Estudio preliminar, traducción y notas de Federico Lara Peinado; p. 34 y 35.

218: Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en un señor con una lanceta de bronce y ha causado la muerte de ese señor o (si) ha abierto la cuenca del ojo de un señor con la lanceta de bronce y ha destruido el ojo de ese señor, se le amputará su mano.

219: Si un médico ha llevado a cabo una operación de importancia en el esclavo de un subalterno con una lanceta de bronce y le ha causado la muerte, entregará esclavo por esclavo.

220: Si ha abierto la cuenca de su ojo con una lanceta de bronce y ha destruido su ojo, pesará plata por la mitad de su precio.

221: Si un médico ha compuesto el hueso roto de un señor o le ha curado un músculo enfermo, el paciente dará al médico cinco siclos de plata.

222: Si es a un hijo de subalterno, le dará tres siclos de plata.

223: Si es a un esclavo de un particular el propietario del esclavo dará al médico dos siclos de plata.”

JURAMENTO DE HIPÓCRATES (siglo V aC)

Desde el siglo V aC, con el Juramento Hipocrático, se fijaron reglas claras para delimitar la conducta de quienes practicaban la Medicina Técnica, alejada de la mística-religiosa, que le antecedía en la Antigüedad Griega. El Juramento del *Corpus Hippocraticum*, decía:

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higiea y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio a este juramento y compromiso:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciera falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si es que tuvieran necesidad de aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y todas las demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por juramento a la ley médica, pero a nadie más.

Haré uso del régimen dietético para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender: del daño y la injusticia le preservaré.

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aún con los que sufren del mal de piedra: dejaré esa práctica a los que la realizan.

A cualquier casa que entrare acudiré para asistencia del enfermo, fuera de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres o mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto.

En consecuencia séame dado, si a este juramento fuere fiel y no lo quebrantare, el gozar de mi vida y de mi arte, siempre celebrado entre todos los hombres. Mas si lo trasgredo y cometo perjurio, sea de esto lo contrario.²

Ya en el ANTIGUO TESTAMENTO, del Siglo II aC, en el libro Eclesiástico 38³: se puede leer:

38:1 Atiende al médico antes que lo necesites, que también él es hijo del Señor.

38:3 La ciencia del médico le hace andar erguido y es admirado de los príncipes.

38:7 Con los remedios el médico da la salud y calma el dolor, el boticario hace sus mezclas para que la criatura de Dios no perezca.

² TRATADOS HIPOCRÁTICOS, Tomo I, Biblioteca clásica Gredos, Madrid, 1990, pp.: 77-78.

³ SAGRADA BIBLIA: Traducida por Eloíno Nácar Fuster y Alberto Colunga, O. P., Biblioteca de Autores Cristianos. Madrid, 1966, 20ª. Edición; p. 867.

38:11 Ofrece el incienso y la oblación de flor de harina; inmola víctimas pingües, las mejores que puedas.

38:12 Y llama al médico, porque el Señor le creó, y no le alejes de ti, pues te es necesario.

38:13 Hay ocasiones en que logra acertar,

38:14 Porque también él oró al Señor para que le dirigiera en procurar el alivio y la salud para prolongar la vida del enfermo.

38:15 El que peca contra su Hacedor caerá en manos del médico.

RHAZES (860 – 932 dC), citado por Maimónides, en su Tratado sobre el Asma, afirmó: *"El que es tratado por muchos médicos arriesga sufrir de la combinación de sus errores."*⁴

AVICENA, el gran médico iraní que reinó con sus conocimientos y aportes a lo largo de toda la Edad Media y con su Canon siguió orientando la educación médica hasta el siglo XVIII, definía:

"Medicina es la ciencia por la que aprendemos los diversos estados del cuerpo humano en salud y cuando no está en salud, y los medios por los que la salud probablemente se pierda y, cuando está perdida, probablemente será restaurada retornando a la salud. En otras palabras, ella es el arte por el cual la salud es conservada y el arte por el que ella es restaurada luego de ser perdida."⁵

MAIMÓNIDES Y LA PLEGARIA DEL MÉDICO

Se ha difundido, atribuyéndola a Maimónides, un sabio sefaradí del siglo XIII (1135-1204 dC), nacido en Córdoba bajo dominio musulmán, que ejerció y murió en Egipto, en la Corte del Sultán Saladino, esta Plegaria:

"Heme aquí, listo para retomar mi trabajo: ¡Oh Señor, sostenme en esta noble y difícil tarea! Haz que tenga éxito, ya que sin tu ayuda todos los esfuerzos humanos

⁴ TURNES, Antonio L.: Maimónides: El Sabio sefaradí. 3ra. Edición, 2007, p. 322.

