

Las peculiaridades actuales de la práctica médica y los principios éticos*

I. INTRODUCCION

MANUEL QUIJANO-NAREZO‡

Hace 14 años, en el Congreso del Centenario de la Academia, el Maestro Ignacio Chávez leyó una conferencia con un título muy semejante al de este simposio, y empezó diciendo que hablar de ética no parecía ya estar de moda. Pero que el tema, aunque tan antiguo como la medicina misma, no ha perdido actualidad, que continúa anclado en la conciencia del médico y que aun cuando toda preocupación de este tipo está primeramente basada en los dictados de una moral individual y eterna, las circunstancias en que el profesional actúa son tan variables, que es preciso adaptar periódicamente las normas a nuevas exigencias, a transformaciones de nuestros medios de acción, a coyunturas sociales y económicas, inclusive a nuevos imperativos de tipo jurídico.

Con la tecnología desarrollada en los últimos tres decenios, no sólo se modificó el acto médico para volverse más mecánico e impersonal, sino que se han planteado nuevos conflictos de conciencia para el médico militante: por su mayor capacidad para modificar la historia natural de las enfermedades; porque su acción afecta, no sólo la evolución del padecimiento, sino la función de uno o varios órganos o

sistemas; porque su repercusión sobre el psiquismo del enfermo y su *habitat* inmediato es más profunda; porque la profesión misma se inscribe ahora en un contexto social diferente, en que los conceptos de hombre, mundo, espíritu, ciencia y valores, han cambiado radicalmente; porque, finalmente, el médico es ahora responsable, no sólo ante el individuo que le solicita ayuda, sino ante la colectividad y debe ocuparse de planear, administrar y realizar las políticas de salud, lo que introduce problemas sociales y económicos en los que tiene que participar.

Una medicina que pierde de vista lo concreto y lo humano pierde su razón de ser y su virtud. La psicología común de los que trabajan en los hospitales, que debe ser objetiva, tiende insensiblemente a convertir el objetivo en objeto. Los enfermos se transforman en un número de la cama que ocupan o en el nombre de la enfermedad que hasta ese momento se les ha diagnosticado. Se busca tan sólo aumentar el número de observaciones y engrosar las estadísticas. El anonimato es completo, pues el enfermo tampoco conoce el nombre del médico y empieza ya a utilizarse el sistema de que en la libreta de citas se anote que el enfermo debe acudir al consultorio número tantos, pero no el nombre de la persona que va a atenderlo.

La libertad del enfermo es casi virtual. No escoge a su médico y es forzosamente enviado a especialistas que atienden parcelarmente su condición patoló-

* Presentado en el IV Congreso de la Academia Nacional de Medicina, el 25 de enero de 1979.

‡ Académico titular.

gica. El secreto profesional se preserva cada vez menos, pues las colectividades responsables tienen la necesidad legítima de estar informadas, además de que el expediente circula por múltiples manos no profesionales. La terapéutica es a veces inhumana, pero es también la única eficaz.

Todo el mundo se rehúsa a la idea de hacer del enfermo un sujeto de experimentación, pero nadie duda en considerar el estado de enfermedad como una ocasión para experimentar. Esto no quiere decir que debemos retroceder siempre ante la idea de realizar ciertos "ensayos" sobre un enfermo. Sin la perseverancia y sobre todo sin la audacia de Gross, Crafoord o Blalock, no se hubiera desarrollado la cirugía cardíaca que ahora nos maravilla y, seguramente, en un principio los fracasos no fueron raros. El respeto llamado incondicional al individuo tiene que cambiar y mientras no se le exponga en forma irracional, tiene que dársele su lugar al avance de la ciencia.

Pero no hay que confundir evolución con progreso. No por temor al inmovilismo, se vea en todo cambio un progreso. En bien de los enfermos, y también teniendo en cuenta la nobleza de nuestra profesión, la ética, hay que huir del vicio que mezcla todos los valores, los precederos que deben reemplazarse, y los eternos en las cuales hay que apoyarse, tanto por razones ideológicas como utilitarias.

Los nuevos conflictos así generados tienen que modificar ciertas normas éticas que el médico ha establecido para lograr que su conducta se apegue a imperativos morales. Repito, los preceptos generales de la moral eterna siguen siendo válidos porque, en cuanto a aspiraciones del alma, el hombre de hoy en día —a pesar de los admirables progresos técnicos— sigue siendo igual a sus ancestros de hace varios siglos. Pero los códigos de ética que reuniones internacionales recientes han puesto al día, sobre todo en asuntos de investigación, no impiden que surjan problemas delicados, porque las variables de esas tipificaciones son infinitas.

Por otra parte, la obligación del médico no se refiere al resultado sino a los medios; cuando todo ha estado correctamente llevado, no hay materia de reproche, ni moral ni jurídica, pero los debates interiores a que se ve sujeto el profesional son constantes y no puede encontrar la solución fuera de sí mismo. El médico tiene que saber escoger, entre las tradiciones venerables, aquellas que merecen una defensa intransigente, y reconocer aquellas que pueden ser modificadas. Tendrá que aprender él solo a separar las tradiciones inmanentes a nuestra concepción de la medicina, de las tradiciones contingentes a las que nos hemos ligado por razones diversas. La conducta apropiada no se encuentra escrita ni mucho menos la vamos a diseñar aquí, en este simposio. Pero habremos cumplido nuestro cometido si despertamos interés y curiosidad, para que cada quien medite y se forje mejores instrumentos de decisión.

