

EL ÁMBITO HOSPITALARIO

I. El Hospital General	85
II. La ética médica en la vida hospitalaria	92
III. El comité de bioética	112
IV. Código de ética médica	116
V. Glosario médico-legal	139

EL ÁMBITO HOSPITALARIO

I. EL HOSPITAL GENERAL

En todo momento, cuando me han preguntado sobre el hospital en donde inicié mi formación, no puedo ser imparcial al hablar del Hospital General, me ligan a él lazos tan profundos, afecto tan sincero, que mi vida profesional está unida a la institución en forma permanente. En este Hospital es en donde tengo compañeros y amigos entrañables, pero sobre todo, maestros que han dejado en mi memoria grandes recuerdos e invaluable enseñanzas. Aun cuando en este momento llega el recuerdo de alguien que ya se ha ido, no quisiera mencionar a unos por temor de omitir a otros.

Permítanme intentar justificar mi parcialidad. Señalé en aquella ocasión un hospital que cumple adecuadamente su función como centro de atención médica de enfermos indigentes, crónicamente desposeídos, que con los medios de diagnóstico y tratamiento restringidos, pero adecuados cualitativamente y con personal médico y técnico que mantiene una actitud de enseñanza, se convierte propiamente en el hospital de la Facultad de Medicina.

En él, gran parte de las actividades académicas se imparten con frecuencia por medio de aquellas personas que en forma altruista y desinteresada nos han formado.

Tiene la *Revista Médica* que, a pesar de altibajos, es poseedora de una gran tradición; tiene, además, cuerpo médico que realiza investigación científica, como lo demuestran los numerosos trabajos publicados en revistas nacionales e internacionales a pesar de no contar con presupuesto suficiente; sin embargo, cumple esta función tan incomprendida por muchos.

Por si fuera poco, el Hospital General no se limita a eso, es pródigo y generoso, en su seno nacen nuevas generaciones año

con año y la dinámica que en él se observa refleja fielmente la situación social del país desde 1905 a la fecha.

El hospital no detiene su progreso, se crean en diversas épocas servicios especializados de neurología, alergia e inmunología, cirugía oncológica y cardiovascular, endoscopía en la forma más amplia, genética, microscopía electrónica y múltiples avances más que hacen de nuestro Hospital una fuente de especialistas inagotables. Ojalá que este enfoque no varíe.

Los recursos universitarios en diversas especialidades, si bien son perfectibles, su nivel académico es de los más altos. Se verifican congresos médicos y se mantiene intercambio con las personalidades científicas de todo el mundo. Puedo recordar el Departamento de Investigaciones Médicas sobre Brucelosis y Tifo, con Ruiz Castañeda. El Departamento de Patología, ahora Unidad de Patología, que sentó un precedente como el máximo centro formador de patólogos e investigadores y cuya evolución debe satisfacernos, mas no conformarnos. Quizá deba marcaros el camino para que la UNAM vuelva a orientar sus esfuerzos en la promoción de la investigación.

Aquí quisiera recordar lo expresado por Justo Sierra a principios del siglo XX, al inaugurar los cursos de la Escuela de Medicina: *la reforma a la educación médica no podría tener todo su desenvolvimiento hasta que la inmensa escuela práctica que será el Hospital General, quede en íntima conexión con la de Medicina.*

El tiempo le ha dado la razón a este distinguido universitario. Guardada toda comparación, me atrevería a decir que la investigación médica y de ésta, la investigación clínica, no podrá tener todo el desenvolvimiento mientras el Hospital General no conjugue esfuerzos vigorosos con la Facultad de Medicina —que estimulante es saber que ahora se han concretado los proyectos para la Unidad de Investigación que se encuentra en construcción—, proyecto que el doctor Ramírez Arias y un servidor emprendimos gracias a la guía formidable del doctor Romeo González y al gran apoyo del rector doctor Jorge Carpizo.

Más adelante, en otra de las visitas que hice al Hospital y en unas notas que elaboré para un documento autobiográfico, iniciado en esa época (1984), escribí:

...hace algunos meses, por las necesidades de mi cargo, fui al Hospital General de México de la SSA. Ya había pasado algún tiempo desde que estuve la última vez ahí. Me alegró volver a caminar por esos pasillos que antaño me eran tan familiares; volví a tropezar con la gente que corría para alcanzar cita o para obtener ficha para algún estudio; con los estudiantes que iban a clase, la mayoría vestidos de blanco; con residentes que iban a sus servicios, con camillas, y con vendedores, esa gran población flotante que llega a nuestro Hospital.

Volví a ver los puestos en los prados, a los pacientes y sus familiares en un día de campo, en fin, lo que era y lo que es el Hospital General. Me llena de orgullo recordar que de ese Hospital salí, que en él aprendí, ahí obtuve buena parte de mi entrenamiento médico y además estuve cerca del humanismo de grandes médicos como lo fue el doctor Alejandro Celis. En él conocí a los grandes médicos de épocas anteriores y de las actuales; conviví con los neumólogos Rivero y Kuthy y aprendí de ellos, lo mismo que del sin igual doctor Cicero y el recordado Hermilo Esquivel. Ahí escuche de la dureza de don Carlos Pacheco, De Avendaño, Rohde y Ponce de León, Green H. del Castillo, entre otros.

Vienen a mi memoria un sin fin de sesiones. Las más importantes, en el servicio en el que yo estaba de la Unidad de Neumología, eran dos: una que se realizaba inicialmente los sábados a las 8:30 de la mañana, después a las 9:00, en la que se comentaban los casos que iban a ser sometidos a cirugía y aquellos casos que presentaban algún problema, diagnóstico o complicación. Recuerdo las expresiones de pánico de los residentes que se paraban al frente ante el gran jurado (los médicos de base de los servicios) para leer y comentar su caso —ninguno salía bien—. La otra sesión era los jueves a las 8:30 de la mañana, y en esa ocasión se comentaban los casos oncológicos que inicialmente eran coordinados por los doctores Celis, Montaña y Díaz Perches, y más adelante, con la activa participación de la doctora Patricia Alonso. Comentarios como: “aunque la paciente tenga 84 años, me dijo que quería terminar su curso de taquigrafía y vale la pena hacer la toracotomía exploradora”, eran hechos por cirujanos insaciables. Esta sesión al igual que las quirúrgicas, siempre o en su mayoría, estaban salpicadas de un grave humor negro —tampoco aquí salían bien los residentes—.

La Unidad de Neumología, al igual que los otros servicios del Hospital General, era un pequeño feudo con un jefe supremo que decidía sobre sus habitantes (considérese: médicos de base, residentes, pasantes, enfermeras, pacientes, afanadores, etcétera), constituida por cuatro pabellones, cada uno tenía un grupo completo de médicos. Había pabellones de castigo y jefes que eran como castigo. Sobre esto haré más comentarios.

Algunos de los pabellones tenían pacientes, cuyo lugar de residencia vitalicia prácticamente era la unidad. Varios de los pacientes hasta habían establecido un negocio dentro de la Unidad (vendían estambres, libros, biblias, entre otras).

No era raro que por diferentes causas no hubiesen los medicamentos necesarios para ser administrados a los pacientes, generalmente por culpa de la farmacia. Se encontraba como encargado un individuo que se decía doctor y el cual decidía qué o cuáles medicamentos se les administraban a los pacientes. Situaciones tan absurdas como decidir suspender un tratamiento a

los tres días porque ya era más que suficiente (según su acertado criterio), o si el antibiograma no estaba actualizado —lo quería diario— para el cambio de antimicrobianos; “como no hay gentamicina le mando neomicina porque hay mucha”, etcétera.

Regresando a las sesiones quirúrgicas, el nivel académico de las mismas era muy bueno, aquel que no quisiera estudiar, sólo con asistir a las sesiones adquiriría un buen cúmulo de conocimientos. Estas sesiones eran coordinadas por Celis, luego Rivero y a últimas fechas de mi estancia en el Hospital General, por el doctor Federico Rohde.

Otro servicio que hay que comentar era el de Terapia Intensiva de la Unidad de Neumología. Eso de terapia intensiva era un decir, porque la mayor parte de las veces los monitores no servían, no había electrodos para control por monitor de e. k. g., el ventilador estaba descompuesto, el técnico de laboratorio de fisiología respiratoria había pedido su día de “onomástico”, no había jeringas, se habían perdido las llaves del almacén, era la hora del desayuno, etcétera. Realmente, la terapia intensiva que generalmente y de seguro recibían estos pacientes era la que le daba la asistencia continua de un pasante, un residente y varias enfermeras, que prácticamente no salían de la sala. Aun así, muchos pacientes salieron de esa sala rumbo a su pabellón y, dados de alta, a su casa. Esto quizá se debió al profundo humanismo y compromiso que caracteriza a los médicos que se forman en ese Hospital.

Eran memorables las despedidas de año, en las que las enfermeras de cada servicio desplegaban su arte culinario y había que ver y probar todo lo que llevaban.

Ahora, regreso al presente, sigo caminando por el pasillo lleno de esa gente que realmente es el pueblo de México, esa gente cuyo principal motivo de asistencia al hospital, es lo que el doctor Celis llamaba “la patología de la pobreza”, y que aún no hemos podido curar. A esa Unidad de Neumología a la que ya no hemos de acudir; a ese hospital al que sólo iremos de visita, convencido de que le debo mucho, si no todo; que ahí he podido examinar la naturaleza humana, su conocimiento, sus limitaciones; en donde reexaminé premisas y mejores caminos para tratar de servir mejor; en donde reafirmé mi pensamiento y logré convencerme de que una idea y luego la acción, sólo son válidas si son aceptadas por la sociedad no bajo la gratificación a corto plazo, si no su permanencia, que le confiere lo genuino de la tarea.

Por último, me he de referir al contexto en que mi generación se formó y que fue en la década de los sesenta, ésta, sin duda alguna, troqueló nuestra forma de ver la vida y la medicina que hemos practicado.

Los estudiantes de los sesenta

Determinar la magnitud de la miseria en México no es tarea fácil; medir aquello de que se presume tener es siempre más difícil que estimar lo que realmente se tiene. Aun así, abundan los datos que ponen de relieve la pobreza, que sigue siendo la condición de millones de mexicanos. Las propias cifras oficiales, con todo y ser insuficientes, ofrecen una imagen en verdad desgarradora. Conforme a ellas, en 1960, había en México:

- Más de un millón de personas que sólo hablaban dialectos indígenas.
- Alrededor de dos millones de campesinos sin tierra.
- Más de tres millones de niños de 6 a 14 años que no recibían ninguna educación.
- Cuatro y medio millones de trabajadores que, entre 1948 y 1957, pretendieron internarse ilegalmente en Estados Unidos.
- Cerca de cinco millones de mexicanos que andaban descalzados y aproximadamente doce y medio millones que, en general, no usaban zapatos.
- Más de cinco millones de familias cuyo ingreso mensual era inferior a mil pesos.
- Alrededor de cuatro millones de viviendas y veinticuatro millones de personas que en ellas vivían, que carecían de servicio de agua.
- Más de ocho millones de personas no comían carne, pescado, leche o huevos, y más de diez millones no consumían pan.
- Casi diez millones de trabajadores no agremiados.
- Cerca de once millones de analfabetas.

En otro estudio se llega a la siguiente conclusión: "En el año de 1960, 15% de la población de México (lo que equivale a decir: cerca de cinco millones de personas) sufrió hambre. La desnutrición se provocó debido a que la dieta nacional tuvo déficit del 12% al 21% en número de calorías *per cápita*. Los bajos niveles de ingreso familiar hicieron imposible que miles de familias pudieran adquirir los alimentos básicos".

Las condiciones de alimentación suelen ser, de tal modo, lamentables. En un reciente estudio se concluye que: la alimentación y vivienda de la mayoría de los campesinos (ejidatarios de San Luis Potosí) poco o nada ha mejorado desde la iniciación de las dotaciones ejidales... en el noreste del estado, el 58% come dos veces al día y el 42% tres veces... por la mañana frijoles con tortilla, café negro no siempre; a mediodía sopa de arroz, de pasta, de harina en poca cantidad, un sólo platillo con tortilla; ya oscureciendo, vuelven a tomar los frijoles con tortilla. Lo que cambia un poco en tiempos que recolectan alimentos propios de la región como nopales y tunas, flor de palma, flor de bisnaga (cabuches), el fruto del mezquite y otros..., o sea cactus y hierbas.

En el noreste del estado, donde la pobreza es mayor, el 70% de las familias comen dos veces al día, uno o dos tacos de frijoles y en ocasiones la pura tortilla; el 63% de las familias nunca ha tomado leche; el 62% no come huevos y el 91% no come carne.

Es indudable que la década de los sesenta fue una etapa plena de experiencias inolvidables y, sobre todo, para aquellos que nos toco vivirla en la fase crítica de nuestra formación: el ingreso a la licenciatura. Fue una década, toda ella, de transición, la que indudablemente fue determinante en nuestras vidas por una serie de eventos que a distintos niveles influyen en nuestra integración sociocultural, sería interminable analizar cada uno de estos eventos y basta señalar entre ellos:

- La transición de un plan de estudios de la escuela preparatoria, orientada por áreas, al de un bachillerato único con materias optativas que per-

mitían cierta orientación vocacional, pero que permitían el ingreso a cualquier escuela o facultad no importando el plan de estudios previamente realizado.

- Ingresar a la Facultad de Medicina al inicio de un nuevo plan de estudios, que como se acostumbra frecuentemente, suelen ser satanizados, cuando en realidad todas las teorías son legítimas y ninguna tiene importancia, lo que importa es lo que se hace con ellas.
- Haber vivido y participado como alumnos de pregrado durante 1964-1965 en el movimiento médico, el cual, al igual que otros muchos, se inició por un motivo, podríamos decir, poco trascendente, pero que permitió en un momento dado conjuntar y coincidir a un grupo de internos inicialmente y posteriormente a médicos residentes en una serie de planteamientos de toda índole y que a más de 25 años de distancia de haber surgido la residencia médica en nuestro país, en el Hospital General de México de la SSA, se habían ido soslayando o resolviendo de manera parcial.