⁵ AVICENNA (Abú Alí al-Husayn ibn Abd Allah ibn Sina): *The Canon of Medicine (al-Qanun fi'l-tibb)*. Adapted by Laleh Bakhtiar. Great Books of the Islamic World, Inc., USA, 1999, 710 páginas; pp: 9.

son vanos. Que mi alma se impregne del amor por mi arte y sienta un apego por tus criaturas. Que el afán de lucro, la búsqueda de la fortuna y de la gloria jamás obstaculicen mi trabajo. Semejantes sentimientos se oponen a la verdad y al amor de los hombres; podrían alejarme de mi gran designio que apunta al bienestar de tus criaturas. Que mi alma y mi cuerpo conserven siempre su vigor para que pueda ayudar a los amigos y a los enemigos, a los buenos y a los malos, a los ricos y a los pobres. Ayúdame a ver tan sólo al hombre en aquel que sufre. Que mi espíritu sea dócil y agradecido con todos los que buscan instruirme: ¡es que el campo de la medicina es tan vasto! Pero si me abruma los necios con sus críticas imaginarias, que el amor por mi profesión me haga tan fuerte como el acero, que me ayude a permanecer fiel a la verdad contra todas las consideraciones debidas a la edad, a las personas o a la celebridad: es que, en ese ámbito, la menor debilidad podría acarrear la muerte o la enfermedad de tus criaturas.

Que mi alma se conserve dulce y serena cuando colegas de más edad e imbuidos de sí mismos se mofen de mi queriendo instruirme. Haz que también ello me aproveche, pues esos hombres saben tantas cosas que yo debería saber: ¡Que su carácter presuntuoso no llegue a ofenderme! Son tan ancianos que el peso de los años no les ayuda a dominar sus pasiones”.⁶

Maimónides diferenciaba entre los buenos y malos médicos, teniendo un severo juicio sobre estos últimos: *“La Medicina es una ciencia esencial para el hombre en todo tiempo y lugar, no solamente para el enfermo, sino también para el sano. Sin embargo, uno debería buscar algo fuera y consultar con médicos expertos que han completado su maestría de conocimientos teóricos y prácticos. Un médico inexperto debería ser evitado; si un médico experto no está disponible uno debería confiar sólo en la naturaleza, confirmando la afirmación de Hipócrates que “la naturaleza cura la enfermedad... ella no recibe órdenes del hombre... la naturaleza hace todo lo que es necesario...” Donde un diagnóstico está en duda, es mejor confiar en que la naturaleza cure la enfermedad.”.*⁷

⁶ TURNES, Antonio L.: Maimónides: el sabio sefaradí. El médico judío-español de la edad de oro. Ediciones Granada, 3ª. Edición, 2007, pp.: 93-94.

⁷ TURNES, Antonio L.: Maimónides, op. cit., p. 321.

Nos decía FLORENCIO ESCARDÓ (1904-1992), en su *Moral para Médicos*, escrita hace 50 años:

“Las estadísticas del más diverso origen señalan claramente que un término medio de 75 por ciento de los enfermos que concurren a las policlínicas hospitalarias de cualquier nivel económico, presentan trastornos que no pueden ser resueltos por la mejor medicina orgánica. ¿Qué sucede entonces? Que el médico que los asiste con solo esa medicina no solo deja tres enfermos de cada cuatro sin resolver, sino que, al atenderlos parcial o incompletamente, agrava, prolonga o profundiza su situación de enfermo”.⁸

EL NACIMIENTO DE LOS PRIMEROS CÓDIGOS DE ÉTICA

Junto al orden médico se desarrolla la conciencia y la autoridad morales de la medicina; el nacimiento de la profesión es también el de la deontología y la aparición terminológica y conceptual de la ética médica. La deontología consagra un *ethos*⁹ profesional con criterios propios respecto de la moral común, la religión y la ley. Ella ocupa el espacio normativo que dejan la secularización y la legalización de la Medicina, representa un intersticio entre la moral privada y la pública: una ética crítica, no religiosa, de orientación profesional, atenta a la definición del rol y el *ethos* médicos, una moral de predominante autoridad científica y política.

La literatura deontológica, si bien cuenta una larga tradición desde el *Corpus Hippocraticum*, aparece modernamente en tratados especiales con la característica del *medicus politicus*, título de los primeros tratados deontológicos, como el de Rodrigo de Castro (1546-1627), prominente médico judío portugués, el de Johannes Bahn, de Leipzig (1640-1718), y el Friedrich Hoffman, de Leyden (1738). Este último, a juicio de Albert R. Jonsen, prefigura por su forma codificada y su contenido atento a la triple responsabilidad clínica, legal y sanitaria la *Medical Ethics* de Percival.

⁸ ESCARDÓ, Florencio: *Moral para Médicos*. EUDEBA, Buenos Aires, 1963, página 33.

⁹ La palabra “ética” procede del vocablo griego *ethos*, que posee dos sentidos fundamentales. Según el primero y más antiguo, *ethos* significaba “residencia, morada, lugar donde se habita”. Se usaba, sobre todo en poesía con referencia a los animales, para aludir a los lugares donde se crían y encuentran, a los de sus pastos y guaridas. Después, se aplicó a los pueblos y a los hombres para referir a su país o patria. Este sentido fundamental de *ethos* como lugar exterior o país en que se vive pasaría a significar posteriormente, en la época aristotélica, el lugar que el hombre lleva en sí mismo, el de su actitud interior, el de su referencia a sí mismo y al mundo. El *ethos* sería el suelo firme, el fundamento de la *praxis*, la raíz de la que brotan todos los actos humanos.