II. ETICA MEDICA EN LA ERA PRETECNOLOGICA

PEDRO RAMOS*

Los antecedentes

Con frecuencia se piensa que la ética del médico radica en la observancia de leyes, disposiciones o reglamentos que debe obedecer, so pena de ser castigado, o bien en el cumplimiento de mandamientos incluidos en un código muy antiguo. Ni una ni otra cosa son verdad. El médico cumple por la adopción libremente escogida de una forma peculiar de conducta, de acuerdo con su vocación y su conciencia.

El código existe, pero contiene únicamente normas, principios generales de respeto a la persona humana y no pasaría de ser un documento, (se le ha llamado un manifiesto),¹ si no formara parte de un sistema, de una nueva visión del hombre que encerró la simiente de su estudio científico y de su relación comprensiva. Estudio y relación que son obligatorios para el médico.

Por ello Martínez Cortés² escribe con acierto: "Amor y conocimiento, he aquí resumidas en dos palabras las características fundamentales del médico verdadero". El biólogo Waddington³ quisiera que la palabra ética la substituyéramos por "sabiduría", que implica profunda comprensión de sí mismo y del entorno. Algo más sublime que saber, que conocimiento.

En realidad, el caso de ese código es excepcional, porque no cayó en el defecto en que han incurrido tantos códigos morales, "que se llenaron de enunciados negativos, no harás esto, no dejarás de hacer lo otro, produciendo una especie de antagonismo constante entre las normas éticas y las personas; aquéllas siempre censurando, limitando, amenazando y éstas siempre temiendo la transgresión o al despreciar tanta atadura rígida, acabando por liberarse de toda atadura moral".⁴

Antes de llegar a la visión que debemos a los helenos, el camino fue largo y difícil, puesto que las primeras referencias al ejercicio médico no implican imperativos morales, sino crueldad y castigos. En el primer testimonio conocido, el código de Hammurabi, expedido hace 4 000 años, que se conserva casi íntegro, se encuentran los artículos siguientes:

Art. 218. Si un cirujano, al abrir un absceso, pierde a su enfermo o al ojo de su enfermo, se le cortará la mano.

Art. 219. Si por una incisión desafortunada pierde a un paciente o a un esclavo, reemplazará al esclavo.

Art. 220. Si por una incisión desafortunada se pierde el ojo de un esclavo, pagará la mitad de su valor en plata.⁵

Mandatos que debían hacer reflexionar a quienes

* Académico titular.

sueñan y tal vez creen, que en los principios todo no sólo era más simple, sino mejor, porque se sabe que esos artículos no fueron sólo frases. "Se le cortará la mano" tuvo un significado literal.

El resultado fue que este tipo de soluciones llevó durante 1 500 años, al atraso, al inmovilismo, tal vez a la clandestinidad, pero seguramente a la no observación empírica de los fenómenos relacionados con los padecimientos y los medios para auxiliar a quienes sufrían.

Más de 1 000 años después de Hammurabi, encontramos un gran adelanto entre los hebreos, puesto que muchas recomendaciones y prescripciones sobre la alimentación, la unión conyugal, las relaciones familiares, las relaciones sexuales, la higiene de la parturienta y las enfermedades contagiosas del Libro del Levítico,⁶ son válidas aún y en él hallamos el germen de la medicina preventiva.⁷ Las recomendaciones sobre la lepra son amplísimas.

Es sin embargo hasta los siglos V y IV antes de Jesucristo, que se produce en Grecia el gran viraje de donde arranca gran parte de nuestro mundo y se sientan las bases de lo que es hasta hoy nuestra profesión. Se elabora por médicos el código que lleva el nombre de Hipócrates, el primero emitido dentro de una profesión para ser observado por imperativos morales, no por sanciones extraprofesionales, que conserva su valor a pesar de haber transitado el Occidente un camino más de dos veces milenario, pleno de obstáculos, dificultades y nuevas situaciones.

El sistema de que forma parte incluyó también el germen del desarrollo intelectual a que ha llegado la medicina, gracias a que se separó de la magia que le daba poder sobre la masa, pero que le cerraba el camino de la observación científica. Las actitudes mágicas son antitéticas del sentido común organizado, que según Huxley, es la ciencia y del realismo que debe presidir la elaboración clínica, porque cuando procedemos de acuerdo con ellas, suplimos la realidad con imaginación, la distorsionamos, la sustituimos con suposiciones, conjeturas, sueños y creemos que va a transformarse por sí sola, sin nuestro esfuerzo.

La magia sigue presente, pero desde entonces sus ropajes los usan otros y tras las utopías, frecuentemente aparece el pensamiento mágico. En consecuencia, la posición que desde entonces adoptó la medicina, fue más modesta pero más auténtica, porque se propuso alcanzar la verdad por medio de la ciencia, para ponerla al servicio del bien.

La medicina por lo tanto, no es ni ciencia pura ni arte puro; "es ciencia como saber, como conocimiento, para ser utilizado por quienes sean capaces de darle destino; es arte como camino, orientado a alcanzar la felicidad humana".⁸ Es una *tekné* que utiliza las dos para alcanzar el bien, que posee un carácter ético, que la liga a los problemas del bien, de la libertad, de la responsabilidad, de la justicia y del deber. Si su objetivo es el bien, debe contar con

libertad para escoger lo bueno y lo justo, lo que da origen a su responsabilidad y se liga con el problema del deber, porque una vez decidida la solución, es obligatorio ponerla en práctica; aspecto que desde principios del siglo pasado, hizo entrar en nuestro vocabulario al neologismo *deontología*, acuñado por Jeremías Bentham, que muchas veces se ha tomado como sinónimo de ética.