Este movimiento fue apoyado por los maestros y médicos de base de las instituciones de salud e, indudablemente, por los alumnos de la Facultad de Medicina de ciclos inferiores, fue una experiencia inolvidable —que nos ofreció paradigmas— como los son, sin duda, Norberto Treviño Zapata y Bernardo Castro Villagrana.

Independientemente de la manera e intereses políticos que fueron determinantes para su culminación, podemos señalar que este movimiento de médicos y estudiantes de medicina permitió sentar las bases para lo que, posteriormente, sería el internado de pregrado y las residencias de especialidad, no sólo en el aspecto económico sino en la parte más importante que fue la académica.

Pasan tres años y en 1968, iniciando ya nuestro entrenamiento de posgrado como RR, el país se ve fuertemente sacudido por otro movimiento político, que al igual que el de 1964-1965, surge por un motivo trivial, pero que en virtud de los intereses socio-políticos en juego, adquirió proporciones que estuvieron a punto de desequilibrar a nuestro país. Este fue un movimiento no sólo de médicos como el anterior, pero que por las características, proporciones y medidas de represión utilizadas, los alumnos de la Facultad de Medicina, al igual que el resto de la comunidad universitaria, nos sentimos obligados a solidarizarnos y participar de alguna manera en el rechazo a los acontecimientos sucedidos en fechas hasta ahora inolvidables —aquí llegaron nuestros estudiantes heridos—.

Si pudiéramos hablar de un común denominador en la vida política de casi todos los países del mundo, en la década de los sesenta, tendríamos que hacer referencia a las grandes y muchas veces explosivas movilizaciones políticas de los estudiantes.

Efectivamente, las manifestaciones masivas, las huelgas y paros en los centros escolares de educación superior, los mítines y los enfrentamientos violentos, ya no sólo con la policía sino inclusive con las fuerzas del ejército, cobraron en esos años una influencia decisiva en los acontecimientos y en la vida político-social de todos los países.

En ese periodo, Los Angeles, Berlín, Roma, Madrid, Tokio, Ankara, Praga, Varsovia, Río de Janeiro, México, Belgrado y Córdoba, en Argentina, se vieron sacudidas por violentas manifestaciones de estudiantes, que concluyeron, muchas veces, en hechos sangrientos como en México y Córdoba, con la salida de rectores de las universidades, Kerr en Berkeley, en 1964; Chávez en México, en 1966, y Ugo Papi en Roma, en 1966, han puesto en crisis a todo el sistema político de una nación, como sucedió en Francia en mayo de 1968.

Esta visión superficial del escenario de los acontecimientos estudiantiles permite observar que éstos no se reducen exclusivamente al ámbito de un determinado tipo de sociedad sino que todas, desarrolladas o subdesarrolladas, socialistas o capitalistas, han tenido que enfrentarse a estas crisis. En nuestro caso, logró templar a muchos de nuestra generación que lograron reconocer que todo lo que tiene un valor, tiene un precio.

No tengo duda alguna, haber vivido en el Hospital General una gran experiencia que se le permite a pocos, ocurra lo que ocurra, aun en el día más gris de mi vida, su recuerdo siempre es de agrado; la vida cotidiana del Hospital General educa, la experiencia vivida prepara, la enseñanza del enfermo que llega a la institución es invaluable. De los médicos con los que se comparte el trabajo diario se muestra la verdadera medicina, de las inconsistencias del medio y lo sólido de él encuentra uno la razón.

“Que tu alimento sea la medicina”, escribió Hipócrates. Los egresados del Hospital General nos hemos nutrido de Alfaro de la Vega, de Zalce y Montaña, Días Perches, Valdéz Villareal, Puig, Sadi de Buen, Ordóñez, Latapí, Romo Diez, Salazar Mayen y Cuevas, Velasco Arce y Arce Gómez, Martínez Cortés, Kuthy, Del Cueto, Cicero, Rivero, Ceballos Lavat, Katona, Treviño Zapata, María Elena y Beatriz Anzures, Ortíz de Montellano, Hermilo Esquivel, Acevedo Olvera, Aquilino Villanueva, Ortíz Monasterio, Flores Espinoza, H. H. Rivera, y tantos maestros ilustres, grandes clínicos que, en lo personal, me hicieron sentir que el Hospital General debería estar estrechamente vinculado a la Universidad, por una parte, y a la comunidad, por la otra. Que las barreras existentes entre las materias eran simplemente artificiales y deberían ser abatidas en aras del aprendizaje, es decir, la enseñanza y la investigación.

Aquí aprendí la importancia de inculcar en el estudiante una disposición de mente en la cual resulte natural hacer una pregunta, hacerla de tal forma que pueda ser contestada y saber reunir el material para contestarla, romper barreras interdepartamentales para que surjan las relaciones naturales entre las disciplinas, a la luz de los conocimientos más actuales.

En síntesis, compañeros médicos egresados del Hospital General, llevamos en común la herencia de nuestros maestros que nos han sabido transmitir que el médico tiene dos compromisos sustanciales: la responsabilidad de saber y la obligación de servir. Se sirve mejor cuando se conoce lo que se ha practicado.

Los años sesenta y nuestros maestros han sido el troquel de nuestro desempeño médico, no puedo dejar de citar al doctor Martínez Cortés, mi maestro, mi amigo.

El doctor Martínez Cortés es aquel conferenciante del pabellón 29 que enlazaba los intereses y las inquietudes de aquellos estudiantes que buscábamos la formación de un espíritu que sustituyera el saber cerrado y estático por un

conocimiento abierto y dinámico. Sin duda, haber tenido esa experiencia en ese islote humanista del Hospital General, para muchos, ha representado apreciar una nueva estética del pensamiento clínico. Martínez Cortés describe mientras juzga, valoriza y escribe no para siempre, ya que en sus escritos vuelve a remachar, siempre con algo nuevo.

El hombre en su totalidad es una historia recurrente en la vida de Martínez Cortés. Clínico, alergólogo, literato, poeta e historiador, Martínez Cortés es una de esas almas múltiples, raras por su tenacidad y altamente estimable por la tranquila comunicación con la que persigue sus ideales.

Más que humanista —que lo es— es un divulgador del humanismo médico. Es el hombre de los proyectos, disciplinado y de laboriosidad difícil de cansar.

La propuesta académica de Martínez Cortés se encuentra con el pensamiento de Ortega y Gasset, cuando éste dice que “la universidad tiene que ser antes que universidad, ciencia”. Necesita también contacto con la existencia, con la realidad histórica, con la actividad, al fin al cabo con lo humano. Ese era el propósito de Martínez Cortés: lo humano, la universidad y la educación médica en el Hospital General.

El deseo académico de Martínez Cortés, durante su gestión como director del Hospital General, representaba, en realidad, revivir el movimiento científico y asistencial que se inició a finales de los treinta y que marca el principio de una época muy importante de la medicina mexicana.

Martínez Cortés se ha confesado aprendiz de todo a los cincuenta años de médico, sin llegar a ser ni por asomo un oficial o maestro de algo, aun sin deprimirse o descorazonado, anda en busca de aprender más, de algo más; yo creo que las instituciones a quien él sirvió le deben más. La obra aún no termina.

Nunca el estado de salud del mundo ha dependido tanto de la tecnología médica, quizás los mayores conflictos que genera esta dependencia se dan en la percepción de los valores humanos como aquellos referentes a la vida, la salud y la muerte. Nunca antes la medicina mexicana necesitó, tanto, de las altas escuelas, de sus maestros.

Pocas veces ha sido tan necesario explorar una reorientación de nuestro acto médico, de nuestras instituciones. La propuesta de Martínez Cortés ahí está.

El Hospital General tuvo en mí un efecto sorprendente, transité de la enseñanza que consistía en ocultar —de la receta que se conserva y se comunica a algunos pocos—, a la enseñanza de la vida afectiva del hombre y sus ineludibles urgencias. De la medicina para ofrecer soluciones, si son científicas mejor, pero soluciones. En el Hospital General, en el pabellón 29 recibí el troquel y en el pabellón 27 lo apliqué.

II. LA ÉTICA MÉDICA EN LA VIDA HOSPITALARIA

Hasta hace aproximadamente cuarenta años, enseñar ética médica equivalía a mostrar al futuro médico la manera en que un profesional resolvía los dilemas a los que el ejercicio de su arte lo enfrentaba. Esta manera de afrontar dichos dilemas, para considerarse

ética, reflejaba siempre lo que “debía hacerse” con base en inmutables preceptos conformados durante los dos milenios y medio que tiene de vida la profesión médica como arte y los 250 años que tiene como ciencia. A lo largo de esta evolución, la participación del enfermo en las decisiones ha sido prácticamente inexistente.

En la última mitad del siglo XX, sin embargo, las vertiginosas transformaciones del mundo han tocado todos los ámbitos y espacios, y aun aquello que se creía inalterable ha tenido que cambiar. Según Sass y Bandman, dentro de este cambio, la autonomía del enfermo en la toma de sus propias decisiones se presenta como un derecho fundamental (Sass, 1990, pp. 391-398; Bandman, 1978).

En el caso de la ética médica, las raíces de estos cambios son sumamente complejas y toda posible explicación debe considerar, por lo menos, aspectos sociales, políticos, económicos y jurídicos para entender este fenómeno social.

En este sentido, según Sprung, el consentimiento bajo información aparece como el mejor mecanismo a partir del cual el paciente puede ejercer su autonomía en el contexto de un acto médico, terapéutico o de investigación (Sprung, 1989, pp. 1346-1350).

La doctrina del consentimiento bajo información rescata el concepto de autonomía individual como un valor central dentro de las más puras tradiciones médicas y convierte a la ética profesional, de una barrera para el avance científico, en la mejor garantía de que este progreso se logre de acuerdo con los más caros valores del humanismo médico.

Dentro de los componentes fundamentales de la autonomía individual, deben destacarse dos: la “comprensión” del paciente sobre aquello en lo que consiente y su “voluntad” de participar en el procedimiento. Ambos son aspectos que aún se debaten acaloradamente en cuanto a las intervenciones médicas en niños. Sobre ello, se mencionan algunos aspectos más adelante.

El Código de Nüremberg, por su parte, considerado como el documento más importante de la época actual con respecto

a una conducta ética que garantice los derechos fundamentales de todo individuo participante en una investigación experimental, indica como primer postulado que el consentimiento voluntario de dicho sujeto es absolutamente esencial.

El consentimiento del individuo constituye entonces el requisito más importante para la realización de un acto médico o de investigación, aunque entraña la capacidad del paciente para decidir. En los hechos, sin embargo, este requisito con frecuencia es incompatible con las condiciones del enfermo o la metodología del estudio. En algunos casos, por ejemplo, el sujeto no sabe si se le está administrando un fármaco o un placebo, aunque conoce las características del estudio y, en el método doble ciego, este desconocimiento incluye al propio investigador. La normatividad vigente no prevé estos casos.

Independientemente de las raíces de estos cambios, ¿qué es, en esencia, lo que distingue a la ética actual de la de hace medio siglo? Desde el punto de vista del autor, la diferencia esencial radica en el hecho innegable de que la ética médica ha dejado de ser un espacio reservado a los médicos, útil para el ejercicio individual y personal de su profesión. Hoy en día, la ética médica preocupa y ocupa a la sociedad entera, y aun los problemas en apariencia más alejados del lego, son objeto de profundos y permanentes debates entre los miembros de la sociedad civil.

Ello es así porque, para fortuna de los seres humanos, la ética médica se ha encontrado nuevamente con el derecho y en especial con el postulado de los derechos humanos. En la medida en que la sociedad percibe mejor estos derechos, participa con mayor empuje y claridad en la definición última de la ética profesional. En otras palabras, la ética médica ha comenzado a ser parte de una "ética social", con todas las ventajas y problemas que ello implica.

1. *Derechos humanos y ética*

Sin duda, actualmente la sociedad sabe que los derechos humanos han adquirido realidad jurídica. Estos no constituyen una nueva moral ni una nueva religión; son mucho más que una lengua común a todos los seres humanos. Constituyen exigencias de la sociedad que el pensador o el científico debe estudiar e integrar en su saber, junto con las reglas y los métodos que caracterizan su formación, independientemente de que se dedique a la filosofía, a las ciencias humanas o a las ciencias exactas. En definitiva, lo que se trata de construir o promover de manera progresiva es una verdadera elaboración científica de los derechos humanos. Con este propósito, según Bandman, la bioética se ha incorporado a la ciencia en los últimos treinta años, rescatando la importancia del consentimiento bajo información como una forma básica de respeto a la dignidad del ser humano (Bandman, 1978).

La sociedad defiende lo que ha logrado y sabe que los derechos humanos tienen carácter histórico; a medida que evolucionan las relaciones políticas, económicas y culturales, surgen nuevos derechos. Suelen aparecer, al principio, la idea y la convicción de que determinado derecho humano existe. Después, si tal convicción se consolida y generaliza, el derecho es proclamado por los Estados en documentos internos; más tarde, casi siempre mediante una declaración, se define el nuevo derecho y se afirma que es menester respetarlo cuando se transforma en regla vinculante de la legislación nacional o internacional.

Desde hace más de medio siglo, la sociedad ha fortalecido con todos los instrumentos a su alcance la lucha por la defensa de los derechos humanos en todo el mundo. La creación de la Organización de las Naciones Unidas y su Declaración Universal de los Derechos Humanos marcó el inicio de una larga serie de convenios, tratados y acuerdos entre las naciones, en busca de un clima más adecuado para el respeto de los iguales y la convivencia pacífica de los seres humanos. En la actualidad hay cientos de tales documentos (CNDH, 1991).