Esta línea del *medicus politicus* se continúa durante la Ilustración en dos autores, uno norteamericano y el otro inglés, antecedentes inmediatos del libro de Percival: Samuel Bard (1742-1821) de Columbia, *Discourse on the Duties of a Physician*, y John Gregory (1724-1773), de Edinburgo, *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. Ambos autores elaboran la teoría de los deberes profesionales bajo la influencia de la ética filosófica del siglo XVIII, en particular la de los grandes filósofos morales escoceses, el intuicionismo del sentido común según Francis Hutcheson y David Hume. En el ensayo de Bard hay un primer intento por fundamentar la deontología en una filosofía moral universal, un sistema filosófico moral no religioso ni hipocrático. También Gregory expone las cualidades morales del médico, influido por Hume en los conceptos de "simpatía" y el deber de curar. La ética médica de Gregory nos aporta todos los elementos del modelo de beneficencia.¹⁰

Pero será Thomas Percival (1740-1804), cirujano inglés, fundador del primer código de ética (1791) quien define el rol del profesional, la relación terapéutica, la relación entre los colegas y la relación de estos con el Estado, lo cual fue sin lugar a duda, un código relativo a la conducta profesional.

El 19 de julio de 1832 cincuenta médicos bajo la presidencia de Sir Charles Hasting (1794-1866) fundaron la British Medical Association (BMA), la asociación médica más antigua del mundo que persiste hasta el presente. Ella bregó por más de 26 años para la sanción de una Ley Médica, que fue aprobada en 1858: Medical Act, que estableció el *General Medical Council and the Medical Register*, la diferenciación, por vez primera, entre médicos calificados y no calificados para el ejercicio.

En 1847 la American Medical Association (AMA), siguiendo a Percival como fuente principal, adoptó su Código de Ética Médica, alabando en la introducción el trabajo del autor inglés de Manchester, con estas palabras:

La contribución más significativa a la historia de la ética clínica occidental posterior a Hipócrates fue hecha por Thomas Percival, un médico inglés, filósofo y escritor. En 1803 publicó su Código de Ética Médica. Su personalidad, su interés en los asuntos sociológicos, y su estrecha colaboración con el Hospital de Manchester dio lugar a la

¹⁰ Ref.: <http://www.elabe.bioetica.org/34.htm> (Consultada el 25.05.2012).

preparación de un plan de conducta profesional en relación con los hospitales y otras organizaciones de caridad de la que redactó el código que lleva su nombre.

Como ha dicho un experto: *"El Código de Percival afirmó la autoridad moral y la independencia de los médicos en servicio a los demás, afirmó la responsabilidad de la profesión para cuidar a los enfermos, e hizo hincapié en el honor individual".*

La fundación en 1847 de la AMA, a impulsos del Dr. Nathan Smith Davis (1817-1904) y la aprobación de su Código de Ética revolucionó la Medicina en los Estados Unidos. Su primera reunión en Filadelfia la proyectó como la primera asociación médica nacional en el Continente, dedicada a establecer estándares uniformes para la educación profesional, el entrenamiento y la conducta ética de sus pares. Durante más de 160 años el código de Ética Médica, varias veces reformado (1903, 1957, 1980 y 2001), ha sido la guía ética para autorizar la práctica de los médicos.¹¹

LA COMUNIDAD MÉDICA HA ADOPTADO DIFERENTES CÓDIGOS

A lo largo de los años y con el aumento de la población del planeta, así como de la población de médicos y la creciente organización de sus servicios, diversas comunidades de médicos han debido adoptar normas éticas que regularan la conducta de sus miembros.

Así una de las Facultades de Medicina más antiguas de Occidente, fundada en el siglo XII, y normalizada en 1220, la de Montpellier, a fines del siglo XIX originó entre los médicos sindicalizados de esa ciudad, la adopción de un Código de Ética, que en Uruguay fue adoptado y distribuido a todos los médicos del país, en 1924, por el Sindicato Médico del Uruguay (SMU), cuando era presidido por el Dr. Roberto Berro García (1886-1956). Sería esa la normativa que guiaría la moral profesional desde la tercera hasta la novena década del siglo XX.

En nuestro país, salvo un breve período durante los dos Decanatos del Dr. Américo Ricaldoni (1867-1928), ejercidos entre 1915-1918 y entre 1918-1921, nuestra Facultad de Medicina prescindió de tomar el Juramento a quienes de ella egresaban. Por lo que, contra la opinión popular, los médicos que egresaron durante la mayor

¹¹ Ref.: www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/history-ama-ethics.page?
(Consultada el 25.05.2012).

parte del siglo XX y la primera década del XXI, no han prestado ningún Juramento o Promesa de Honor de conducta frente a sus pacientes, los familiares de éstos y la sociedad.¹² Ricaldoni manifestó que el Juramento de los graduados debía ser complemento de la fiesta de colación de grados: *"Creí entonces que no sería superfluo que el médico, al alejarse de la casa de sus estudios, proclamase públicamente una vez más los preceptos capitales relativos a la dignidad y el honor profesional que antes, día tras día, escuchara en las aulas"*.