Pienso que los de su escuela tenían razón en que el cumplimiento de los deberes, más que el de las leyes, podría conformar el comportamiento ideal de los individuos y de las sociedades.

Las primeras luchas para ganar el respeto del hombre, seguramente deben haberse librado dentro de la propia sociedad helénica, puesto que en ella se toleraba el infanticidio y el código conocido con el nombre de Hipócrates, no contiene en realidad más que un solo principio, el respeto al hombre desde su concepción, al enfermo, a su ambiente, a sus confidencias y una recomendación, la recepción y transmisión de los conocimientos. Lo admirable es que fueron tan sabiamente expresados que el tiempo no los ha desgastado, sino más bien los ha fortalecido.

Pero en sus principios ¿cómo fue recibido en la sociedad en la que se originó, un cambio tan radical en la concepción de la tarea médica, desde el punto de vista ético? La respuesta es que la medicina se dignificó.

Werner Jaeger ha dedicado a esta cuestión algunas de sus páginas más cálidas. "El médico", afirma, "fue considerado como el representante de una cultura especial del más alto refinamiento metódico y al propio tiempo, la encarnación de una ética profesional ejemplar por la proyección del saber sobre un fin ético de carácter práctico". Y añade: "de todas las ciencias humanas entonces conocidas, incluyendo las matemáticas y la física, la medicina es la más afín a la ciencia ética de Sócrates". Y como entre médico y enfermo, lo óptimo era establecer una relación de amistad, tal relación se extendió al hombre sano y el resultado fue que ser "hombre culto en medicina", es decir "hombre que consagraba a los problemas de esta ciencia un interés especial", era poseer una característica que lo diferenciaba del ignorante de la gran masa.⁹

A su vez, es lógico suponer que el intercambio entre médicos y hombres selectos sanos, no médicos, tuvo que establecer una corriente recíproca de estímulo, para unos y otros, puesto que la medicina griega daba gran importancia al hombre normal, a su dieta, a su ejercicio, no tan sólo al tratamiento del enfermo. Parece ser, según todos los indicios, que la influencia social que entonces tuvo la medicina, no ha sido superada después.

Lo que es indudable es que el pensamiento griego abrió un sendero que desde entonces transitan quienes optan por un medio de vida, una manera de existir característica, que se adopta con fe en sí mismo y en los demás, con confianza en que el hombre

puede ser mejorado en lo físico, en lo mental, en lo intelectual y en lo espiritual. Recorrerlo es un destino vital que se acepta con entusiasmo.

Desde entonces se abrieron también otros senderos que se encuentran cerca, que parecen semejantes, pero que son diferentes, lo que da origen a equívocos. El nuestro no es el de la ciencia pura, sino el de la ciencia aplicada en beneficio del hombre.

Cuando reflexionamos sobre nuestro paso por el tiempo, no podemos menos que admirar la sabiduría de nuestros lejanísimos antecesores, que ha permitido que nuestra profesión llegue hasta hoy, no repitiendo reglas aprendidas, ni soñando en lo irreal, sino pisando firmemente el suelo de la realidad y sabiendo para qué se vive.¹⁰

El Cristianismo, siglos después, no sólo adoptó sino que rubricó, afirmó y enriqueció los principios sobre los que se habían fincado la medicina griega y santificó al amor, al que llamó caridad. Le dio mayor valor que a la amistad y lo hizo obligatorio a la comunidad.

Al declarar a todos los hombres hijos de Dios, estableció las bases para la igualdad, así como la obligación moral de atender a todos los miembros de la sociedad. Extendió la acción del médico al pobre, al ignorante, al gravemente enfermo, al sin remedio, a quienes no llegaba la acción de la medicina griega. Condenó que hubiera medicina para pobres y ricos, instruidos e ignorantes. Pidió compasión para el sufrimiento de los demás, compartir el dolor ajeno, consolar a quien no se puede curar. Reconoció la utilidad del dolor. Favoreció la fundación de establecimientos gratuitos, en los que el médico prodigó cuidados también gratuitos. En ellos se atendió al cuerpo y al alma, noción ahora rehabilitada, que a menudo se soslaya por suponerla religiosa, pero que en realidad ya existía en el pensamiento griego.

En el Cristianismo, los principios éticos de la medicina antigua se materializaron por medio de la ejecución sujeta a un patrón moral de los actos de todos los días, de todos los momentos. No es abusivo afirmar que desde entonces, toda actuación médica pudo ser llamada un acto moral y que los principios cristianos rigieron la ejecución de las actividades médicas durante siglos, en forma tal, que en nuestra época secularizada reconocemos su permanencia en mucho de lo que hacemos. Ciertamente, lo que nos hace falta es recuperar una intención: realizar la asistencia con amor.

Con el colapso del mundo antiguo se perdieron muchos de los conocimientos adquiridos hasta entonces, que las investigaciones de los especialistas parecen probar que eran más adelantados de lo que habitualmente pensamos. El método se abandonó. De los dos elementos básicos de Martínez Cortés, amor y conocimiento, fue en el primero en el que hubo de ponerse el acento y si no hubiera sido porque los principios hipocráticos sufrieron prolonga-

dísimos eclipses, se habría insistido más en un mandamiento que entonces, a menudo, se olvidó y aún se olvida: primero no dañar.