2. Documentos fundamentales sobre derechos humanos

- Declaración de los Derechos del Buen Pueblo de Virginia (1776), Estados Unidos.
- Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), Francia.
- Sentimientos de la Nación. Documento redactado por don José María Morelos y Pavón para la Constitución de 1814, México.
- Los derechos humanos en la Constitución de 1824, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917), México.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), ONU.
- Declaración de los Derechos del Niño (1959), ONU.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), ONU.
- Pacto de San José. Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969).
- Declaración de los Derechos de los Impedidos (1975), ONU.
- Declaración sobre el Derecho al Desarrollo (1986), ONU.
- Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas afectas por el VIH y las personas con SIDA (1988), 41a. Asamblea Mundial de la Salud.
- Creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, *Diario Oficial de la Federación* (junio 5 de 1990), México.

A partir de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, surgieron, como ya se dijo con anterioridad, posteriores declaraciones que, al igual que aquella, consideran a la salud como un derecho fundamental al que todos los seres humanos tienen natural derecho, independientemente de sus condiciones biológicas, sociales y políticas, entre ellas, podemos desatacar (además de las ya mencionadas) las siguientes:

- * Código de Nüremberg, 1947.
- * Declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio (1975) y en Venecia (1983).

- * Declaración de Manila (1981), donde se subraya el derecho de consentimiento bajo información, particularmente en países en desarrollo.

De acuerdo con la CNDH, en cincuenta años han surgido cientos de documentos que expresan el propósito invariable del respeto a la dignidad humana (CNDH, 1991).

3. *La ética médica y el derecho*

Es claro que las diversas dificultades éticas que se presentan durante los trasplantes de órganos, la investigación en seres humanos o el desarrollo de biotecnología aplicada a la manipulación genética, por ejemplo, todavía no han podido resolverse por completo. Esto se debe, según Dickens y Van der Vyver, a las lagunas que aún existen en la legislación respectiva o a la todavía incompleta formación de recursos humanos en este campo (Van der Vyver, 1989, pp. 579-583).

Actualmente se acepta que una norma ética es una regla de comportamiento que postula deberes y que posee interioridad, incoercibilidad y unilateralidad. Por el contrario, las normas jurídicas, propias del derecho, son exteriores a la voluntad del ser humano; son coercitivas ya que para que su cumplimiento sea válido se usa la presión o fuerza, y son bilaterales, puesto que existe un acuerdo de reciprocidad en su cumplimiento.

Las normas éticas se caracterizan por la existencia de verdadera intención en el acto de realizarlas, producen satisfacción personal a quien las lleva a cabo y la única presión para su ejercicio es de carácter estrictamente moral.

La única restricción para cumplir con las normas éticas es su correspondencia con las normas jurídicas. Aunque ambas aspiran a la expansión de la justicia, el bien común y la seguridad de los seres humanos, sólo las segundas parten de acuerdos entre ellos, por lo que su naturaleza es diferente. Así, una norma ética que

no corresponda a la normatividad jurídica queda sin posibilidad de cumplirse o con posibilidades de efectuarse sólo "fuera de la ley".

Una de las características que ofrece el campo de la ética consiste en que, para ella, la educación es el principal mecanismo de transformación del ser humano. En cambio, en el área del derecho, aunque la educación guarda un lugar muy especial, el cumplimiento obligatorio de las leyes constituye la única garantía para alcanzar un estado ideal de convivencia social. Teóricamente, el estado ideal de observancia de las leyes es lo que se conoce como "Estado de derecho".

Para que una ley se acomode a exigencias éticas no sólo se requiere que refleje valores morales, sino también que su aplicación sea practicable, es decir, que tenga en cuenta los límites inherentes a su eficacia y a la equidad, y respete los principios de libertad y dignidad del ser humano, consubstanciales a una sociedad democrática y pluralista, en la que no pueden imponerse, por medio de la pena, concepciones no aceptadas por la generalidad de los ciudadanos.

Sin embargo, debe reconocerse que las prácticas biomédicas pueden afectar la dignidad del ser humano. Este puede dejar de ser un fin para convertirse en un medio. Ahora bien, tratar a la persona humana como tal y no como un objeto se ha convertido en un principio básico de los ordenamientos constitucionales de México y del derecho. Según Cabello, no se trata de una cuestión moral, sino del mantenimiento de la propia esencia del ordenamiento jurídico (cuando se rompe este ordenamiento se aleja de lo legal), pero también de la integridad y de lo ético, en el caso del enfermo, por consecuencia, se atenta contra su autonomía (Cabello, 1986, pp. 57-69).

En este sentido, el consentimiento bajo información se expresa como el mejor mecanismo a partir del cual el paciente como individuo puede ejercer su autonomía en el contexto de un acto médico, terapéutico o de investigación.

4. *Consentimiento bajo información*

A. *Concepto*

El consentimiento bajo información se refiere a la autorización que un paciente otorga a un médico para que éste lo someta a un procedimiento médico-quirúrgico, diagnóstico o de investigación. Esta autorización debe basarse en el pleno conocimiento del enfermo sobre el procedimiento en sí, sus fines, consecuencias probables y beneficios potenciales. Para otorgarlo, el sujeto ha de encontrarse en pleno ejercicio de sus facultades mentales y no debe ser sometido a presión o engaño de ninguna especie, de manera tal que el consentimiento sea expresión de su voluntad y libertad personales.

Los problemas relacionados con menores, incapacitados y enfermos mentales son mucho más complejos, y la participación de este tipo de individuos sólo es admisible si está en juego su bienestar, aun con el consentimiento de los padres o tutores legales. En cuanto a los presos, según la Declaración de Manila, se mantiene el criterio de que quedan al margen de cualquier tipo de experimentación porque su situación les impide emitir un consentimiento libre de presión.

En la actualidad, es claro que el consentimiento bajo información posee por lo menos dos modalidades: para la atención médica y para la investigación médica.

B. *Consentimiento bajo información para la atención médica*

En el caso del consentimiento bajo información que se utiliza para atención médica, el tipo de paciente y la atención prestada parecen ser los criterios más importantes para definir la modalidad del consentimiento, y se puede afirmar que hay dos grandes grupos en este primer apartado: a) la atención de urgencia, y b) la atención programada.

Como es evidente, no existe ningún argumento que permita disculpar el que no se use consentimiento bajo información en la atención programada.

En cambio, en los procedimientos de urgencia, en los que la vida del paciente depende de la rapidez del médico para decidir sobre la realización de un procedimiento determinado, es obvio que este consentimiento no sólo puede disculparse, sino que sencillamente es imposible de obtener cuando así lo determinan las condiciones del enfermo.

En todo caso, la única limitante en estas situaciones la constituye el equilibrio entre el interés por salvar la vida del sujeto y el riesgo adicional al que se le expone con determinado procedimiento. Siempre que el primero justifique el segundo, el médico puede confiar en que su conducta es absolutamente ética.

En este primer apartado, sin embargo, hay aspectos sobre los que aún se debaten las posturas más encontradas. Como señala Sass, un caso es el de los pacientes en estado terminal, incompetentes para tomar decisiones con base en autonomía real, total libertad personal e íntegra capacidad intelectual (Sass, 1990, pp. 391-398).

Sobre ello, vale la pena insistir en la doble cara del problema. Desde el punto de vista jurídico, sólo algunos países permiten la intervención del médico con fines eutanásicos y casi siempre cuando no existen posibilidades reales de prolongar la vida a través de medios no artificiales. Como quiera que sea, en cualquier caso debe contarse, por escrito, con el consentimiento bajo información de los familiares más cercanos. De otra manera, el facultativo puede ser acusado, con fundamentos legales, de "auxilio al suicida". En los países en que la eutanasia no está permitida (como en México), todo procedimiento que acelere la muerte de un paciente, con o sin el consentimiento del enfermo o de sus familiares, es legalmente punible (Heersink).

La otra cara del mismo proceso es la parte ética. ¿Cuándo un médico que mantiene vivo a un sujeto en estado terminal no está en realidad ensañándose terapéuticamente con él? Sobre ello aún no existen respuestas precisas, aun cuando jurídicamente la situación sea más o menos clara.

Como es posible notar, el consentimiento bajo información en estos casos sólo posee valor jurídico relativo en cada país y época.

Otro ejemplo, quizá más problemático que el anterior, se presenta cuando el individuo al que se presta atención médica no se encuentra en condiciones de proporcionar su consentimiento por razones de limitación física o psicológica. En estos casos, cuando el sujeto dispone de capacidad limitada para consentir, como sucede con los niños, deficientes mentales, enfermos psiquiátricos o adultos en fases terminales de padecimientos crónicos, sólo se justifica la intervención médica cuando los familiares han otorgado su consentimiento con plena información y siempre con fines terapéuticos.

C. Consentimiento bajo información para experimentación en seres humanos

Cuando el consentimiento se solicita para fines de investigación médica, el problema parece más claro. Esto es así debido a que, de acuerdo con Robinson, actualmente ya nadie tiene dudas con respecto a la necesidad de contar siempre con la autorización bajo información de los sujetos de investigación cuando se realiza con ellos algún procedimiento experimental, cualquiera que sea el riesgo que implique o el beneficio potencial para la ciencia médica.

Desde este punto de vista, no existe duda de que todo acto médico que haga uso del engaño para obtener el consentimiento del paciente con fines de investigación experimental es, por naturaleza, antiético.

Al respecto, ciertos experimentos ejecutados hace algunos años en Estados Unidos aparecen como moral y legalmente inaceptables. En un hospital judío de Brooklyn, un médico investigó sobre cáncer en ancianos enfermos crónicos con células cancerosas, sin su consentimiento. En otro hospital, en Willowbrook, niños con deficiencia mental fueron deliberadamente infectados, también sin su consentimiento, con virus de hepatitis. Finalmen-

te, en Tuskegee, Alabama, 300 varones de raza negra fueron inoculados con sífilis y abandonados sin tratamiento, aunque existían ya antibióticos efectivos. Cada uno de estos actos es éticamente inaceptable y justifica el uso de recursos civiles, administrativos y penales (Heersink, 1989, p. 1013; Law Reform Commission of Canada, 1989, p. 61).

Las reglas para la experimentación biomédica son similares a las que existen para el tratamiento médico, sin embargo, hay una diferencia importante, ya que en cuestiones terapéuticas, la emergencia y necesidad pueden justificar que se excuse el consentimiento del paciente. Un médico frente a un enfermo inconsciente no puede esperar a que el sujeto recupere la conciencia antes de iniciar una medida terapéutica. En procedimientos experimentales, tal excepción no puede permitirse. La experimentación no terapéutica es inaceptable en individuos inconscientes que, por tanto, son incapaces de expresar su voluntad (Dickens, 1990, pp. 904 y 905).

D. Investigación y legislación en México

El artículo 100 de la Ley General de Salud señala que la investigación en seres humanos ha de desarrollarse conforme las siguientes bases (*Leyes y códigos de México*, 1991):

- Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución en la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- Podrá efectuarse sólo cuando exista razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud.

- Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

El artículo 103 de la citada ley hace referencia a que, en el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones aplicables (*Leyes y códigos de México, 1991*).

Por su parte, el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud contempla, en el título segundo, los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, y en el artículo 20 se señala expresamente que se entiende por consentimiento bajo información el acuerdo por escrito mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con capacidad de libre elección y sin coacción alguna (*idem*).

Por otra parte, no es suficiente que el consentimiento para la experimentación biomédica se proporcione al iniciar el experimento, debe seguir a través de toda la investigación. Ello tiene dos consecuencias prácticas. La primera es que un experimento no puede continuar con base en el consentimiento inicial cuando las condiciones han cambiado o los procedimientos se han modificado; los investigadores están obligados a obtener un nuevo consentimiento cada vez que las condiciones de experimentación se modifiquen. La segunda consecuencia es que, a pesar del consentimiento inicial, el sujeto debe estar siempre en completa libertad para abandonar el experimento (Robinson, 1991, p. 1138).

El consentimiento puede expresarse en un variado número de formas. La legislación penal no requiere formatos especiales, siempre y cuando la aprobación se obtenga de manera satisfactoria. El consentimiento para un experimento, al igual que para fines terapéuticos, puede ser explícito o tácito. En experimentación, sin embargo, dado que la responsabilidad potencial del investigador es muy grande, se acostumbra solicitarlo por escrito. La obtención del consentimiento escrito por parte del investigador no es prueba de validez intrínseca de aquél, pero permite suponer que se obtuvo apropiadamente, no obstante, en diversas situaciones, quedan dudas. Tal es el caso de los estudios de gabinete de carácter penetrante, por ejemplo, el uso de consentimiento bajo información antes de realizar estudios radiográficos, como aquéllos en que se utilizan medios de contraste yodados, no constituye una práctica usual en Estados Unidos. En 1984, se informó que el 34% de los radiólogos obtuvo en forma verbal dicho consentimiento en tal país. En 1990, se comunicó que el 30% de los radiólogos de hospitales con más de 100 camas (Estados Unidos y Canadá) requirió consentimiento bajo información por escrito antes de la administración intravenosa del medio de contraste. En 1992, se informó que el 68% de los médicos consultados obtuvo dicho consentimiento. Sin embargo, en ninguno de los estudios se menciona si hubo o no entendimiento de la información o si ésta era suficiente para comprender el riesgo del procedimiento.

Hopper y algunos colegas (Hopper, 1993, pp. 279-283), por su parte, evaluaron a 383 médicos que llevaron a cabo inyección intravenosa de medio de contraste y que obtuvieron el consentimiento bajo información por escrito; en 160 casos se analizaron los formatos provenientes de hospitales asociados a universidades y en 115, del sector privado. Pudo observarse que se requiere escolaridad de 12.3 años de educación para entender los formatos y se necesitan 0.85 años más de formación académica para comprender los formatos de los radiólogos asociados a universidades. El 68.8% de todos los formatos tuvo problemas de estructura gramatical; 23% del total no mencionó los riesgos específicos de la inyección intravenosa de medio de contraste, y 35% no señaló las complicaciones serias. El 15.6% no mencionó el medio de contraste.

El consentimiento bajo información ante estos estudios no sólo es un requerimiento legal, sino que necesariamente constituye un compromiso ético-médico, sin duda, es un componente vital de la buena atención médica de una institución y debe ser formulado y reformulado de nuevo para asegurar la comprensión del paciente. En el estudio de Hopper se señala que en Estados Unidos sólo 28% de la población tiene el nivel de estudios equivalente a *college* y 72 millones de individuos son iletrados funcionalmente; dicho autor termina recomendando formatos que puedan ser entendidos por sujetos con un nivel de ocho años de escolaridad (*idem*).