El texto del Juramento aprobado fue el siguiente:

"¿Juráis ejercer vuestra profesión con entera probidad, ajustando siempre vuestra conducta a las leyes del honor y tratando de mantener siempre intacto el prestigio de vuestra investidura?"

"¿Juráis no emplear jamás vuestros conocimientos en daño ajeno y no omitir ningún esfuerzo para lograr el restablecimiento de la salud de todos aquellos a quienes asistáis?"

"¿Juráis ser de toda discreción y prudencia y respetar celosamente los secretos que se os confiasen, secretos que no daréis a conocer sino cuando la ley o altos intereses de orden social a ello os obligasen?"

*"¿Juráis observar el mayor desinterés con los desamparados a quienes hubieseis prometido vuestra asistencia y proceder del mismo modo cuando sepáis que de la aplicación de vuestra ciencia habrá de resultar el bienestar de la sociedad entera?"*¹³

La AMM, fundada en 1947 adoptó en 1948 la Declaración de Ginebra, que es una versión moderna del Juramento Hipocrático. Pero sobre todo ha incorporado sistemáticamente un cuerpo de normas que orientan la conducta profesional en una amplia diversidad de campos, desde la atención de prisioneros hasta la práctica de algunos deportes, la atención del final de la vida, y la definición de la muerte. Acompasando de este modo las posibilidades que el avance científico y tecnológico

¹² WILSON, Eduardo y MAÑÉ GARZÓN, Fernando: Américo Ricaldoni, Artífice de la Medicina uruguaya. Ediciones de la Plaza, marzo 2009, pp. 103-132.

¹³ WILSON, Eduardo y MAÑÉ GARZÓN, Fernando: op cit., p. 107.

permitían para realizar trasplantes de órganos definiendo de nueva forma la muerte del ser humano. Al igual que las Naciones Unidas, la AMM adoptó normas para prevenir la intervención del médico en la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, ya desde 1975. Pero también adoptó recomendaciones acerca del aborto terapéutico, el uso de la informática en la salud, la atención del paciente terminal y la preservación del secreto profesional. Entre otras muchas.

En 1995 el SMU adopta un Código de Ética Médica, que recogiendo la tradición, moderniza sus normas, adecuándolas a la realidad del avance de la ciencia y sus nuevas e impensables posibilidades. La Federación Médica del Interior adoptaría un Código similar, con mínimas variantes, en 1997.

Culminando una larga brega de más de 65 años, el 18 de setiembre de 2009 se promulga la Ley 18.591, de creación del Colegio Médico del Uruguay, que entre otras disposiciones, prevé la adopción de un Código de Ética, que deberá aprobarse por el Parlamento, luego de un largo proceso, y que regulará en adelante la conducta de nuestra profesión.

Estas normas, que desde luego se han ido enriqueciendo con el correr de los siglos, han incorporado múltiples aportes, individuales o grupales, y se han señalado como un paradigma al que debieran referirse las conductas de quienes practican el arte de curar.

La Ética Médica ha variado, entonces, de acuerdo a la evolución del pensamiento social, y a los usos y costumbres que han sido adoptados por el avance de la ciencia y las posibilidades del hombre organizado en sociedades más complejas y con nuevas perspectivas.

En nuestra tradición judeo-cristiana hay valores que han permanecido intangibles a lo largo de veinticinco siglos, desde Hipócrates, en tanto otros han ido variando, conservando lo sustancial, y modificando lo accesorio que abría nuevas perspectivas.

La AMM elaboró un Manual de Ética Médica, que da respuesta a los principales problemas que acaecen en la práctica diaria, de alta calidad didáctica, basada en

problemas concretos, cuya segunda edición es del año 2009, y que se encuentra en Internet.¹⁴

LEYES NACIONALES RECIENTES

Existen en especial dos Leyes recientes, que todos los profesionales deberían conocer:

Una trata de los Derechos de los Usuarios y Pacientes de los Servicios de Salud, con un capítulo especial para los derechos de los médicos.

(Ley 18.335, DERECHOS DE LOS USUARIOS Y PACIENTES DEL SISTEMA DE SALUD en:

<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>

Esta ley prescribe la obligatoriedad de determinadas prácticas por parte del médico, en cuanto a llevar una historia clínica actualizada y minuciosa, y a recoger el consentimiento informado antes de efectuar cualquier procedimiento o intervención, fuera de la emergencia, que se requiera, con un grado de detalle que pocas personas conocen, siendo que ya tiene cuatro años de vigencia.

La otra, trata del Testamento Vital.

Ley 18.473, TESTAMENTO VITAL, VOLUNTAD ANTICIPADA, NEGATIVA DE TRATAMIENTO; en:

<http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18473&Anchor=>

Esta ley prescribe el derecho de los pacientes a manifestar por anticipado su deseo de que no se continúen maniobras de reanimación una vez que se constate su fallecimiento, o el cese de los gestos terapéuticos cuando ya su estado resulte terminal.

Tampoco es adecuadamente conocida, y tiene ya tres años de promulgada.

EN EL MARCO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

¹⁴ <http://www.wma.net/es/10home/index.html> (Consultada el 26.05.2012).