Los principios fusionados de la medicina griega y de la cristiana, han llegado hasta nuestros días y muchos son los autores que han insistido sobre la coincidencia de los principios cristianos con la práctica del ejercicio médico. Pero me conformo sólo con citar a tres que pertenecen al campo del sector reformado desde el siglo XVI: Vives en los inicios, William Osler a final del siglo pasado y principios de este¹¹ y Lawrence, educador médico inglés, quien recientemente, en 1954, escribió: "El arte de la medicina se confunde con la ética cristiana".¹²

Es hasta los inicios del siglo pasado que se recupera en plenitud la esencia del movimiento hipocrático en su aspecto de búsqueda de la verdad. En 1812, año en que se inicia el colapso napoleónico, Renauldín escribe: "La medicina, al igual que las otras ciencias naturales, reposa sobre la observación de los hechos y la experiencia razonada. Consiste en la aplicación de los conocimientos físicos al estudio de las enfermedades y a la investigación de los medios para prevenirlas y curarlas. Sin cesar interroga a la química, se ayuda con las leyes de la física y sigue de cerca los nuevos descubrimientos que enriquecen a la clase inmensa de los seres organizados. No descuida ninguno de los hechos que prometen mejorar los medios para alcanzar su fin, pero antes de dar conclusiones, los somete cuidadosamente al crisol de la experiencia y no pronuncia su juicio hasta después de la observación reiterada de resultados positivos y evidentes".¹³

De esta medicina racional, metódica, anclada en la realidad, que se expresaba en una forma que no lo gran todavía algunas disciplinas que no han salido aún del cerco de las doctrinas, iba a comenzar a nutrirse nuestra medicina en una época en que nadie se avergonzaba de tomar lo mejor donde lo mejor estaba.

Nuestro siglo

"Si un médico se hubiera dormido de 1900 a 1930", escribe Jean Bernard, "al despertar le habrían sorprendido grandes cambios en el campo, en las ciudades, en el número de automóviles y aviones y en el orden político, porque los imperios que había conocido ya no existían, pero encontraría que la medicina casi no había cambiado". "El médico seguía ayudando corazones fatigados, calmando toses rebeldes, fluidificando expectoraciones, pero casi no modificaba el curso de las enfermedades que, si eran benignas, curaban solas y si eran graves, mataban casi siempre. Asistía impotente a la evolución de las septicemias, de las meningitis, de las tuberculosis, de las grandes insuficiencias glandulares".

"En cambio, un segundo médico que se durmiera en 1930 y fuera sacado de su letargo en 1960, no reconocería ya nada. Las meningitis agudas, las tu-

berculosas, las tuberculosis agudas, las infecciones generales, la endocarditis maligna, las bronconeumonías, evolucionaban hacia la curación, la enfermedad de Addison podía equilibrarse, la anemia perniciosa no era ya perniciosa, los cirujanos abrían el corazón y el cerebro, los hematólogos salvaban recién nacidos cambiando su sangre, los psiquiatras convertidos en químicos corregían los graves desórdenes del espíritu, las sondas, las lámparas, los rayos X, los microscopios, exploraban las vísceras, los tejidos, las células, las moléculas mismas".¹⁴

El contraste entre las dos épocas es manifiesto. Parecería que la medicina fue una hasta poco después de 1930 y que desde entonces es otra; además de que en los últimos 30 años ha tenido que hacer frente a problemas nuevos, creados por su propio adelanto y por la participación de intermediarios que antes nunca habían intervenido.

Por otra parte, es necesario darnos cuenta de que existe una nueva óptica colectiva. La presente generación, que ha perdido el recuerdo de las enfermedades que fueron azote de la humanidad hasta hace poco, se siente inmune. Cree que en la misma forma vivieron sus ancestros. Menosprecia el papel que ha jugado la medicina en la evolución humana. Duda de su utilidad. La enjuicia apocalípticamente.

Lo cierto es que la metamorfosis de la medicina existe, que el avance técnico es asombroso, que la masa de conocimientos abrumba, pero el espíritu, la intención, el carácter del médico, o sea el *ethos*, de donde deriva la palabra ética ¿habrán cambiado?

Comencemos por oír las palabras que don Gonzalo Castañeda escribió en 1933: "La profesión de médico es la verdad convertida en bien y como se abraza y ejerce para vivir, hay que acoplar ambos fines con la necesidad de ganar el pan. Su esencia, índole y carácter no son para enriquecer, no hay que ilusionarse, apenas alcanza para existir". "Es una carrera hermosamente compensadora, aunque no sea fuente de riqueza; eleva la categoría social, refina el espíritu y acerca a la persona a altos y honrosos cargos, lo incorpora a un gremio selecto y le proporciona los goces de la vida intelectual".

"La riqueza, la ciencia y la gloria profesional no ocupan el mismo plano; por rareza el sabio vive en la opulencia, el hombre de fortuna, por regla general, es ignorante, el gran médico virtuoso es pobre, el arte de ganar dinero es cosa diferente. Como es difícil circuir todos los lauros, hay que elegir la posición que más cuadre, una vida superior con pobreza, una vida material infecunda o una vida vacua de oropel".¹⁵ A pesar de haber sido escritas hace cerca de medio siglo, conservan su valor. Las alternativas no han variado.

El médico que conocimos por tradición o experiencia, quienes iniciamos la carrera al final del primer tercio del siglo, tenía todo el tiempo ocupado, vivía bien pero no era rico, daba consulta en su

casa y en los barrios de las ciudades y en los pueblos, generalmente junto o cerca de una botica. Al que ganaba mucho no le quedaba tiempo para divertirse. Salvo contadas excepciones, para él no había descanso. Se le buscaba a todas horas del día y de la noche, todos los días del año. Era despertado para atender partos y dolores súbitos. Se le pedían visitas a domicilio en cualquier momento, las horas de consultorio eran teóricas, sin citas previas, sin saber a qué hora terminaría, soportando una serie interminable de quejas. No tenía vida privada, se le exigía una conducta sin tacha. Agréguese a todo esto la inseguridad reinante en los años de levantamiento armado, las arbitrariedades del ignorante con poder y saber que si enfermara o faltara, los ingresos familiares se derrumbarían.