E. Debate y consentimiento bajo información

Existen dos casos, por lo menos, en que todavía está vivo el debate y las posturas no sólo son distintas, sino opuestas en forma evidente (Robinson, 1991, p. 1138).

El primero es el caso del consentimiento que se solicita para la investigación de aspectos en los que el conocimiento del paciente sobre el procedimiento al que será sometido influye en los resultados del estudio. Esto puede suceder, por ejemplo, en la investigación de conductas psicológicas que evidentemente se modifican cuando el individuo se sabe observado.

Cuando ello es así, vale la pena considerar tres aspectos fundamentales que permiten adoptar la decisión más correcta desde el punto de vista ético:

- a) Sólo se justifica la investigación, en estos casos, si los procedimientos por usar no ponen en riesgo la vida, salud o integridad moral y social del sujeto de investigación.
- b) Si ello se cumple, la investigación únicamente procede cuando el beneficio científico potencial por obtener es mucho mayor por esta vía que por cualquier otra.
- c) Si también esto se cumple, la investigación sólo es válida si los procedimientos de investigación implican necesariamente, para su adecuado desarrollo, el desconocimiento de los mismos por parte del paciente.

Cuando estos requisitos se cubren, la realización del estudio no sólo es posible, sino incluso conveniente.

El segundo caso es más difícil. Este tiene que ver con la discusión que todavía existe entre la libertad individual y el bien común. Por ejemplo, ¿cuándo un paciente debe ser investigado por razones de salud pública, aun sin su consentimiento?

La respuesta no es sencilla. Hay quien objeta, en principio, cualquier forma de legalización de la experimentación en seres humanos, ya sea con propósitos de investigación pura o por razones terapéuticas. Es posible invocar argumentos religiosos, filosóficos, éticos y sociales para apoyar esta postura, con resultados que pueden ir desde una legislación prohibitiva en materia de política sanitaria, hasta la introducción de figuras criminales específicas para los actos experimentales que no son exclusivamente terapéuticos.

Las consideraciones sobre la investigación que involucra a seres humanos parten de la postura opuesta: se reconoce que los propósitos de la investigación médica son legítimos, social y humanamente aceptables, cuando ésta tiene como fin el desarrollo de métodos de diagnóstico y tratamiento o el incremento del saber acerca del origen y etiología de las enfermedades humanas, y que la sociedad tiene derecho de investigar, crear y producir ciencia y técnicas, con el único límite que impone el respeto a la integridad física, psicológica y moral de la persona humana.

Los defensores de los derechos humanos afirman, sin embargo, que sin consentimiento bajo información nunca debe investigarse a un paciente. Según Connor, los encargados de la salud pública de un país, en cambio, darían casi cualquier cosa por conocer, por ejemplo, el número y distribución exacta de los enfermos y portadores del virus del SIDA, sólo por mencionar un caso de enfermedad sobre el que se debaten todavía las formas éticas para hacer un diagnóstico (Connor, 1989, pp. 95-107).

Expresando de manera más clara, ¿cómo pueden luchar los médicos por el bien público sin violentar los derechos privados

de los individuos particulares? Cuando el problema posiblemente implica afectar el derecho de los otros, entonces el médico se enfrenta a dilemas en verdad insolubles.

De nuevo es útil referir el ejemplo del SIDA, ejemplo real. Si un individuo se recluye en una cárcel, tiene derecho a no ser investigado como portador del virus VIH o enfermo de SIDA, en especial cuando se sabe que dichas personas son aisladas de manera casi total del mundo exterior e interior dentro del propio reclusorio. El grado de estigmatización es tal, que cualquier preso, al saberse seropositivo, intentará evitar su detección casi por cualquier medio. Sin embargo, una vez identificado el paciente, ¿qué sucedería si es recluido junto con otro preso que padece tuberculosis y que, por las mismas razones que el primero, se ha negado a consentir un estudio diagnóstico específico? Lo más seguro es que se estuviese condenando a muerte al individuo con SIDA. ¿Es esto válido desde el punto de vista ético o se puede argumentar que se hizo lo legalmente necesario y que la muerte de estos pacientes es, por tanto, jurídicamente inevitable?

Para quienes han estado en el centro de estos problemas de manera cotidiana, no hay duda de que las respuestas no son únicas ni definitivas.

Al afirmar lo anterior, no faltará quien se decepcione y de inmediato exija respuestas precisas a problemas particulares. Empero, en los dos o tres casos de debate que se han mencionado, sólo existe en realidad un punto de consenso; los criterios no son uniformes y aún se requieren profundos debates en torno a cada problema antes de que alguna postura sea unánime o por los menos mayoritariamente aceptada.

Esto puede parecer contradictorio respecto de los que se menciona al iniciar este capítulo. Sin embargo, no es así. Aun sin tener todas las respuestas, se poseen más que hace 20 años e incluso más que hace 40 años. Sólo debe preguntarse ¿qué investigador actual aceptaría la realización de experimentos humanos tal como fueron realizados por el ejército alemán entre 1939 y 1945? No hay duda de que se ha avanzado y que, de hecho, este tipo de progresos son los que permiten tener aún un poco de esperanza en el futuro de la especie humana.

F. *Consentimiento bajo información durante la infancia. Procedimientos terapéuticos*

El consentimiento bajo información que se solicita y otorga para procedimientos médicos terapéuticos en menores es uno de los temas de mayor dificultad en el campo de la ética profesional.

No vamos a insistir en los enormes problemas a los que el médico se enfrenta cuando intenta equilibrar la balanza entre el bienestar del paciente y el respeto a su autonomía individual cuando de niños se trata. Es evidente que la negativa para recibir atención por parte de un adulto, aun a costa de su vida, constituye una forma más o menos común en la que la voluntad del enfermo se expresa.

El alta voluntaria, por ejemplo, representa la forma extrema de manifestación de voluntad y libertad personales del paciente. Entre los niños esto no sucede. Antes bien, parece claro que en la mayoría de los casos el tratamiento médico que se proporciona al menor casi siempre se realiza en contra de su voluntad.

De nuevo el asunto reviste dos facetas: desde el punto de vista jurídico, el menor pertenece a una categoría que incluye a personas "incompetentes" ante la ley para tomar decisiones propias. La misma ley establece quiénes son los encargados de adoptar estas decisiones y los denomina tutores, así como los padres. En todo caso, el otro aspecto del problema, estrictamente ético, se resuelve cuando el médico informa al tutor de manera completa, clara y precisa sobre riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento propuesto, de modo que aquel pueda adoptar la mejor decisión para el menor bajo su responsabilidad.

Un problema, sin embargo, surge cuando la edad del menor hace dudar de su "incompetencia" para tomar decisiones respecto de su propia salud. Este es el caso de los adolescentes, jurídicamente incompetentes ante la ley pero aptos desde el punto de vista intelectual para intervenir en la toma de decisiones sobre su vida. En estos casos, de acuerdo con la Law Reform Commission of Canada, lo aconsejable quizá sería orientar a los padres de manera que toda decisión que tomen considere en forma importante la opinión razonada del menor, en particular cuando el procedimiento es

invasivo o pone en riesgo las funciones o la vida del enfermo (Law Reform Commission of Canada, 1989, p. 61).

Los problemas legales y éticos que plantea la investigación en niños son ejemplares porque no se limitan a ellos, sino que pueden extrapolarse a otros casos de personas con incapacidad para proporcionar su consentimiento plenamente bajo información.

La experimentación en niños continúa siendo muy controvertida. Sobre ella existe sólo un punto de acuerdo: la investigación de naturaleza terapéutica que ofrezca al menor un nivel razonable de beneficio potencial ante padecimientos casi siempre incurables, es legítima y legal en condiciones ordinarias, ya que constituye una última opción para salvar su vida. Conforme los padecimientos van contando con otros tratamientos alternativos, las diferencias entre los investigadores se hacen mayores, hasta llegar a la investigación no terapéutica, tema en que la controversia es absoluta.

Las opiniones, en general, se sostienen en unas cuantas consideraciones. Por un lado, se argumenta que la investigación en niños es indispensable para el conocimiento de aquellas enfermedades propias de la infancia, como leucemia infantil, fibrosis quística, corea, malformaciones congénitas, etcétera. Los seguidores de esta corriente consideran poco ético detener un proceso de conocimiento que puede salvar millones de vidas en el futuro y argumentan que, en todo caso, lo que debe impedirse es que la experimentación agrave las condiciones de vida de estos pequeños, de por sí limitadas.

En el extremo opuesto se ha dicho que toda investigación no terapéutica en niños es inadmisibles y que el consentimiento otorgado por el representante de un menor es inmoral. Quienes esto piensan se basan en el lamentable historial de abusos que la so-

ciudad ha cometido sobre sus miembros más vulnerables, con el menor a la cabeza en el listado de víctimas (*idem*).

La balanza nuevamente tiene en sus extremos el beneficio colectivo de millones de niños del futuro, por un lado, y el respeto y cuidado de la vida y salud de menores reales, a veces desprotegidos, por el otro.

Al respecto, en 1981, el doctor Kumate señaló:

La lista de los experimentos realizados en niños es extensa; en mayor o menor grado pueden identificarse en todos ellos elementos suficientes para considerar tales experimentos como variantes del "síndrome del niño maltratado", con la peculiaridad de que sus autores no fueron los padres, sino médicos investigadores animados de la mejor intención de contribuir al progreso de la ciencia.

El doctor Kumate, a continuación, proponía (Bankowski, 1981):

...que se incluyera en el estudio del síndrome del niño maltratado una sección permanente que identificara, recogiera y diera a conocer los casos en los que se ha incurrido en faltas de consideración y respeto a la integridad física o emocional de niños hospitalizados y no hospitalizados, que hayan sido tomados como 'testigos' con fines experimentales.

Enseguida se reproduce un fragmento de dicha declaración (*idem*; Bankowski y Howard-Jones, 1982, pp. 409-423):

En todas las publicaciones médicas debe incluirse, entre las recomendaciones a los autores de contribuciones escritas, la de que especifique los detalles relativos a la obtención de consentimiento; y propongo que, en los casos en que exista el permiso, pero en los que se incurrió en una violación flagrante, se deniegue la publicación de los resultados.

Es de prever que en el futuro inmediato la investigación en pediatría no sólo continuará, sino que se acrecentará. La ignorancia acerca de mecanismos homeostáticos, fisiopatología de muchas enfermedades de la edad pediátrica, respuestas terapéuticas (tan diferentes en los niños en comparación con las de los

adultos) y modalidades peculiares que imponen las etapas de crecimiento y desarrollo, hacen indispensable conocer mejor las características biológicas de los menores para poder administrar, en la práctica médica, un tratamiento más racional (Bankowski, 1981). Allí radica la importancia de obtener el consentimiento bajo información en la forma más estricta, para dar cabida al respeto más amplio de los derechos humanos, en particular del niño.

En Canadá, cuando los padres han consentido, un juez debe decidir sobre la capacidad del menor para otorgar su propio consentimiento. En ningún caso, sin embargo, se autoriza la investigación cuando un comité *ad hoc* resuelve que los procedimientos experimentales colocan al sujeto de investigación en "riesgo elevado" para su salud o vida; de allí la importancia de los comités de bioética (Law Reform Commission of Canada, 1989, p. 61).

En la actualidad, existe una tendencia creciente a juzgar la investigación en niños como legítima bajo las siguientes consideraciones:

- a) La investigación científica es de la mayor importancia social y en ocasiones no puede realizarse exclusivamente en sujetos adultos capaces de otorgar su consentimiento bajo información.
- b) La investigación científica que cae en el rubro anterior se refiere, sin embargo, sólo a enfermedades o trastornos relacionados directamente con la infancia.
- c) Cuando esta investigación deba realizarse, sólo podrá diseñarse de tal manera que no incluya procedimientos que pongan en riesgo la salud o vida de los niños participantes.
- d) El consentimiento de los padres o tutores y el de un tercero (juez, *ombudsman* o abogado del menor), debe obtenerse considerando todos los procedimientos del consentimiento bajo información ordinaria.
- e) Cuando sea posible, ha de obtenerse el consentimiento del menor. Cuando su capacidad o su edad no le permitan otorgar el consentimiento legal, su rechazo ha de tomarse en cuenta.

Es cierto, idealmente, que cuando el paciente otorga de manera correcta el consentimiento bajo información, es porque éste fue solicitado desde los puntos de vista físico, moral e intelectual.

Sin embargo, debe tenerse en cuenta que en lo cotidiano el consentimiento plenamente bajo información es un mito y que, en realidad, existen diversos grados de cumplimiento. La meta ha de ser acercarse a dicho estado ideal y el promotor en ese sentido debe ser el médico, de otra manera, quien deberá intervenir es la ley.

III. EL COMITÉ DE BIOÉTICA

El término *comité de ética*, para algunas personas, representa un aspecto ambiguo que se puede referir a un grupo de personas cuya tarea primordial sería realizar juicios con base en la ética, o bien, consideraciones de la ética colectiva aplicada a problemas biomédicos.

Por otro lado, en algunos países, los comités de ética clínica o aquellos de ética en investigación que involucra a seres humanos han sido establecidos para emitir opiniones en lo general, o bien sobre un asunto en particular, sin ningún carácter ejecutivo y en no pocas ocasiones sólo para cubrir el protocolo.

Es difícil determinar exactamente cuándo aparecen los comités de ética médica, sin embargo, es conveniente recordar que al inicio de los años cincuenta, algunas autoridades de hospitales americanos y canadienses asignaron ciertas definiciones o toma de decisiones a grupos de personas sobre algunos problemas, como aquellos referentes al uso de máquinas para diálisis renal, por ejemplo.

En los años sesenta, la Asociación Católica de Salud, en Canadá, recomendó la formación de comités de moral médica en los hospitales católicos, cuyos resultados mostraron un excelente avance en la toma de decisiones respecto a los dilemas médicos de su tiempo.