Merece especial destaque la circunstancia de que desde comienzos de la década de 1990 se ha venido acentuando la preocupación de los médicos y subsiguientemente de los Poderes Públicos, respecto de la atención de los derechos de los usuarios de servicios de salud.

Esta práctica que inició en el Hospital Maciel, adoptando una normativa interna similar a la promovida por la American Hospital Association, fue prontamente seguida por el Decreto 258/92, Reglas de Conducta Médica, que establece a texto expreso y por una norma del derecho positivo nacional, una serie de derechos que para la época eran ampliamente reconocidos a los pacientes y usuarios de servicios de salud en los principales centros médicos del exterior.

Estos derechos tenían relación con el conocimiento del paciente de quién lo estaba atendiendo, los estudios que se le pudieran realizar y que él debía autorizar, el conocimiento de la naturaleza de su padecimiento, a efectos de que pudiera comprenderlo adecuadamente, el ser tratado con el debido respeto, entre otros.

La autoridad sanitaria, en el caso el MSP, que debería asumir la función rectora que la Ley de creación 9.202 del 12 de enero de 1934 le confiere, con más todas las obligaciones que las leyes de la Reforma del Sistema de Salud prescriben, está omisa en la más adecuada difusión. Seguramente seguirá un largo proceso, no exento de dificultades, para que dicha norma sea una práctica habitual.

Para lo cual deberían cambiar muchas prácticas culturalmente adoptadas por las instituciones a lo largo de décadas, y también las propias de las profesiones de salud, que permanecen en una actitud generalmente autoritaria y paternalista, del tiempo anterior a que estas disposiciones fueran adoptadas.

Debe señalarse que los principios de la Bioética, que hicieron irrupción en el mundo Occidental a partir de los años 1970, en nuestro país comenzaron a difundirse a partir de los primeros años de la década de 1990. Particularmente con la constitución, en 1990, de la primera Comisión de Bioética que tuvo el país, a cargo de una entidad profesional privada, el Sindicato Médico del Uruguay, que desarrolló una serie de actividades a través de reuniones, publicaciones y conferencias con destacadas

personalidades extranjeras que fueron acercando esos principios a la realidad uruguaya.

Pero mientras dichas disposiciones no fueron adoptadas a través de una Ley, eran de cumplimiento opcional y de hecho muy pocas entidades adoptaron tales pautas. Muy pocos integraron sus Comités de Ética Asistenciales, y la mayor parte de las entidades y profesionales, ni se enteraron de la existencia de esa novedad.

Párrafo aparte merecen los investigadores que vieron regulada una actividad que anteriormente desarrollaban con arreglo a normas internacionales, para la participación en estudios locales o multicéntricos.

Sin embargo, la adopción de estas normativas nacionales, impusieron nuevas reglas a la aprobación de protocolos de investigación, que en los hechos significaron un impedimento para realizar la tarea de investigación científica, o participación en estudios internacionales, por la demora burocrática existente para la toma de decisiones. Incompatible con los tiempos que se manejan generalmente en el mundo desarrollado para integrarse a estos proyectos.

MEDICAMENTOS: LA CORRUPCIÓN RELACIONADA CON LOS PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

En diciembre de 2009 la Organización Mundial de la Salud emitió un comunicado bajo este título, cuyo texto (excluyendo las referencias bibliográficas) se transcribe¹⁵:

Nota descriptiva N° 335, Diciembre de 2009

Datos y cifras

- Cada año se gastan en todo el mundo US\$ 4,1 billones en servicios de salud, y de esa cantidad US\$ 750 000 millones se gastan en el mercado farmacéutico.
- Entre el 10% y el 25% del gasto público en concepto de compras (incluidos los productos farmacéuticos) se pierde a causa de la corrupción.

¹⁵ FUENTE: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs335/es/index.html> (Consultada el 01.05.2012).

- Se ha calculado que en los países desarrollados el fraude y los abusos en la asistencia sanitaria cuestan a cada gobierno hasta US\$ 23.000 millones por año.
- Los países con la proporción más alta de corrupción tienen también tasas más elevadas de mortalidad de menores de 5 años.
- La falta de medicamentos y la colocación en el mercado de medicamentos falsificados o de mala calidad causa sufrimientos a los pacientes y tienen consecuencias directas de vida o muerte.
- Para reducir la corrupción se requieren frenos y contrapesos muy completos en cada paso de la cadena de medicamentos. La buena gestión en esta esfera incluye transparencia, rendición de cuentas, promoción de la integridad institucional y liderazgo moral.

El acceso a la asistencia sanitaria y los medicamentos esenciales es necesario para reducir las enfermedades y la muerte, y mejorar la calidad de la vida. Los medicamentos resultan beneficiosos únicamente si son inocuos, de gran calidad, se distribuyen apropiadamente y son utilizados correctamente por los pacientes.

Las prácticas contrarias a la ética en la cadena de medicamentos

Se entiende por cadena de medicamentos los pasos necesarios para la creación, reglamentación, gestión y consumo de los productos farmacéuticos. La corrupción en el sector farmacéutico se produce en todas las etapas de dicha cadena, desde la investigación y el desarrollo hasta la dispensación y la promoción¹.