Los emolumentos de la clientela se amoldaban a las circunstancias y en cada caso el médico procuraba ahorrarle al enfermo gastos inútiles. En las casas se improvisaban los cuidados, aun los de las enfermedades graves y todavía a principios de siglo, se transformaba en sala de operaciones la mejor de las habitaciones de la casa, porque los sanatorios eran pocos aun en esta ciudad y salvo dos o tres contruidos *ad hoc*, los demás eran casas adaptadas.

Si se sabía que la carrera tenía pocas ventajas ¿qué era lo que movía a seguirla? La respuesta se encuentra en el ascendiente moral que el médico ejerció en su comunidad, porque en mayor o menor medida se había disfrutado de su acción benéfica personalmente o en la familia, porque el candidato se había dado cuenta de la satisfacción que proporcionaba al médico atender a un pueblo, entonces como ahora tan necesitado. Por otra parte, nunca supe de ninguno que hubiese intentado disuadir de abrazar la profesión al que lo deseaba; antes al contrario, se le estimulaba.

Al médico se le veía como al ser que había ayudado a él o a los suyos en momentos difíciles, durante enfermedades de toda índole, que había hecho lo posible por salvar al que no tenía remedio. Que había acudido al llamado exponiéndose al contagio, que conocía las situaciones familiares en todos sentidos. Que había sido confidente de los problemas difíciles, compañero en los momentos críticos, consejero para resolver conflictos y sostén cuando se le había pedido. Se le confesaban las faltas, los deslices, porque se sabía que no los divulgaría, que ayudaría con su silencio o hablaría o serviría de intermediario para enderezar situaciones difíciles si se le pidiera. Era escuchado porque se le reconocía experiencia y ascendiente. Se admiraba su sabiduría. Y cuántas veces la confianza que se tenía a determinado médico, se había originado en saber que en lugar de cobrar, ayudaba a los enfermos que por serlo, habían dejado de ser el sostén de la familia.

Desde luego que no todos tenían ni las mismas virtudes ni el mismo nivel y debe haber habido malos en cuanto a la intención, pero no era a éstos a

quienes se recurría en la genuina función de pedir y otorgar auxilio.

Corría a su cargo la atención general, por lo cual volveremos a citar a don Gonzalo Castañeda en frases que continúan siendo de actualidad: "El médico cirujano clásico y tradicional, es el tipo más hermoso de profesionista médico y su cargo el más difícil de cumplir, no tanto por su extensión cuanto por la técnica especial de su ejercicio; existen muchos especialistas eminentes, pero pocos médicos generales buenos y la explicación es que hay que saber serlo, pues como es el modelo que más se usa y necesita, cabe aplicarle completa comprensión".¹⁶

En esos años la práctica hospitalaria y la docencia no eran retribuidas en realidad, porque la remuneración era simbólica. Quienes desearan adelantar debían darse tiempo para el ejercicio, el hospital y la docencia, y desde luego también para estudiar. Ser profesor elevaba la calidad profesional y generalmente la vocación docente se apoyaba en un empeñoso ejercicio hospitalario. Tenía mayor demanda el más experimentado. Ser exigente era característica de muchos profesores.

Quienes desempeñaban puestos públicos lo hacían con sencillez, con criterio independiente, como debe hacerlo quien tiene conciencia de la importancia de velar por la salud comunitaria, con deseo de servir desde su cargo, que en realidad representaba una carga honrosa, pero carga al fin, puesto que la retribución era muy modesta y no vivían de ella. Trabajaban con los recursos existentes, sin escudarse para no hacer nada en que se hicieran realidad las utopías. No se pensaba en que el título sirviera para escalar un puesto político.

El estudiante se daba cuenta de que todo, tanto en la escuela como en la profesión, iba a depender de él, de su iniciativa, de su tesón, de su fé, de su confianza en sí mismo lograda por medio de un estudio constante que duraría toda la vida, pero que le permitiría saber cada vez más. Desde el principio sabía que tendría que adaptarse a todos los ambientes y a todas las personas. Aceptaba que sus servicios serían solicitados por todos, inclusive el hostil, a quien no podía negárselos.

El contacto del médico con el público era estrecho, la comunicación directa, sin intermediarios. La selección corría a cargo del solicitante, pero para realizar el acto médico en plenitud, es necesario que se establezca una corriente de simpatía entre quien pide y quien responde. Es entonces cuando se forma y fortalece el vínculo íntimo, que Louis Portes ha sintetizado en una frase que entre nosotros ha gloriado emotivamente el Maestro Chávez: la entrega de una confianza a una conciencia, entrega que es mutua porque a partir de esos momentos, el problema se comparte y muy a menudo es más del médico que del enfermo.¹⁷ Qué diferente es compartir su angustia y la de los familiares, de la cosificación de que hablan teóricos que no la han experimentado

porque o no son médicos, o siéndolo no han ejercido, o también quienes se sitúan en posiciones doctrinarias. Cosificación y quehacer médico con amistad, con amor, son antagónicos. Cuánta razón tuvo Marañón cuando escribió hace más de cuarenta años: "Se tuerce el rumbo de la medicina cuando sus servidores, llámense sistemas filosóficos o criterios morfológicos o etiológicos o técnicas de investigación, se convierten de esclavos en tiranos", para terminar "vivimos ahora la tiranía de la técnica sublevada".¹⁸

Como el acto médico supone un complejo mecanismo de conocimientos, adaptación, comprensión y específicamente de simpatía, es difícil que se realice cuando no existe selección por parte del enfermo. Supone también entrega de tiempo y paciencia, pero en el curso de los siglos, tan sólo con ella se curaron muchos males. Por eso hoy es frase casi de cajón decir que el médico es medicamento por sí solo.