Quizá el gran salto para la consolidación de dichos comités lo condicionó el caso de Karen Quinlan, que, como se recuerda, estuvo en coma por un largo periodo bajo control de un respirador, sus padres demandaron se le retirara y la Suprema Corte de Justicia de Nueva Jersey señaló la importancia de la participación del comité de ética del hospital. Aquí se reconoció que este tipo de decisiones de enorme trascendencia no solamente eran de tipo jurídico, estrictamente; la decisión incluyó muchos más aspectos, quizá el más importante el de orden moral.

El establecimiento de estos comités no es universal aún, y existe un número considerable de variantes en el número de integrantes, tipo de decisiones o funciones. En Estados Unidos, se estima en 64% los hospitales que han conformado dichos comités; en 1987, en Canadá, el 18%; aunque en hospitales de ese país con más de 700 camas y afiliación religiosa, cuentan con comités el 50% de ellos.

En México, son claros los artículos de la Ley General de Salud al señalar que toda institución de salud que realice investigaciones en seres humanos deberá conformar una comisión de ética.

El artículo 100 menciona que los objetivos principales de estas comisiones son: dirigir a los titulares de su dependencia en la toma de decisiones sobre la autorización de investigaciones y asesorar a los investigadores para una mejor elaboración de sus proyectos dentro de lo estipulado por el reglamento de investigación.

El artículo 103 establece que las comisiones deberán estar constituidas por tres científicos, de amplio criterio y conocimiento dentro de la investigación.

El artículo 109 estipula que es responsabilidad del comité de ética resaltar los aspectos éticos de los proyectos presentados.

Por lo general, los mismos integrantes de la comisión de ética son los que conforman la comisión de investigación. En diversas instituciones existe también una comisión de ética médica, la cual se encarga de brindar orientación en los problemas de conducta moral de algunos miembros de la unidad.

Existe, por tanto, la base jurídica, sin embargo no es suficiente el esfuerzo. Creemos que debe darse cabida a los comités de bioética que ciertamente incluyen a la ética médica pero no se limitan a ella. La rebasan y se sitúan en el entorno social del hombre y su relación con el medio ambiente; se dará mayor atención a las decisiones médicas bajo los aspectos legales, deberá considerar esencialmente la capacidad de decisión del paciente, la autonomía y libertad de decidir en su estudio y en su tratamiento, en obtener su consentimiento bajo información suficientemente comprendida con la base científica y ética que supone todo acto médico.

En realidad, el consentimiento bajo información no es una práctica cotidiana en nuestro quehacer médico, más aún, en un análisis reciente de los expedientes clínicos de tres hospitales del área metropolitana del Distrito Federal se determinó que en uno de ellos el 32% de los expedientes se encuentran incompletos, cuando menos se identifica la falta de uno de los elementos esenciales, ya sea la nota de ingreso, historia clínica, hoja quirúrgica o elementos que permitan conocer la evolución del paciente; en los otros dos, el 40% y 45% de los expedientes se encontraban incompletos. Debemos insistir que la autonomía del paciente es fundamental. Aunque también debemos enfatizar que, a mayor compromiso médico en la formación del expediente clínico, se mostrará una mayor competencia y mejores bases éticas.

Este comité deberá opinar y, en su caso, recomendar sobre las políticas de atención médica de la institución y, por supuesto, se esperaría un papel relevante en pláticas, talleres, el estudio de casos, educación médica que permita una base cada vez más sólida del grupo médico de la institución.

Creemos en la genuina independencia de este comité en relación con la estructura directiva del hospital correspondiente; las características de los miembros del comité así lo exige. De ahí que sobre su operación, normas y procedimiento deba caber la autonomía.

Los comités de ética existen y funcionan en los hospitales de México, sin embargo, aquellos grupos o comités de bioética son muy pocos y aun en países desarrollados son aislados. En algunos casos, como en Nueva Jersey, los 27 miembros de esa comisión incluyen a representantes electos y cuentan con la participación de algunos partidos políticos; no es nuestra propuesta, cuando menos por ahora.

Francia, Canadá, Suiza, Suecia, Holanda, España e Italia han comprendido la importancia de la bioética, es decir, como lo describió Potter, el puente entre la biología y la ética y entre ambas las ciencias biomédicas para entender la esencia humana en el contexto social y ecológico. Bioética, el tratado, el estudio, filosofía de acercamiento médico relacionado con el respeto a la vida y dignidad humanas.

La bioética abarca la ética médica, pero no se limita a ella. Ésta ha dejado de ser un espacio reservado a los médicos, hoy es una ética social, es una forma de interpretar los derechos del hombre que mejor percibe la sociedad.

Los fines de la bioética son:

1) Conocer la enfermedad en sus aspectos somáticos, psíquicos y socioculturales.

Dicho conocimiento debe abarcar, además de los aspectos que estudian las llamadas ciencias básicas como la fisiología, la anatomía y la bioquímica, los siguientes problemas:

- a) Saber cuáles son, cómo se obtienen e interpretan los síntomas y signos (incluidos bajo esta última denominación los datos de laboratorio y gabinete) de la enfermedad en sus aspectos somáticos, psíquicos y socioculturales.
- b) Saber cómo lo orgánico engendra lo psíquico y viceversa.
- c) Saber cómo el psiquismo del hombre modifica los síntomas y aun los signos clínicos de patogénesis estrictamente somática, aumentándolos o disminuyéndolos en tiempo y/o intensidad, o alterando otras características.
- d) Conocer cómo la cultura conforma determinados aspectos del cuadro clínico de la enfermedad, así como el comportamiento social del enfermo.
- e) Conocer las repercusiones sociales de la enfermedad, lo que la sociedad tiene establecido que se haga, así como

lo que en realidad hace ante la enfermedad en general y frente a cada caso en particular.

2) Conocer al hombre enfermo, saber lo que para él es su enfermedad, cómo ésta altera su totalidad anatómica, fisiológica, bioquímica y conductual; cómo modifica sus pensamientos y sentimientos, su manera de vivir la vida, de estar en el mundo, de mirar el pasado, el presente y el porvenir.

Todo lo anterior se logra —y desemboca— en el fin por excelencia de la medicina: curar o aliviar al enfermo; ayudar al hombre sano para que no enferme y rehabilitar física, psíquica y socialmente a quien padece secuelas dejadas por la enfermedad, siempre y cuando el médico:

- a) Posea determinados conocimientos de anatomía, genética, embriología, histología, farmacología, bioquímica, psicología, sociología, etcétera.
- b) Que domine ciertas técnicas, fundamentalmente las de diagnóstico —interrogatorio, exploración física, estudios y exploraciones especiales— así como las terapéuticas: cirugía, uso de medicamentos, psicoterapia.
- c) Que esté su personalidad idóneamente formada para poder desplegar ante cualquier enfermo una actitud que se expresa en actos concretos científicamente basados, pero saturados de un humano y respetuoso deseo de ayudar o asistir al semejante. Bajo este clima se establece una relación médico-paciente profesionalmente efectiva, en la que imperan esos dos fenómenos tan imponderables como reales: confianza y fe del enfermo en el médico...

IV. CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA

Consideramos como una definición de la medicina, el arte científico que se ocupa de servir al hombre, de luchar contra sus enfermedades, aliviar sus sufrimientos, de conservar su salud, de protegerlo de las enfermedades y de ayudarlo a rehabilitarse para que viva en plenitud de sus facultades.

Desde Hipócrates, la eficacia de la medicina se sustenta en que el médico es el que decide qué es bueno para el paciente.

Actualmente, la función del médico, aunque sigue respetando el modelo hipocrático, tiene que considerar otros modelos, por ejemplo el modelo contractual, en donde el médico es el proveedor y el paciente el receptor de los servicios. En este caso, el paciente está en pleno control de su autonomía y su relación con el médico no es distinta de la que existe con otros proveedores y sus clientes. El modelo de asociación convierte al médico en equilibrio de su salud y bienestar, la función del médico es ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo.

Estos modelos pudieran existir en la relación médico-paciente, en forma separada, y en muchas otras, combinada.

Independientemente del modelo que tenga mayor prevalencia en la relación médico-paciente, el médico, más que el paciente, debe ser una persona virtuosa con las cualidades de educación e información que lo conviertan en un docto; que elija de manera razonada y con conciencia del riesgo, que demuestre coherencia, consecuencia y fiabilidad para que interprete y aplique la medicina con máxima sensibilidad moral. Agregando a ello, la fidelidad a sus pacientes, la beneficencia y la renuncia al propio interés.

Los valores del médico y los valores de la institución donde se dé la relación médico-paciente son tan importantes como la capacidad técnica individual de cada profesional.

De los médicos se esperan muchas cosas, entre otras, que se ciñan a los principios éticos, pero puede darse, desafortunadamente, el caso de que algunos médicos se consideran personas decentes y rectas y toman un tanto a la ligera decisiones de gran importancia ética; otros, por no dedicar mayor tiempo a la reflexión, toman decisiones más pragmáticas.

Por otro lado, el vertiginoso avance de la ciencia y de la tecnología, la casi ubicuidad de la información en todos los rincones del mundo, las técnicas de mercadeo tan depuradamente dirigidas y la actual sociedad pluralista con prioridades tan diversas

y numerosas como las personas, necesariamente han dado escenarios diferentes. Ya no es el médico el que visita al moribundo en su hogar; incluso la muerte se está hospitalizando, el hospital se hace cargo de la muerte del paciente, de tal modo que el paciente ya no muere su muerte, sus ansias de vivir lo alientan a entregarse en las manos de los profesionales de la salud. Estos disponen del paciente y de todo su entorno físico y personal. Esta forma de morir sustrae del paciente no sólo su vida sino su autonomía, su libertad y su dignidad. Actualmente no se muere como morían nuestros antepasados, en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que su muerte es inminente, pero tenían la lucidez mental y el grado de conciencia necesaria para disponer de sus bienes, para despedirse de sus seres queridos, para hablar con el abogado y con el religioso sobre sus problemas de conciencia.

El médico tiene que regresar por los fueros del paciente, ayudarlo, consolarlo, pero no abusar, no ensañarse terapéuticamente, no alargar agonías sin calidad de vida, es decir, vivir y morir a ciencia y conciencia y con libertad; que médico y paciente recuperen su amistad. Así como la autonomía se refiere al tener, a lo que poseemos, la verdadera libertad, del orden del ser, se refiere a lo que somos; primero ser y después tener.

El médico tiene que recuperar no sólo el hecho de morir, sino de la salud y la vida humana en general, de la investigación en torno a la vida del hombre, desde su concepción hasta su muerte y de sus aplicaciones.

Que la medicina actual, tan digna, debe recuperar los valores humanos propios del médico y del paciente estamos conscientes, que la ciencia da poder y la tecnología progreso y transformación, sin embargo, aunados, no hacen al médico dueño del nacer y el morir humanos.

La situación social que actualmente se vive ha generado en el mundo moderno un caudal de posibilidades individuales, en

cuanto a los valores que pueden considerarse prioritarios, nuestra sociedad pluralista que libera a las personas de dogmas y adoctrinamientos con la abundancia de opciones de diversos valores necesita retomar los llamados principios *morales* intermedios tradicionales en la *ética* médica.

El mundo moderno también alcanzó a las instituciones hospitalarias con el uso de técnicas altamente desarrolladas, cambiando, incluso, la forma de nacer y de morir.

Los principios morales intermedios son: beneficencia, incluyendo la ausencia de maleficencia, la justicia, la responsabilidad profesional, la autonomía del paciente, pugnar por el bien individual y el bien común, alivio del dolor y abstenerse de prolongar la agonía.

Con estos principios morales intermedios se logra neutralizar las opciones innecesariamente pesimistas de algunos médicos, que ven que en la actualidad es imposible llegar a un acuerdo sobre lo que está bien y lo que está mal, considerando que el subjetivismo y el relativismo radicales son inevitables.

Sin embargo, entre las personas de buena voluntad, entre ellos los médicos comprometidos, es posible llegar a un acuerdo sobre lo que está bien y lo que está mal, aunque tengan distinto parecer en cuanto a los significados últimos o a las bases filosóficas de la *ética*.

Con los avances de la ciencia y lo expuesto en párrafos anteriores se hace necesario retomar la actitud humanista profunda del médico, no porque actualmente sea el único responsable de la atención de los pacientes, sino porque siendo el líder natural, será él el indicado en regresar sobre sus pasos y volver a creer en los deberes y obligaciones que lo indujeron a tomar para sí las normas *morales* como los principios fundamentales de la *ética* en su hacer diario. La beneficencia, la autonomía, el respeto, la verdad, la fidelidad, la santidad de la vida y la justicia son normas casi universalmente aceptadas a las que hay que agregar las normas específicas del mundo moderno: no prolongar la agonía, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos de los pacientes legalmente competentes, etcétera. De ello, queda una máxima universal, los médicos no deben matar a sus pacientes.

La ética médica moderna, además de considerar al paciente en estado terminal, debe asomarse a los adelantos que existen en otros aspectos de la salud: el paciente discapacitado, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, la ingeniería genética, el trasplante de órganos, el paciente geriátrico, el paciente psiquiátrico, la homosexualidad, adicciones y alcoholismo y la investigación biomédica realizada en seres humanos.

En los aspectos éticos de la relación médico-paciente, no sólo debemos ocuparnos de los derechos del paciente, los cuales sin lugar a duda son fundamentales, sino también de los derechos del médico. Muy puntuales serán el respeto a su vida, a su libertad e integridad física, su libertad de pensamiento, de religión, de expresión y asociación, así como su seguridad laboral, económica y social.

El médico debe disfrutar del tiempo necesario para su descanso, superación cultural y profesional; la institución debe propiciar un ambiente útil para el trabajo, todos los recursos para su realización adecuada y oportuna, con un sentido de respeto, justicia y equidad en el trato, distribución y remuneración del trabajo.

Ante la complejidad actual de la relación médico-paciente, el equipo de salud y el entorno institucional, se hace necesario contar con un código de ética médica que proporcione el marco para la atención de pacientes, que reafirme los derechos y responsabilidades y asegure a una sociedad cada vez más desconfiada que las decisiones que son importantes para los pacientes y sus familiares, el médico las toma tras una profunda y amplia reflexión.