Las prácticas contrarias a la ética pueden adoptar muchas formas, tales como la falsificación de pruebas, el mal manejo de los conflictos de intereses o el soborno. La figura adjunta es una representación de los pasos fundamentales de la cadena de medicamentos y algunos ejemplos de las prácticas contrarias a la ética.

La buena gestión de la cadena de medicamentos es un medio esencial para optimizar los resultados de salud pública. Por ejemplo, los países con mayor frecuencia de corrupción presentan tasas más elevadas de mortalidad de menores de 5 años,

incluso después de hacer las correcciones estadísticas para tener en cuenta la calidad de la asistencia sanitaria que se presta².

¿Qué factores intervienen en la corrupción relacionada con los productos farmacéuticos?

Cada año se gastan en el mundo US\$ 4,1 billones en concepto de servicios de salud³ de los cuales US\$ 750 000 millones corresponden al mercado farmacéutico⁴. Sin embargo, entre el 10% y el 25% del gasto público en compras (incluidos los productos farmacéuticos) se pierde por causa de la corrupción⁵. Los medicamentos pasan por muchas manos antes de llegar a los pacientes. El gran número de eslabones de la cadena de medicamentos brinda muchas oportunidades para que se cometan actos contrarios a la ética.

Si bien se han denunciado casos de corrupción en la cadena de medicamentos, una gran proporción de las prácticas contrarias a la ética no se denuncia. Ello obedece al miedo que los potenciales denunciadores tienen a ser víctimas de represalias y a la falta de estímulos para que alguien se decida a denunciar. Algunas formas de corrupción se han "institucionalizado" hasta el punto de que las personas se sienten impotentes para cambiar la situación en sus países.

Los países con una mala gestión de la cadena de medicamentos están más expuestos a ser presa de la corrupción porque carecen:

- de una legislación o reglamentación apropiada de los medicamentos;
- de mecanismos de aplicación de leyes, reglamentos y procedimientos administrativos;
- de formas de manejar los conflictos de intereses.

La falta de transparencia y responsabilización con respecto a la cadena de medicamentos también interviene en las prácticas contrarias a la ética y la corrupción.

Las repercusiones de la corrupción son tres, al menos, las esferas principales de la cadena de medicamentos en las que la corrupción ejerce efectos negativos.

- Efectos negativos en los pacientes. Las prácticas contrarias a la ética disminuyen las existencias de medicamentos en los establecimientos de salud porque dichos productos se desvían; también ocasionan la introducción de productos nocivos o ineficaces en el mercado. En los mercados de los países ricos y pobres por igual se han encontrado medicamentos desviados, falsificados y de mala calidad, así como productos que se han registrado injustificadamente. Dichas prácticas causan sufrimientos a los pacientes y tienen consecuencias directas de vida o muerte.
- Pérdida de recursos. La corrupción trae como consecuencia la pérdida de enormes cantidades de recursos de salud pública que son de por sí limitados. Por ejemplo, se calcula que en los países desarrollados el fraude y el abuso en el ámbito de la asistencia sanitaria le puede llegar a costar a cada gobierno entre US\$ 12.000 millones y 23.000 millones al año⁶. En los países en desarrollo, se ha observado una sangría de hasta el 89% de los costos de compras y operativos⁷. Esas pérdidas destruyen la capacidad de las instituciones de asistencia sanitaria para prestar una buena atención.
- Mengua de la confianza. La corrupción se cobra también un tributo más sutil al menguar la confianza de la gente y de los donantes en las instituciones públicas. En algunos países, el sistema de salud pública está considerado como la institución de servicio público más corrupta⁸. La corrupción relacionada con los productos farmacéuticos en los ministerios de salud también ha expuesto a algunos países de ingresos bajos a la amenaza de suspensión de las contribuciones de los donantes^{9,10,11}.

Respuesta de la OMS: Para lograr la rendición de cuentas y reducir la corrupción hacen falta frenos y contrapesos muy completos en cada etapa de la cadena de medicamentos. También son esenciales la buena gestión, la transparencia, la responsabilización, la promoción de la integridad institucional y el liderazgo moral.

La OMS se ha comprometido a reducir la corrupción relacionada con la cadena de medicamentos mediante su programa de Buena Gestión de los Medicamentos (GGM por la sigla en inglés), creado en 2004. El programa facilita apoyo a los países para que pongan coto a la corrupción mediante la aplicación de procedimientos administrativos transparentes y con rendición de cuentas, así como el fomento de

prácticas acordes con la ética. También los ayuda, mediante un proceso en tres etapas, a evaluar sus puntos vulnerables frente a la corrupción y a elaborar y ejecutar programas específicos para mantener sistemas de asistencia sanitaria eficientes que no se vean socavados por los abusos de la corrupción.

En Uruguay no existen estudios sobre corrupción en esta área. Sin embargo debe señalarse que hasta hace pocos años, diversas firmas farmacéuticas enviaban a comunidades enteras de médicos, según su especialidad, en charters para congresos mundiales, con gastos pagos o compartidos.