Aspecto ético peculiar de nuestra profesión es la educación de la responsabilidad. No de la que los legistas estudian, sino de la que se genera por las consecuencias de nuestras determinaciones, de nuestras actuaciones. La anatomía patológica, la intervención quirúrgica, la autopsia, son medios que tradicionalmente han servido de autocritica. En realidad, la insistencia en la iatrogenia debe ser interpretada como manifestación de la misma tendencia a ser cada día más responsables. Ninguna otra profesión ha sido tan celosa en la crítica de su propio trabajo como la nuestra. Mucho ganaría el mundo si otras disciplinas la ejercieran con la misma severidad.

¿Por qué cuando se refieren a la ética médica todos se limitan a las cualidades y resultados de la comunicación personal? ¿Acaso el médico no ha participado en la transformación del mundo, movido por incentivos éticos? ¿Por qué no se realiza lo que ha logrado? Es tiempo de reparar la injusticia.

En otros países con instituciones muy antiguas, con estructuras médicas y asistenciales establecidas, la labor de sus fundadores es tan remota, que no se habla ya de ellos; pero entre nosotros, me parece obligatorio llamar la atención sobre la categoría ética y social de los actos del médico en la esfera comunitaria. Los ejemplos son innumerables; citaré solo dos.

La fundación de nuestra Escuela debe ser interpretada como ejemplo de realización ética en el sentido social. Siendo Vicepresidente en funciones de Presidente de la República don Valentín Gómez Farías, el único médico graduado que ha ocupado ese puesto, en el que duró pocos meses, fundó el Establecimiento de Ciencias Médicas el mismo año de una epidemia de cólera, en medio de inestabilidad política, sin local, sin elementos, sin emolumentos para profesores, que durante años cumplieron sus cátedras sin retribución alguna. Los hombres que realizaron esta hazaña dedicaban mucho tiempo al hospital de

caridad y a la docencia. No se sabe que ninguno de ellos se haya enriquecido; pero eran hombres seguros de sí mismos, con vocación de médicos, que con los medios de que pudieron disponer, cumplieron objetivos de enorme interés profesional y nacional.

Si meditamos sobre la trascendencia de lo que entonces se hizo, caeremos en la cuenta de que de la acción del único médico recibido que ha cumplido funciones de Presidente, arrancan todas nuestras instituciones educativas nacionales.

El doctor José Eleuterio González, fundador de la Escuela de Medicina de la Universidad de Nuevo León, se trasladó de su natal Jalisco a Monterrey, sin haberse titulado. Un decreto adaptado a aquellas épocas y a aquellos territorios desérticos y despoblados, le permitió el ejercicio de la medicina, mediante un examen sustentado ante las autoridades estatales. Años después, en unión de otros médicos, fundó la Escuela. Si examinamos las nóminas de los médicos que trabajaban en Monterrey cuando él llegó y años después, veremos que en las primeras dominaban los nombres extranjeros, seguramente de médicos que pasaban del norte a nuestro país.¹⁹ Después desaparecen. Hoy, por el contrario, muchos médicos graduados en Monterrey ejercen en Texas. ¿No fue esto cumplir un deber con el país? ¿No está ya teniendo trascendencia histórica?

Antes de terminar, deseo llamar la atención sobre un aspecto particular, sobre el que me parece que no se ha hecho suficiente hincapié. Es el significado que ha tenido el médico en el curso de los tiempos como depositario y promotor de deberes, derechos y valores humanos.

El médico surge de entre la misma sociedad en que vive; escoge ese género de vida porque tiene vocación de servicio y desea seguir las huellas de quienes la ejercen; pero él ya en la profesión, a su vez, debe dar una imagen particular de comportamiento moral, que tal vez genere en algún miembro de la sociedad, el deseo de adoptarla.

Sea como sea o atribúyasele a la causa que se quiera, el fenómeno está ahí y afortunadamente, siempre ha habido quien haya tomado el relevo. Si el intercambio milenario no hubiese existido ¿no habría sufrido la humanidad las consecuencias?

El peligro estriba en que cambiara la imagen y fuera substituida por la del burócrata. Creo que no será así. En nuestro mundo occidental, su imagen se ha formado durante muchos siglos, ha resistido muchas pruebas y siempre ha salido adelante. Pensando en ello, en 1965 escribimos: "La medicina, inmutable en su espíritu, es esencialmente variable en su contenido y en su forma, porque variables son nuestra ciencia y las formas sociales de los hombres. Los problemas médicos no son siempre los mismos, se transforman con el paso de la cultura, varían de región a región. Son problemas dinámicos propios de un momento determinado, en una sociedad deter-

minada. Un factor espiritual, la intención vocacional del médico, hace posible la medicina; sin ella no existiría. Si se perdiera, la medicina desaparecería con ella".²⁰