Este código, si bien no dicta el comportamiento que los médicos y el personal de salud deben tener frente a los pacientes, tiene como propósito facilitar esta relación, basada en fundamentos morales, un tanto de ideas filosóficas y un mucho de

principios sociales; intenta reflexionar sobre la necesidad de revivir la dimensión humana en el trato con los pacientes y de incluir en todas las actividades críticas del médico la dimensión ética de esos problemas de salud. Facilitar el proceso de toma de decisiones éticas en la práctica de la medicina.

Este código no pretende ser un manual terminado, no es una revisión amplia de la *ética* médica mundial, no es un manual de política ni una declaración de principios legales. Toma preceptos legales que reflejen decisiones *moralmente* correctas, lo que en muchas ocasiones no es así.

Es de sobra conocido que la medicina, las leyes y los valores sociales no son estáticos, por ende, este código tampoco lo es. Para que permanezca vigente, primero deberá pasar el análisis de los actores de la atención médica y sus ajustes y agregados sustancialmente valiosos.

1. *La ética en la atención médica*

1) La relación del médico con cada uno de sus pacientes debe ser dentro de un ámbito de respeto mutuo con el más alto sentido de calidad técnica y moral y con la aprobación consciente del paciente de todas las acciones médicas.

2) Los pacientes en pleno uso de sus facultades tienen el derecho moral y legal de tomar sus propias decisiones y éstas deberán respetarse por encima de las del médico y de la familia. El paciente es un individuo concreto con su propia historia personal, con sus atributos, sus necesidades y ciertos deseos que se consideran inalienables.

3) La información que el médico proporcione en términos que puedan ser comprendidos por el paciente tiene el propósito de que el paciente pueda decidir si acepta o no el tratamiento propuesto por el médico y además, que aquél tenga la libertad plena de elegir lo que considere mejor, en lugar de lo que el médico o cualquier otra persona pueda considerar.

4) Cuando haya más de una opción de tratamiento, o cuando el paciente quiera conocer otras posibilidades, tiene el derecho a recibir esta información de manera completa y veraz.

5) El paciente tiene el derecho a conocer el nombre completo del médico tratante, su especialidad y ubicación en la institución de salud.

6) Usurar la capacidad humana de autogobierno del paciente, ignorar, menospreciar, repudiar o ridiculizar los valores del paciente es agredir su propia humanidad.

7) El derecho que le es concedido al médico por el paciente de invadir su integridad, obliga al médico moralmente a actuar con el máximo cuidado y sensibilidad.

8) Tanto el médico como el paciente basan su relación en el respeto de la integridad de la otra persona y ninguno puede imponer sus valores al otro. El médico, al igual que el paciente, es persona libre y responsable, pero es, además, un profesional en ciencia y conciencia y no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente.

9) Cuando el paciente pide a su médico que decida lo que es mejor, éste tiene la obligación moral de decidir por el paciente; el no hacerlo, es una forma de abandono moral, conservando el derecho legal a la intimidad, el derecho moral a la autonomía y a la integridad de su persona.

10) El médico debe tener la libertad de negarse a realizar lo que en su conciencia reconoce como perjudicial para su paciente y estos valores no deben ser quebrantados bajo ningún precepto legal.

11) El médico tiene la responsabilidad de ser sensible al estado de dependencia, vulnerabilidad y temor del paciente y de cuidar de no explotar esa situación, aun cuando considere que es lo mejor para el paciente.

12) Las personas que no estén directamente implicadas en el tratamiento del paciente, sean o no personal de salud, deben tener autorización de éste para estar presentes.

13) El médico, como cabeza del equipo que atiende a un paciente, debe asegurarse de que todas las comunicaciones y registros relativos a la atención del problema de salud sean tratados bajo las más estrictas reglas de confidencialidad.

14) La responsabilidad del médico de curar y consolar no puede depender exclusivamente de exámenes de laboratorio y gabinete, el estado de los valores del paciente es tan importante

como su estado serológico, para los fines de diagnóstico, pronóstico e indicación terapéutica.

15) El médico debe obrar con suma cautela al divulgar a la prensa descubrimientos o nuevas técnicas de tratamiento a fin de no crear falsas expectativas en la población.

16) El médico debe certificar únicamente lo que ha revisado personalmente.

17) El médico debe tener presente que su fin primordial es preservar la vida humana.

18) El médico debe ofrecer a sus pacientes todos los recursos de su ciencia y toda su lealtad.

19) El médico, aun después de la muerte de su paciente, debe mantener en absoluto secreto todo lo que ese paciente le haya confiado.

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

21) La relación médico-paciente establece obligaciones mutuas. Los médicos tienen que ser profesionalmente competentes, actuar con profunda responsabilidad y tratar a los pacientes con calidez, cordialidad y respeto. El paciente debe comprender cabalmente el tratamiento propuesto, aceptarlo y participar responsablemente en su cuidado.

22) Si el médico y el paciente tienen diferentes puntos de vista con respecto a cómo resolver su problema de salud, ambos deben discutirlo con madurez y honestidad, si el médico no logra convencer a su paciente, debe permitir que éste tenga la libertad absoluta de elegir otro médico.

23) Jamás deberán discutirse los problemas de un paciente por ninguno de los integrantes del equipo de salud en pasillos, elevadores o restaurantes, ya que ello trae consigo la violación de la confidencialidad del secreto médico.

24) Los médicos de personajes públicos no están autorizados para informar a la prensa u otras personas sobre el estado de salud de sus pacientes sin una autorización explícita de éstos o de sus representantes.

25) Independientemente de si el paciente es de servicios médicos corporativos o de contrato individual, el médico debe ofrecer la misma calidad de los servicios y cuidados a su paciente, al igual que la atención que se brinde a compañeros de trabajo, médicos, paramédicos y personal administrativo. Reconocer la dignidad intrínseca del enfermo, admitir que no existen personas más valiosas que otras y que, por tanto, debe dárseles a todos el mismo trato, sin menoscabar el valor que todo ser humano posee en nuestra sociedad.

26) El médico tiene el derecho de percibir por sus servicios profesionales a un paciente un pago justo. Es inmoral percibir un porcentaje de dinero por referir pacientes a otro médico o institución, fundamentalmente porque éste se obtiene a expensas del enfermo, en esto se incluye el llamado innecesario de consultantes.

27) Es inmoral delegar la atención del paciente, del cual se es médico tratante, a otro médico sin experiencia ni calidad profesional ni moral.

28) Los médicos deben apoyar el esfuerzo de la salud pública y proveer de información adecuada a la población acerca de los cuidados de la salud dentro de su especialidad, manteniendo a la población apropiadamente informada. Es un deber a favor de la sociedad y una extensión de la ciencia médica.

29) Es inaceptable que los médicos fomenten relaciones románticas y sexuales con sus pacientes, explotando la confianza, el conocimiento, las emociones o la influencia derivada de la relación profesional.

30) Como un principio moral básico, el médico debe mantenerse actualizado permanentemente en su especialidad, consultar la bibliografía idónea para documentar sus actividades en casos dudosos o difíciles, elevando su calidad individual y la de la institución.

31) El médico debe evitar el abuso de apoyos tecnológicos que encarecen los servicios médicos, sobre todo si su empleo no tiene indicaciones precisas y rigurosas.

32) El médico no debe sugerir al paciente recursos terapéuticos inútiles o costosos o realizar técnicas quirúrgicas novedosas que no dominen plenamente y/o que en la institución no se tengan los recursos técnicos adecuados para realizarla.

33) El médico no debe privar a su paciente de un tratamiento o intervención quirúrgica por desconocimiento. Si sabe que existen y no está capacitado para realizarlos, debe referirlo con otro médico que realiza con éxito estos tratamientos. El límite de capacidad de atención que preste el médico deberá ser el que haya alcanzado el conocimiento en ese momento y no el que le fije su falta de actualización.

34) El médico debe evitar el uso indiscriminado de nuevas tecnologías que se adquieren para estar a la moda y con el simple propósito de impedir que los pacientes, insuficientemente informados sobre la utilidad de ese apoyo, se trasladen a otros países para conseguir el uso de esas tecnologías.

35) El médico debe comunicar al paciente su diagnóstico y aun su pronóstico con mesura y calidez, respetando la dignidad del enfermo y la de su familia. Los pronósticos reservados no deberán comunicarse de manera explícita, cruda y contundente, ante la posibilidad de ocasionar daño al paciente a resultados del abuso de la verdad.

36) El médico no debe prescribir medicamentos novedosos que no hayan sido debidamente evaluados, por lo que siempre deberá ejercer su espíritu crítico y apoyado en información confiable.

37) El médico debe respetar íntegramente el derecho del enfermo para confiarse cabalmente y deberá obtener para su tratamiento autorización por escrito, si es necesario, procurando que las diferentes personas que requieran manejar esa información lo hagan con confidencialidad, salvo en las excepciones prescritas por la Ley General de la Salud.

38) Evitar el uso de medicamentos excesivamente potentes y particularmente tóxicos en problemas de salud que pueden ser resueltos con sustancias menos dañinas.

39) El médico no debe sobrevalorar su preocupación momentánea de un órgano dañado. La preocupación más elemental es encontrar el bien integral del paciente. Su atención debe establecerse ante un enfermo, que es una unidad biológica, psicológica y social; es una persona compleja y total. El médico debe eliminar actitudes reduccionistas que restringen al paciente, a su dolencia o su sintomatología evidente.

40) El ámbito donde se establece la relación del médico con el paciente puede ser el consultorio médico, el domicilio del paciente, el hospital, el laboratorio clínico o en el gabinete; en todos ellos, el médico debe cuidar su presentación personal, su lenguaje, su cordialidad humana, su capacidad receptiva y la convicción de que su profesionalismo se fundamenta en los servicios a sus pacientes.

41) El médico debe impulsar la participación activa del enfermo y su familia en el cuidado de su salud, estableciendo un verdadero compromiso mutuo.

42) El médico no puede negar atención médica a ningún paciente cuya afección corresponda al campo de su especialidad, ni tratar padecimientos de especialidades ajenas.

43) El médico debe registrar en el expediente clínico las acciones médicas o quirúrgicas que realizó al paciente y no otras con afán de lucro, aun con el consentimiento del paciente.

44) Ningún integrante del equipo de salud debe usar diminutivos aparentemente afectuosos con los pacientes, ante la posibilidad de parecer peyorativos. Los pacientes merecen ser llamados como señor o señora o por su grado (título) académico (arquitecto, doctor, abogado).

45) Ningún paciente que padezca SIDA o que esté infectado por el VIH debe ser discriminado, por temor o perjuicio, por ninguno de los que conforman el equipo de salud.

A. La ética en la consulta médica

1) El acto médico debe establecerse en un área física confortable que permita una relación médico-paciente con privacidad, para que el paciente pueda confiar su problema de salud con libertad.

2) El establecimiento de la relación médico-paciente debe darse siempre entre médico y paciente sin sustitutos por ninguna de las dos partes, a menos que al paciente se le declare incompetente para poder relacionarse.

3) La exploración clínica minuciosa del paciente debe realizarse siempre ante la presencia de un familiar y de una enfermera. Esta exploración se hará con respeto y cuidando la integridad y

dignidad del paciente, el que debe estar perfectamente informado y deberá haber manifestado su consentimiento para las acciones médicas en el consultorio.

4) Anexo al consultorio médico, deberá existir un área privada para que el paciente pueda, en caso de ser necesario para su problema de salud, quitarse sus vestidos y ponerse la bata de exploración. Esta acción se realizará sin la presencia de ningún personal de salud o administrativo.

5) Cuando el paciente sea un niño pequeño que no pueda expresarse o un adulto que ha perdido el uso de sus facultades, es necesario que un familiar o un adulto idóneo que conozca al paciente informe y tome las decisiones conducentes para el bienestar del paciente; sin embargo, si existieran pruebas convincentes de que existe un conflicto de interés que pudiera conducir a un tratamiento inadecuado, la obligación moral del médico es proteger a su paciente, limitando la autonomía de los familiares, incluso, solicitando apoyo al comité de bioética.

6) La historia clínica, que puede ser elaborada por un auxiliar del médico, debe ser realizada bajo la supervisión del médico tratante, corrigiendo oportunamente los posibles errores antes de ser integrado al expediente clínico. La información que se obtenga del paciente debe ser con la finalidad absoluta de lograr un buen diagnóstico y tratamiento; es inmoral investigar más allá de lo fundamental, evitando la curiosidad malsana y morbosa.

7) La receta médica debe ser elaborada por el médico tratante con el detalle y especificidad que requiera el paciente.

8) Son características fundamentales de los exámenes de laboratorio y gabinete:

- Solicitarlos sólo cuando sean estrictamente necesarios.
- Explicar minuciosamente al paciente que éstos sólo son ayudas diagnósticas y que tienen un uso definido.
- Evitar protegerse de posibles errores diagnósticos, solicitando estudios excesivos.
- Evitar que con el pretexto de seguir la evolución del paciente se le soliciten estudios repetitivos e innecesarios.

- Evitar establecer estudios periódicos a un paciente con el pretexto de estar realizando una investigación sin características científicas.

9) El médico debe establecer su diagnóstico basándose en sus conocimientos de la clínica y no delegar esta responsabilidad en los estudios de laboratorio y gabinete, los cuales deben recuperar su función de apoyo.

10) La atención médica en la consulta debe realizarse una a una, es decir, un médico no debe valorar a más de un paciente a la vez. Es inmoral que ocupe varios espacios de exploración con diferentes pacientes y realice una misma acción con todos los pacientes, interrumpiendo la relación médico-paciente, restándole importancia a cada uno de los enfermos al ser "vistos a granel".

11) Legal y éticamente el paciente tiene el derecho de saber y conocer directamente qué notas existen en su historial clínico. Legalmente el expediente clínico es propiedad del médico o de la institución de salud, pero la información contenida es propiedad del paciente.