Los líderes de opinión entre los médicos, también fueron durante mucho tiempo seducidos con invitaciones a congresos con todos los gastos pagos. Algún gerente de una firma internacional me comentó en su momento que alguno de estos personajes, a su modo de ver desubicado, pretendió que le pagaran pasaje a él y a su esposa, no ya para acudir a un congreso, lo que sería razonable para él, sino para un viaje de placer. Estos gestos son correspondidos con la autorización o promoción de determinados productos innovadores o supuestamente tales, particularmente en el campo de los antibióticos empleados en Terapia Intensiva y los productos oncológicos, que son los de mayor costo para los usuarios.

En el campo de la rama diagnóstica, que comprende a los laboratorios clínicos, el tema es más reducido, por cuanto guarda proporción con un mercado restringido, donde los reactivos para las técnicas y los cambios instrumentales son más lentos y sufren menores cambios.

En la Comunidad Europea, a partir del año 2005 se dispuso que no se consideraría ético que los médicos recibieran atenciones, obsequios, etc., de proveedores del sistema de salud, por valores mayores a los 25 Euros. Sería una señal interesante adoptar.

CONFLICTO DE INTERESES – UNA PUBLICACIÓN URUGUAYA

En un número de 2006 de la Revista Médica del Uruguay, la Dra. María Teresa Rotondo¹⁶ publicó un artículo sobre esta materia, que representó una puesta a punto del tema en debate. Las asociaciones profesionales, las instituciones patrocinadoras de la producción de fármacos o propulsores de investigación, las comunidades científicas, se han hecho presentes, ya sea a través de la inclusión del tema en los editoriales y congresos de sociedades científicas, como asimismo en declaraciones y normativas. Esta doctrina tiene relación con la obligación ética de señalar si existe conflicto de intereses en cualquier publicación científica o trabajo de investigación difundido, que aporte supuestos nuevos resultados en el diagnóstico o tratamiento de cualquier patología.

PROFESIONALISMO, UNA CLAVE PARA LA MEDICINA ÉTICA

Una profesión tiene tradicionalmente características bien definidas:

- Preparación específica y estrictamente reglamentada.
- Pruebas de ingreso en el grupo (que solían culminar, desde hace siglos, con el ritual del juramento y permitían controlar el número de nuevos miembros).
- Posibilidad universal de acceso a estos procedimientos específicos de formación y entrada en la profesión, que no está condicionada a la pertenencia a una cierta familia o grupo social.
- Monopolio en la realización de las actividades que le son propias (y renuncia a otros tipos de actividades).
- Liturgia propia (rituales codificados en lugares especiales, vestuario específico, etc.) que aunque se atenúe con el tiempo sigue expresándose en algunos elementos simbólicos.
- Fuerte cohesión interna del grupo profesional y lucha enérgica contra el intrusismo.
- Relación profesional con los clientes o usuarios no supeditada a los vínculos personales o afectivos.
- Altruismo y sentido social del trabajo.

¹⁶ROTONDO María Teresa: Relaciones profesionales: conflictos de intereses. *Rev Med Urug* 2006; 22: 88-99.

- Privilegio social y económico dentro de la comunidad (el profesional no cobra un salario sino unos "honorarios" que tienen un sentido simbólico de honor).
- Código deontológico propio, que establece una serie de deberes y derechos pero otorga de hecho impunidad jurídica. Las profesiones tradicionales tenían capacidad legislativa, ejecutiva y judicial autónoma.¹⁷

Según HÈLIOS PARDELL ALENTÀ, LAS CARACTERÍSTICAS DE UNA PROFESIÓN SON¹⁸:

- Posee un cuerpo de conocimiento específico, adquirido tras un largo período de formación universitaria, y el control del mismo con capacidad normativa (en el caso de la medicina, sobre qué es enfermedad).
- Tiene control sobre la organización del trabajo basado en aquel conocimiento.
- Dispone de organizaciones profesionales reconocidas legalmente, con capacidad reguladora del acceso a la profesión y de todos los aspectos relacionados con la práctica de la misma.
- Posee un código ético y tiene la potestad exclusiva para aplicarlo.

LOS PRINCIPALES DESAFÍOS ÉTICOS EN LA MEDICINA ACTUAL

- El conocimiento de las pautas éticas por todos los médicos, y su estricta aplicación, unida a una capacitación y actualización continua de sus conocimientos.
- La empatía para el relacionamiento con el paciente – usuario y su familia, retomando la amistad médica (la *filía* hipocrática) para procurar un acercamiento más respetuoso y comprensivo, con mayor capacidad de escucha y mejor comunicación, atendiendo a que, como ha dicho Laín Entralgo, la relación M-P se trata de una vinculación bidireccional, constituyendo una *díada*.

¹⁷ LÁZARO, José y GRACIA GUILLÉN, Diego. Presentación, La nueva relación clínica. En LAÍN ENTRALGO, Pedro: El médico y el enfermo. Triacastela, Madrid, 2003, pp. 16-18.