Fuera de Occidente se ha pensado y muchos dentro de este mundo lo piensan, que en nuestra civilización se encuentra la causa de los males que padece la humanidad y que para salir adelante, deberíamos olvidar nuestras raíces, nuestro legado, nuestra identidad. Pondoiev, en el capítulo de ética médica de sus *Notas de un médico soviético*, nos dice que éste es ya una creación "no solamente libre de todas las influencias occidentales, sino en oposición a aquellas influencias y en lucha triunfante contra ellas".²¹ Así como que "todo médico, desde que aún es estudiante, debe ser preparado para comprender que toda su actividad ha de llevarse al cabo con incondicional subordinación de sus intereses personales al Estado. Cualquier digresión de esa política, debe ser severamente censurada por la profesión médica",²² afirmando con ello un tipo de ética, la del Estado, la que ya Locke, que fue médico aunque es más conocido como filósofo, se anticipó a señalar. Los hombres, dijo, cumplen sus deberes porque se los manda Dios o porque se los manda el Estado o para estar de acuerdo con su conciencia.²³

Afortunadamente, del mismo Pondoiev es el siguiente párrafo, que nos muestra la permanencia del espíritu médico, del espíritu vocacional, que no reconoce fronteras ideológicas: "Una situación tan exclusiva como la que concierne a las relaciones entre médico y enfermo, no se repite en ninguna otra profesión. El paciente requiere del médico simpatía por su estado mental, compasión, tacto, atención, sinceridad, amor, abnegación; debemos tener todo esto en nosotros si queremos lograr éxito en nuestro trabajo médico y no puede el propio paciente, al confiarse por entero al médico, apreciar estas cualidades".^{24, 25}

La ética del médico anterior a esta época de la "técnica sublevada", ¿dejará un legado valioso a las siguientes generaciones? Seguramente sí. En el curso de esta revisión nos hemos percatado que ha sobrevivido a muchas vicisitudes y que los ataques actuales son sólo variaciones superficiales sobre el mismo tema. La ética del médico, que es parte esencial de la medicina, puede encontrar solución a los nuevos problemas. Tomaré solo un ejemplo, el de la llamada eutanasia, que si hubiésemos sido más fieles a nuestros orígenes, no se habría prestado a confusión. Significa sólo buena muerte, el ayudar a bien morir de nuestros abuelos, de ningún modo muerte anticipada.

En un reciente simposio sobre este tema, el Maestro Chávez resumió en cinco puntos los derechos del enfermo ante la situación que plantean los nuevos recursos técnicos:

1) Derecho a que se respeten su vida y su integridad. 2) Derecho a recibir atención médica im-

partida con todos los recursos de la ciencia y toda la devoción. 3) Derecho a que se respete cabalmente su dignidad de ser humano, lo mismo en la vida que a la hora de morir. 4) Derecho a saber la verdad de su estado de salud para hacer los preparativos que juzgue necesarios. 5) Derecho a que el médico guarde en secreto las confidencias que le haya hecho.

Las circunstancias varían, pero el médico encuentra respuestas que defienden la integridad humana. Su ética no se ha desgastado, continúa viva. Mantiene su intención. Esperamos que para el bien del hombre siga moldeando el carácter, el ethos de la profesión, impregnando la vocación de quien la siga con una auténtica misión humana.

REFERENCIAS Y NOTAS

1. Edelstein, L.: Cit. por Lain Entralgo, P.: *Le médecin et le malade*. París, Hachette. 1969, p. 44.
2. Martínez Cortés, F.: *¿Qué es y cómo se ejerce la medicina del hombre en su totalidad?* Cuadernos del Seminario La Medicina del Hombre en su Totalidad. 1977, p. 4.
3. Waddington, C. H.: *El animal ético*. Buenos Aires, Eudeba. 1963, p. 22.
4. Ruíz Amezcua, L. E. y colaboradores: *Ética médica*. México, Ediciones Eca. 1976, p. 30.
5. Geerts, A.: *La responsabilidad médica en la antigüedad*. II Congrès International de Morale Médicale. París. 1966, tomo II, p. 31.
6. Libro del Levítico. Biblia de Jerusalén. Desclée de Brouwer. Bruselas. 1966, p. 116.
7. Simon, I.: "Toda persona atacada de una enfermedad eruptiva o de flujo o escurrimiento, debe presentarse ante el sacerdote o sus ayudantes, para que lo examinen y eventualmente lo aislen. Sus vestiduras y los objetos que haya tocado habrán de ser lavados". En: *Op cit.* en⁵.
8. Ramos, P. y colaboradores: *Proyección social del médico*. México, Pax. 1969, p. 57.
9. Jaeger, W.: *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. México, Fondo de Cultura Económica. 1945, tomo III, p. 11 a 23.
10. Singer, C.: "Mal día para la medicina sería aquel en que se olvidara la deuda con los griegos y la pérdida sería tanto en el campo ético como en el intelectual". En: *The legacy of Greece*. Oxford, Clarendon Press.
11. Vernoy, R. (Ed.): *The student life. The philosophy of William Osler. The Christian way of life*. Edinburgo, E. S. Livingstone. 1960, p. 158.
12. Lawrence, R. D.: *Clinical medicine. Some principles of thinking, learning and teaching*. Londres, Lewis. 1954, p. 51.
13. Renauldin, L. J.: *Dictionnaire des Sciences Médicales*. París, Fecquet Chapart. 1812, tomo I, p. 21.
14. Bernard, J.: *Progreso de la medicina y responsabilidad del médico*. *Op. cit.* en⁵, p. 261.
15. Castañeda, G.: *El arte de hacer clientela*. México, Editorial El Hecho Mexicano. 1933, p. 33.
16. *Ibid.*, p. 160.
17. Chávez, I.: *La educación de un clínico. Deontología y responsabilidad del médico contemporáneo*. Universidad Autónoma de San Luis Potosí. 1973.
18. Marañón, G.: *Vocación y ética*. Santiago de Chile, Sin fecha, p. 70.
19. González, J. E.: *Los médicos y las enfermedades de Monterrey*, 1881. Londres, Wellcome Historical Medical Library. 1968.
20. Ramos, P.: *Op cit.* en⁸, p. 31.