12) El médico puede decidir qué información del expediente clínico puede mostrarse; el médico puede retener el original del expediente clínico y estudios radiológicos, satisfaciendo las solicitudes del paciente con copias, a menos que el original sea requerido por la ley.

13) Con el propósito de proteger la confidencialidad, la información del expediente clínico debe ser mostrada con un permiso firmado por el paciente o por su representante legal.

14) El médico tiene la responsabilidad moral de usar todos los recursos relacionados con la salud de manera eficiente y técnicamente apropiada. Debe establecerse un plan de tratamiento de tal modo que no se soliciten análisis, medicamentos, operaciones quirúrgicas y consultas innecesarias.

B. Conducta ética con el paciente hospitalizado

1) El paciente hospitalizado tiene el derecho de recibir atención adecuada del equipo de salud, que le permita una convi-

vencia cordial y respetuosa que haga que la evolución de su padecimiento sea más corta y, por lo tanto, su estancia hospitalaria sea la mínima requerida.

2) El personal de salud en el hospital debe concientizarse de que el enfermo es una persona que pertenece a una familia, que la hospitalización sólo es un accidente en su vida y que su estado de salud requiere más apoyo y comprensión en comparación con la persona sana.

3) El paciente tiene el derecho de saber qué tipo de tratamiento está recibiendo en el hospital, los horarios y tipos de medicamentos que recibirá, así como la necesidad de exámenes clínicos y de gabinete.

4) El equipo de salud y principalmente el médico deben asegurarse de que los horarios de alimentación se apeguen más a las necesidades y al ritmo de vida habitual de los pacientes, que a las conveniencias del personal que labora en el hospital.

5) El paciente debe estar plenamente informado por su médico tratante del curso que toma su enfermedad, así como de las prescripciones que diariamente anote en el expediente clínico.

6) El paciente debe estar perfectamente informado si el curso de su enfermedad se ha agravado, para que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios que el médico le informe, el tratamiento que él considere adecuado.

7) El paciente que requiera de una intervención quirúrgica tiene derecho a que se le expliquen con honradez y sinceridad las características del acto quirúrgico, sus riesgos, los posibles resultados y el costo.

8) Cuando se trate de procedimientos quirúrgicos que impliquen la amputación, mutilación o extirpación orgánica que produzca modificación física permanente o en la condición fisiológica o mental del paciente, la autorización del paciente deberá firmarse, además, por dos testigos idóneos designados por el paciente.

9) No se solicitará esta autorización (consentimiento informado) en los casos en que el paciente se encuentre con una incapacidad temporal o permanente para decidir por sí mismo, estando en peligro su vida y/o la función o integridad total. En este caso, el médico deberá tomar la decisión solicitando la opinión

de otro médico y deberá anotar la justificación de su acción en el expediente clínico, siempre y cuando no se encuentre presente el familiar responsable del paciente que pueda autorizar este hacer del médico.

10) El criterio de salud debe ser considerando en relación con la calidad de vida, evitando abusar de la tecnología de punta prolongando la agonía de un enfermo, en detrimento de la dignidad del enfermo y de la capacidad económica de la familia.

11) Es inmoral prolongar la vida con medidas de soporte para sostener la actividad funcional de algunos órganos, cuando la función cognoscitiva-afectiva ha cesado de existir de manera irreversible.

12) El médico debe ser consciente de lo que implica prolongar la vida de un paciente, si existe una probabilidad razonable de que sobrevivirá a su enfermedad y que no habrá detrimento importante en su calidad de vida; todo esfuerzo está justificado.

13) El paciente que irremediablemente va a morir debe ser tratado con el mínimo de medidas que prolonguen su vida y con el máximo de medidas que le permitan alivio a su sufrimiento, aun cuando esto signifique dosis elevadas de agentes tranquilizantes y analgésicos, soporte psicológico y social, posiblemente cirugía, radiaciones, antibioticoterapia, medidas que tiendan a mantener al paciente confortable.

14) Los pacientes, con base en el concepto filosófico de autonomía, tienen el derecho de rechazar algunas recomendaciones de tratamiento, incluyendo el de sostén de la vida, excepto en circunstancias legales donde puede obligarse a un paciente a recibir un tratamiento. Es importante que los pacientes, más que los médicos, valoren los beneficios y determinen qué tratamiento admiten y cuál rechazan, lo que debe registrarse en el expediente clínico.

15) Es deber del médico asegurarse que el paciente está perfectamente informado de los distintos tratamientos, incluyendo los cuidados intensivos en estado de salud crítico y debe persuadirse para que los acepte, sin embargo, si el rechazo persiste, el médico deberá aceptar la decisión de su paciente.

16) Cuando un paciente se declara muerto por el criterio de muerte cerebral, el tratamiento de soporte puede ser suspendido.

17) Los pacientes, con base en una información honesta y veraz sobre los riesgos y beneficios del tratamiento, deberán tomar una decisión adelantando las instrucciones de mantenimiento del tratamiento de sostén en terapia intensiva; también deberán elegir a su representante idóneo para que apoye su decisión para cuando no exista el pleno uso de sus facultades mentales.

18) El médico debe revisar y actualizar las indicaciones verbales y por escrito del paciente referentes a sus decisiones respecto del tratamiento, anotando, en cada ocasión, en el expediente clínico.

19) Si la muerte del paciente es inminente, es deber del equipo de salud y principalmente del médico, prepararlo para que pueda enfrentarla, no esperar que el paciente pierda su lucidez mental y el grado de conciencia necesario para disponer de sus bienes, para despedirse de sus seres queridos, para hablar con su abogado y con el religioso, cuando así lo requiera.

20) El médico debe discutir con anterioridad con el paciente o con su familiar, de la decisión de resucitación cardiopulmonar, ya que en el momento del paro no es posible deliberar sobre una decisión de tal magnitud. Es muy importante que tanto el paciente como sus familiares sepan que una nota de no-resucitación cardiopulmonar no significa que el paciente será abandonado.

C. La ética en la relación entre médicos

1) El médico en las relaciones con sus compañeros del equipo de salud y en particular con los otros médicos, deberá evitar comentarios y acciones dolosas que lesionen el prestigio o la imagen de otro médico o de la institución de salud donde labora. En caso de discrepancia, será el comité de bioética el que emita las recomendaciones.

2) No comentar en público, en elevadores, pasillos, reuniones sociales o cafeterías aspectos médicos de los pacientes, algunos de ellos identificados por tener enfermedades atípicas o mortales o por ser personajes del conocimiento público, los que llevan el propósito inmoral de resaltar la propia persona del médico.

3) Es inmoral la entrega, aceptación o repartición oculta de dinero entre los médicos. Solicitar, aceptar u ofrecer un porcentaje de dinero a otro médico que no tuvo ninguna actividad pro-

fesional médica con el paciente, aunque no haya sufrido efectos, es una falta profesional grave.

4) Cuando de lo que se trata es de defender la dignidad, la salud, la vida o los intereses de un paciente frente a la actitud indebida de otro médico, por ejemplo una operación innecesaria, una detención de un embarazo o una estafa, el médico debe intentar convencer al médico implicado de cambiar su actitud, si no lo logra es recomendable exponerle al paciente claramente su opinión referente al tratamiento que espera recibir de su médico tratante. Estas acciones violan la confianza que tiene el paciente en que su médico no lo engañará e invita a otros médicos a lucrar antes que proporcionar una atención médica de calidad excelente.

5) El médico no debe atraerse hacia él pacientes de otros compañeros médicos utilizando para ello el cuestionamiento del profesionalismo del otro médico y ofreciendo regalos o rebajas en el costo de la atención médica con la aceptación o no del paciente. Estas conductas son inmorales.

6) Cuando un médico solicita interconsulta para alguno de sus pacientes, debe estar seguro que es realmente necesaria; el que interconsulta debe realizarla, escribiendo su opinión en el expediente clínico, con la conducta terapéutica a seguir por el médico solicitante y regresar cuando éste lo juzgue conveniente. El médico interconsultante no debe, con el pretexto de la interconsulta, atraer pacientes que atiendan otros médicos.

7) El médico debe comportarse con el personal de salud, y en especial con los otros médicos, como quisiera que se comportarán con él.

2. La ética en la investigación

1) El deber del investigador clínico es el de trabajar en lo que a los pacientes les preocupa, en una relación creativa y mutuamente respetuosa, donde el investigador realice proyectos válidos, los pacientes estén interesados en participar y la comunidad obtenga resultados que contribuyan a construir una medicina más eficiente.

2) El uso de las nuevas tecnologías, material y equipo debe ser sometido a controles similares a los que se utilizan para la evaluación de nuevos medicamentos; el médico no debe inducir el uso indiscriminado de lo que apenas está en estudio y no cabalmente confirmado.

3) En investigación clínica es fundamental que el propósito sea el de lograr mejoría o curación de los pacientes y, en segundo término, para dilucidar problemas del conocimiento.

4) Es responsabilidad moral de los investigadores comunicar tanto los éxitos como los fracasos, así como sus dudas, y no dar por ciertos conocimientos que no han sido totalmente comprobados.

5) El principio básico de la investigación es la honestidad que debe ser garantizada por protocolos institucionales, desde la reunión de los datos y su análisis, hasta la publicación de los resultados.

6) Los revisores de los protocolos de investigación y artículos para las revistas deben respetar la confidencialidad de las nuevas ideas, no debiendo utilizar como propias las que aprenden en las revisiones ni presentar las ideas de otros como propias.

7) La profesión médica es la responsable de verificar la seguridad y eficacia de las nuevas tecnologías y tratamientos. El desarrollo del conocimiento médico debe ser abierto al escrutinio público.

8) No debe hacerse publicidad en la prensa de nuevos conocimientos que antes no se hayan publicado ampliamente en una revista científica en donde los detalles del estudio estén disponibles para la comunidad científica. En los anuncios a la prensa debe cuidarse el crear falsas expectativas en el público, lo que traería como consecuencia la disminución de la credibilidad en los científicos.

9) Resulta inmoral que los médicos participen en investigaciones clínicas que no cumplan con los requisitos de la metodología científica y apenas oculten las verdaderas intenciones de atraer a los médicos para usar un nuevo producto farmacéutico.

10) Si un médico está interesado en que algunos pacientes participen en sus proyectos de investigación, deberá informar clara, honesta y específicamente cuáles son las obligaciones que

tendría él con el paciente y cuáles el paciente con el proyecto, así como los beneficios.

11) Debe cuidarse que el paciente no se sienta limitado para elegir si participa o no en el proyecto, así como asegurarle su libertad plena para retirarse cuando lo estime conveniente, sin que por ello pierda algún beneficio que por su permanencia en el proyecto tendría derecho a recibir. Es necesario que el médico recuerde que la aceptación del paciente (consentimiento bajo información) protege los derechos y la dignidad humana, basado en los principios de privacidad y autonomía ya que una persona tiene el derecho de autodeterminación sobre su cuerpo.

12) Si el paciente está de acuerdo en participar, es importante que esta aceptación conste por escrito, donde se mencionen claramente los riesgos a los que está expuesto y como se compensarían éstos, la privacidad y la confidencialidad de los datos del paciente y los beneficios, así como su libertad para retirarse del estudio sin ninguna sanción, firmado por el investigador y el investigado.

13) Es inmoral que el médico obtenga la aceptación de participar en los proyectos de investigación de poblaciones que puedan considerarse vulnerables o en desventaja para decidir su inclusión en el estudio por ser jerárquicamente inferiores. En este grupo podemos mencionar a las personas enfermas o afectadas mentalmente, menores de edad, estudiantes de medicina y de enfermería, personal auxiliar de hospitales y laboratorios y los empleados en general. Esta población debe sentirse total y honestamente libre para participar o no en estos proyectos.

14) Cuando se trate de estudios multicéntricos o de patrocinadores externos, el protocolo deberá ser sometido al igual que cualquier otro al comité de evaluación ética y científica; las normas éticas que se apliquen en la institución deberán ser las mismas que las que se aplican en el país del organismo patrocinador para ese proyecto en particular, el cual no podrá iniciarse sin haber obtenido su aprobación. El comité deberá conocer de manera clara y honesta la relación del investigador con el organismo patrocinador.

15) Se podrán realizar proyectos de investigación en mujeres embarazadas o que lactan solamente cuando el propósito

sea proteger o mejorar la salud de estas mujeres, de los fetos o los lactantes, siempre y cuando este proyecto no pueda desarrollarse en mujeres que no se encuentren en periodo de reproducción.

16) El comité de bioética tendrá la responsabilidad de revisar y dictaminar sobre el inicio, desarrollo, conclusión o detención de los proyectos de investigación, con base en el seguimiento de cada protocolo.

3. *La ética en la enseñanza de la medicina*

1) El médico no debe propiciar discusiones de casos clínicos con el equipo de salud: residentes, alumnos, enfermeras, trabajadores sociales o personal administrativo a la cabecera del paciente; asimismo, debe evitar comentarios clínicos que puedan dañar el aspecto psicológico de los pacientes. Las discusiones de casos clínicos deben realizarse en el aula.

2) El paciente tiene derecho de saber que en su atención médica intervienen médicos graduados que se encuentran cursando una especialización, y que éstos, en sus actividades médicas, están supervisados por su profesor, que está calificado como médico y como miembro de una institución educativa.

3) El paciente tiene derecho a conocer las normas y reglamentos aplicables a las actividades de enseñanza de los residentes y estudiantes de medicina que tengan que ver con sus cuidados médicos y tiene derecho a conocer los nombres completos de ellos y los grados escolares que cursan.

4) El deber del médico para con sus estudiantes es el de alimentar no sólo su conocimiento médico, sino imbuirles de una actitud de servicio y de un trato cordial y respetuoso con cada uno de los pacientes, con sus superiores, con sus compañeros y con el personal que colabora en las actividades hospitalarias. El profesor debe cuidar que la educación de los nuevos especialistas sea integral.

5) El médico que es profesor debe cuidar que su quehacer diario refleje la conducta que exige a sus alumnos.