¹⁸ Pardell H., ¿Tiene sentido hablar de profesionalismo, hoy? *Educación Médica* 2003; 6(2): 63-80 8

- Hacer todo lo posible por el paciente, ofreciendo los recursos actuales disponibles, y bregando por corregir los defectos de la organización que se oponen a dichos gestos.
- No someterse a la Medicina a la Defensiva, a la Evitación de Intervenciones y a la indicación de productos o tratamientos innecesarios o económicamente más convenientes, por su bajo costo, o al revés por su alto costo, recurriendo a exageraciones diagnósticas que no se correlacionan con una adecuación al paciente y a su estado.
- Quienes dirigen servicios de salud, a nivel político, administrativo o de gestión, deben tener en consideración y aplicar sistemáticamente la legislación vigente y el cuidado permanente de los Derechos del Usuario, haciendo uso de la herramienta de la educación continua de todo su personal, y dejando de lado el modelo paternalista, que ya hace 40 años se dejó de emplear en todo el mundo.
- Evitar las prácticas corruptas a todo nivel, desde los certificados de complacencia, hasta la contratación de amigos, familiares, la falsedad en la asignación de recursos humanos y materiales y otras desviaciones de poder, que son lamentablemente frecuentes y conducen a malos resultados.
- La formación de los profesionales debe hacer más énfasis en la Ética y la Bioética, en la formación a lo largo de todo el pregrado y en toda la vida activa del profesional de la salud.

LUCIO ANNEO SÉNECA (4 aC – 65 dC) fue un filósofo español, nacido también en Córdoba, preceptor de Nerón, que se ubica entre los mayores pensadores Estoicos. Él ha escrito ¹⁹:

¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más y no cumplo con ellos pagándoles el simple salario? Porque médico y preceptor se convierten en amigos y no nos obligan por su profesión que venden, sino por su cariñosa y familiar buena voluntad. Así que al médico que no hace más que tomarme el pulso y me cuenta entre aquellos enfermos que ve en su visita apresurada, sin tomarse ningún interés

¹⁹SÉNECA, Lucio Anneo: Obras completas. De los Beneficios, Libro VI, XVI. Aguilar, Madrid, 1961, p. 400.

especial al prescribirme lo que debo hacer y lo que debo evitar, nada más le debo porque no me ve como amigo, sino como cliente. (...) ¿Cuál es, pues, el motivo por que debemos mucho a esos hombres? No porque lo que vendieron tenga más valor del que pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros personalmente. Aquél puso más interés y cariño del necesario en un médico; temió por mí, no por la pérdida de su reputación profesional; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los aplicó él mismo; compartió el ansia con mis familiares más solícitos, sentado a la cabecera de mi cama y acudió siempre en los momentos de crisis; ningún servicio le fue oneroso; ninguno enojoso; oíame gemir con intranquilidad visible entre la multitud de clientes que solicitaban su intervención mis curas merecían atención preferente; atendió a los otros cuanto mi salud se lo permitió; para con ese yo estoy obligado no como médico, sino como amigo. (...)

IVONNE BORDELOIS (1934), desde una perspectiva antropológica, nos dice ²⁰: *"En los hospitales la gente se muere de hambre de piel", dice Walter Benjamin. Al pasarse de la mano al ojo se pierde la sensación de la piel sobre la piel, algo que ya, en sí, es terapéutico. Tan perdida está esa costumbre que en la actualidad, quienes todavía la aprecian en el ámbito médico, ordenan efectuar, y preservan, un moldeo de manos de médicos viejos que acostumbraban palpar a sus enfermos.*

ALBERTO AGREST (1923-2012), dice, respecto a la confianza, tan cuestionada en estos días:

Hoy la confianza del paciente está amenazada porque no puede elegir a su médico. Esta elección personal ha sido sustituida por la imposición de una organización pública de obras sociales o privadas de un sistema prepago. La confianza en el médico ya no es, por lo tanto, preexistente – evidente por la elección – , sino que representa en general una mutación sobre el germen de desconfianza que genera la no elección. El

²⁰ BORDELOIS, Ivonne: A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras. Libros del Zorzal. Buenos Aires, 2009, p. 15.

médico debe constituirse en el agente de esta mutación con sus propios recursos: su capacidad de afecto, su dedicación, su integridad y su capacidad técnica. ²¹

Y quien prologó ese libro, GUILLERMO JAIM ETCHEVERRY (1942), destaca este pensamiento de Agrest:

La medicina hoy es más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada que hace cincuenta años. Más científica (más basada en evidencias demostrativas), pero menos observacional y menos basada en la importancia. Más ética (más respetuosa), pero menos comprometida, menos afectuosa y menos generosa. Más jurídica, pero más temerosa, más preocupada por el consentimiento (un documento), que por la información, que exige comprensión y comunicación. Más económica, pero menos equitativa. Más organizada, pero menos creativa y menos estimulante de generosidad. Más controlada, pero con evaluaciones más rígidas, más preocupadas por las guías y reglas, que por la individualización, la propia experiencia y la capacidad de mantener la atención. Más preocupada por cometer el menor error posible, que por obtener el mayor beneficio probable para el enfermo. Más preocupada por el oro que por el bronce. Es cierto, la medicina es hoy más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada... pero es menos medicina. Lo deseable es que la medicina sea más sin ser menos. ²²

Montevideo, 29 de junio de 2012

²¹ AGREST, Alberto: Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad. Libros del Zorzal, Buenos Aires, 2008, p. 88.

²² AGREST, Alberto: op. cit., p. 11.