6) La función primordial de la actitud médica es la de compartir sus conocimientos con otros médicos y con sus pacientes,

así como con los estudiantes de medicina, residentes, enfermeras y el personal que colabora en las actividades hospitalarias, enfatizando su enseñanza en las conductas apropiadas para el cuidado de la salud y su mantenimiento.

7) El residente debe cuidar que en sus actividades médicas no se transgredan las normas éticas. Si considera que esto ocurre, su deber es discutir esta insatisfacción con su profesor del curso de especialización; si no encuentra respuesta, deberá solicitar apoyo al comité de bioética.

8) El médico residente debe respetar los valores, las costumbres y las creencias de los pacientes y debe mantener el secreto profesional que le fue confiado, y juzgar, reflexivamente, cuándo ha de comentarlo con su profesor.

4. *La ética en los cuidados de enfermería*

1) La enfermera debe tener un espíritu de cooperación y comprensión que se refleje en sus acciones, debe reconocer la importancia de trabajar como integrante del equipo de salud cuyo principal propósito es ayudar a un humano a que se recupere de la enfermedad o lesión que sufre, para que pueda reintegrarse a su vida normal.

2) Una característica fundamental de la enfermera es que debe colaborar de manera genuinamente entusiasta en los planes de atención médica, aun cuando las decisiones no las tome ella.

3) La enfermera debe cumplir las normas del servicio al que está asignada, pero sin perder de vista que el blanco de sus cuidados es una persona humana con sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales acrecentadas por su estado temporal de salud disminuida.

4) La enfermera debe propiciar las visitas de los familiares a los pacientes, teniendo presente que el enfermo es un integrante de una familia y que su hospitalización es un accidente en su vida.

5) La enfermera debe cuidar de administrar los medicamentos, siguiendo estrictamente las órdenes médicas y deberá ofrecer los analgésicos prescritos al paciente cuando éste los requiere y no cumpliendo un horario que convenga a la organización del personal de enfermería.

6) Que los horarios de alimentación se apeguen más a las necesidades y el ritmo de vida de los pacientes que al buen funcionamiento del servicio y las conveniencias del personal que labora en el hospital.

7) Informar al paciente de manera cálida, cordial y con profundo respeto los cuidados de enfermería prescritos por el médico, así como obtener su anuencia para llevarlos a cabo.

8) Respetar profundamente el secreto profesional confiado al médico por su paciente y en el que ella participó al escucharlo, no comentar con ligereza o desdén hechos de la vida de los pacientes, que a juicio de las personas que lo hacen pueden no tener ninguna importancia pero que para el paciente tienen gran significación.

9) La atención del paciente es fase terminal conlleva aspectos éticos, que incluyen cuidados de enfermería hasta el último momento de la vida; la calidad técnica y moral de la enfermera debe asegurar que el enfermo reciba la atención que merece por su condición de persona humana y pueda morir con dignidad.

5. *La ética médica en las relaciones con proveedores de material, equipo y medicamentos*

1) Resulta inadecuado que el médico permita que se use su nombre o su imagen para anunciar equipos, medicamentos o publicidad personal inadecuada en medios de comunicación.

2) Debe desalentarse la aceptación de regalos personales, viajes, equipos o amenidades a los médicos de compañías proveedoras que pongan en duda el juicio terapéutico del médico al existir conflictos de intereses, ya sea que influyan en el médico o que pueda parecer a otros que hay influencia en el juicio clínico. Los obsequios relacionados con las actividades médicas deben ser de valor mínimo: plumas, lápices o libretas de notas, de tal modo que los médicos no se sientan comprometidos.

3) Es inmoral que los médicos perciban pagos o regalos por reclutar pacientes para probar medicamentos o material y equipo médico que no hayan sido probados con buenos resultados en otras instituciones.

4) Es conveniente que los médicos que tengan que dictaminar sobre protocolos de productos farmacéuticos o equipo médico, no

tengan ataduras con ninguna compañía proveedora, de tal modo que exista una verdadera libertad y rectitud en sus opiniones.

5) Es un principio moral fundamental que el médico debe tomar sus decisiones clínicas con base en el conocimiento médico sin influencias comerciales.

6) Las sociedades de médicos deben desarrollar actividades tendentes a desalentar a la industria farmacéutica ante el incremento en la sofisticación de técnicas de mercadeo, ya que los médicos pudieran no lograr reconocer el mensaje comercial e identificar su influencia en las decisiones terapéuticas.

7) No es ético recibir comisiones de compañías que manufacturan o venden artículos médicos o medicamentos para ser usados en el cuidado de los pacientes.

6. *El comité de bioética en una institución de salud*

Funciones

1) Establecer los lineamientos que regulan la aceptación de incentivos financieros provenientes de compañías proveedoras para la evaluación de sus productos en pacientes que acuden a la institución.

2) Atender solicitudes de familiares de pacientes que requieran algún dictamen que interese a la ética.

3) Establecer programas educativos en aspectos de ética para todo el personal de la institución en sus distintas áreas y niveles.

4) Órgano de consulta y de audiencia para las personas relacionadas con la toma de decisiones de salud y resolver las controversias que puedan surgir.

5) Mantener vigente el código de ética de la institución y vigilar su cumplimiento.

6) Revisar si la propuesta de protocolos y proyectos de investigación y de actividad médica tienen beneficios previstos para los pacientes, de tal modo que se justifique el peligro conocido o posible, y de ser así, averiguar si el mecanismo propuesto o utilizado para obtener el consentimiento informado es adecuado.

7) Establecer los criterios de aceptación de protocolos y con mayor acuciosidad los que afectan a menores de edad, mujeres

embarazadas, madres lactantes y enfermos mentales y cuando la investigación no es de carácter terapéutico sino invasor.

8) Atender a los pacientes o a sus familiares cuando no se sientan satisfechos por el trato recibido por algún personal de la institución: médicos, residentes, enfermeras, personal administrativo, camilleros, etcétera. El comité de ética debe intervenir y evitar distanciamientos.

9) Las funciones esenciales del comité son las de fungir como consultores, revisores y educadores.

V. GLOSARIO MÉDICO-LEGAL

ATENCIÓN MÉDICA INADECUADA POR COMISIÓN. Al indicar procedimientos innecesarios, al solicitarlos en forma errónea o tardía, al efectuar procedimientos complejos sin la debida capacitación pudiendo ocasionar complicaciones graves y aun la muerte, o que atenten contra la dignidad del enfermo.

ATENCIÓN MÉDICA INADECUADA POR OMISIÓN. Al no realizar procedimientos cuya indicación es indiscutible o se realiza en forma tardía; la situación sería más grave si ocurre por pereza o negligencia.

AUTONOMÍA. Capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que le permite elegir y actuar de forma razonada. Es una capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideramos bueno.

BIOÉTICA. Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales. La bioética abarca la ética médica.

La bioética, que comprende los problemas relacionados con los valores (que surgen de todas las profesiones de la salud, incluso de las profesiones afines) y vinculados con la salud mental, va más allá de la vida y la salud humana, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, por ejemplo, en lo que concierne a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

CERTIFICADO. Documento oficial mediante el cual se da a conocer un hecho cierto expedido en los términos que establece la Ley General de Salud.

CONFIDENCIALIDAD. El médico debe guardar toda la reserva necesaria en cuanto a la información que le es confiada por su paciente.

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN. Es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre su padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efecto de que decida y autorice los procedimientos médicos en forma consciente, libre y responsable, tomando en cuenta en el paciente su capacidad de autodeterminación. En el caso de menores de edad y personas con incapacidad mental, deberá solicitarse el consentimiento bajo información a los padres, tutores o representantes legales, sin embargo, si el menor de edad es capaz de valorar realmente la situación, deberá también tomarse en cuenta su opinión.

El consentimiento bajo información protege los derechos de los pacientes y la dignidad humana.

CONSTANCIAS. Documentos de carácter privado en los que se señalan hechos que nos constan, como de salud o enfermedad de un paciente. No deben emitirse sin realizar un estudio del paciente, toda vez que podría resultar delito de falsificación o encubrimiento.

DICOTOMÍA. Pagos inadecuados que se perciben por enviar un paciente a otro médico, pudiendo ser por paciente referido, por paciente internado en determinado hospital, por prescribir medicamentos de una industria farmacéutica, por envío de análisis clínicos o de gabinete a determinado laboratorio.

DICTAMEN. Documento médico-legal mediante el cual se emite una opinión. Debe contener introducción, análisis o discusión y conclusiones.

DISTANASIA. Prolongación injustificada de la agonía en enfermos a quienes la medicina ya no tiene nada que ofrecer.

DOLO. Cualquier sugestión o artificio empleado para inducir a error o mantener en él a alguno de los contratantes, por ejemplo, no informar claramente al paciente sobre los procedimientos, diagnósticos o terapéuticos, susceptibles de emplearse para su padecimiento específico, señalando únicamente aquellos que reporten mayor beneficio económico o académico al prestador de los servicios.

ÉTICA. Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

EXPEDIENTE CLÍNICO. Conjunto de documentos de índole médica que se elaboran para cada caso particular, con todas las posibles variantes relacionadas con el tipo de padecimiento, el estado específico, sexo, edad, etcétera.

El expediente clínico es el único elemento o prueba válida para la defensa médica y paramédica en relación a un sujeto determinado, por lo que la elaboración del expediente clínico debe ser vigilado, supervisado, evaluado y corregido. Es un documento de carácter legal, confidencial y propiedad de la institución o del médico en su práctica privada.

IATROGENIA CONSCIENTE. Aunque hay daño en el paciente, predomina el beneficio que se obtiene.

IATROGENIA CRIMINAL. Que el médico no reconozca su propia capacidad técnica o científica o se deje influenciar por motivos meramente de lucro.

IATROGENIA INCONSCIENTE. Se actúa con la intención de beneficiar al paciente, pero le causa un daño no esperado.

IMPARCIALIDAD. Que el consejo que el médico proporcione referente a la terapéutica médica o quirúrgica no lleve ninguna dirección impuesta.

IMPERICIA. Falta de conocimientos técnicos y científicos en una persona que por su preparación académica está obligada a conocer.

MORAL. Ciencia que trata del bien en general, de las acciones humanas en orden a su bondad o malicia. Es la facultad del espíritu perteneciente al campo de la apreciación del entendimiento o de la conciencia. No pertenece al orden jurídico, sino al respeto humano.

NEGLIGENCIA. Es el incumplimiento de una obligación, conociéndola y teniendo los recursos necesarios para llevarla a cabo.

PRINCIPIO DE LIBERTAD Y RESPONSABILIDAD. El cuerpo es de la persona y ante todo la persona es responsable de él. Toda la ética se funda sobre el consentimiento del paciente y sobre la relación-alianza entre paciente y médico.

Nada hace el médico si no es respetando la libertad del paciente. El médico es competente y responsable del bienestar del paciente desde el momento en que éste, por libre elección, le ha confiado al médico el encargo de curarlo.

El médico no deberá quitar la vida ni siquiera si el paciente se lo pidiese, ni tampoco el paciente puede pedir que se le prive de la vida, porque hay un bien intangible que sobrepasa a ambos. Este principio no puede estar basado en un acuerdo en caso de que coincidan los criterios del paciente y del médico, porque en ellos no se basa la ética, sino en un verdadero coloquio del ejercicio de la libertad y responsabilidad cuyo fin sea la promoción de la vida y la salud del paciente.

PRINCIPIO DE SOCIALIDAD SUBSIDIARIA. Necesidad que tiene la persona de sus congéneres para ayudarse mutuamente reconociendo entre sí la misma dignidad para todos.

PRINCIPIO TERAPÉUTICO. Es lícito intervenir sobre el cuerpo de una persona que ha otorgado su consentimiento explícito o presunto solamente si hay justificación terapéutica, es decir, si la intervención sobre la "parte" va en beneficio del "todo" relativo al mismo organismo sobre el cual se interviene. Para ello tienen que excluirse otras alternativas menos lesivas de la

integridad personal y tener cierta garantía de éxito proporcionado y de ventaja sobre el tratamiento.

RECETA MÉDICA. Documento para la prescripción de medicamentos en cualquier forma farmacéutica suscrita por médicos cirujanos, y con la debida autorización en el caso de pasantes o enfermeras. Elaborada con el nivel de especificidad y lenguaje que requiera el paciente.

RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE. Esta se establece en un plano de compromiso y respeto mutuo, donde las dos personas interactúan de tal manera que ambos tienen obligaciones y reciben beneficios. Los principios básicos de autonomía, fidelidad, veracidad y justicia son esenciales.

El médico reconoce que el paciente conserva la libertad de control sobre su propia vida cuando tenga que tomar decisiones importantes, incluyendo los tipos de relación directa o indirecta.

- a) Directa: cuando es el propio enfermo el que selecciona a su médico.
- b) Indirecta: cuando son terceras personas las que seleccionan a los médicos y luego le asignan los pacientes.

SECRETO PROFESIONAL. Es un compromiso moral de no manifestar a nadie algo que debe permanecer oculto y que el médico ha llegado a conocer por la vía del interrogatorio o de la observación por los procedimientos y diagnósticos médicos.

VALOR DE LA CORPOREIDAD. La persona en el cuerpo y con el cuerpo se manifiesta y comunica con la sociedad. En el cuerpo la persona encuentra sus límites como el dolor o la muerte, en los que está implicada la participación de todo el ser personal. La persona es más rica que su propia corporeidad pero vive una unidad sustancial con la misma.

Al ser aplicado este valor a la medicina, el médico, a través del propio cuerpo y de la técnica, actúa sobre la corporeidad del paciente, pero este acto médico es totalmente personalizado porque se interviene en la totalidad de la persona.

VALOR FUNDAMENTAL DE LA VIDA FÍSICA. Aunque la vida física no es toda la persona, es el fundamento de todos los demás valores de la persona, porque todos los demás bienes y valores, incluida la libertad, como también la conciencia y la socialidad, presuponen la existencia física del hombre.

VERACIDAD. Que el paciente sea informado con exactitud y amplitud.

VOLUNTARIEDAD. El paciente tiene derecho a tomar de manera libre y responsable las decisiones de su tratamiento.