21. Pondoiev, G. S.: *Notas de un médico soviético*. México, Grijalbo. 1962, p. 250.
22. *Ibid.*, p. 239.
23. *The great ideas*. En: *Syntopicon. Great Books of the Western World*. Hutchins, R. M. (Ed.) Chicago, Encyclopaedia Britannica. 1952, tomo II, p. 358.
24. *Op cit.* en²¹, p. 241.
25. Cvahte, S. y Milcinsky, E.: *El código yugoeslavo de ética médica y su papel en la educación de los trabajadores sanitarios*. En: *Op. cit.* en⁵, p. 252. En Yugoslavia, un código hipocrático modificado pero que mantiene los mismos lineamientos, se ha hecho obligatorio, no sólo al médico sino a todos los miembros del equipo de salud.

III. APARICION DE LA TECNOLOGIA: NUEVOS CONFLICTOS ETICOS

HORACIO JINICH*

Con la aplicación del método científico a los problemas biológicos y médicos, la medicina entra a una nueva etapa histórica, que ha sido llamada "la era científica de la medicina". El médico no deja de practicar un "arte científico", pero el elemento "científico" de esta dualidad se refuerza. Se afirma, cada vez con mayor insistencia, que el clínico es esencialmente igual al investigador científico: ambos observan cuidadosamente y miden los fenómenos; ambos analizan, aplican los principios de la lógica y formulan hipótesis, que tratarán de confirmar o de descartar mediante el experimento o la terapéutica, respectivamente. Y sin embargo, hay diferencias formidables que separan a uno del otro; dos de ellas saltan a la vista: una es de carácter epistemológico, la otra pertenece a la ética.

La primera diferencia, la epistemológica, consiste en el hecho de que el clínico, en contraste con el científico, se enfrenta a numerosas variables, que no puede controlar y que hacen mermar la solidez de sus experiencias y conclusiones. La otra diferencia es la más importante y consiste, precisamente, en el hecho de que cada acción del médico tiene un componente ético ineludible, intrínseco. Y debe ser motivo de orgullo de los miembros de nuestro gremio el que siempre (con excepción de algunos momentos tenebrosos de la historia) lo hemos sentido así, como lo hacen constar el código de Hammurabi, el juramento de Hipócrates, la plegaria de Maimónides, los escritos de Charoka y Susruta en la India, el código de Percival, la declaración de Ginebra, los principios de ética médica publicados por la Asociación Médica Americana y la declaración de Helsinki.

La medicina tradicional se preocupa y ocupa de problemas éticos que acompañan inexorablemente a

* Académico numerario.

muchas de las transacciones que tienen lugar entre el paciente y su médico: la obligación de atender a los pacientes, los honorarios, las dicotomías, la obligación de decir la verdad, la mentira "piadosa", la obligación de respetar los secretos, el aborto, la eutanasia, los conflictos sexuales y otras.

Con la aparición de la tecnología surge una serie numerosa de nuevos problemas éticos:

La prolongación artificial de la vida
 La eugenesia
 El diagnóstico de muerte
 El trasplante de órganos
 La manipulación genética
 Las drogas y la psicocirugía para modificar el comportamiento
 La regulación de la natalidad
 La experimentación en humanos
 La deshumanización de la medicina
 La iatrogenesis clínica, social y cultural.

Cada uno de estos problemas es fuente de innumerables preguntas y de casos concretos que debemos responder en el curso de nuestro ejercicio profesional. ¿Existe alguna diferencia ética esencial entre la no utilización de medidas para prolongar la vida y la utilización de medidas activas para ponerle término? ¿Debe prolongarse la vida al enfermo que ha sufrido la pérdida irreversible de sus funciones cerebrales superiores?¹ ¿Al paciente que es víctima de una enfermedad grave e incurable?² ¿Al anciano? ¿A aquel enfermo cuyo padecimiento ha deteriorado marcadamente la calidad de la vida?³ ¿Debe permitirse que vivan y estén sanos los pacientes con fenilcetonuria, con el consiguiente riesgo de agravar el problema para las generaciones futuras? ¿Deben ser esterilizadas personas con retraso mental? ¿Deben ser disuadidas de tener hijos las portadoras de caracteres recesivos patológicos? ¿Qué tan estricto debe ser el criterio de muerte en condiciones en que se planca utilizar los órganos del paciente para efectuar trasplantes?⁴ ¿Deberá intentarse el restablecimiento de la actividad cardíaca del donador potencial para luego, pasado un tiempo, desconectar el aparato de resucitación?; Si el corazón no continúa latiendo independientemente de la máquina, deberá el médico declarar muerto al paciente para luego volver a conectar la máquina con el fin de que haya cierta circulación en el órgano por transplantar? ¿Qué grupo de médicos debe decidir si el paciente está muerto: el que atiende al donador o el que atiende al receptor? ¿Quién tiene el derecho de autorizar la extracción del órgano por donar? ¿Con qué criterio deberá escogerse, entre muchos receptores, al agraciado? ¿Es deseable modificar la carga genética del que será, un día, un ser humano? ¿Qué criterios servirán de fundamento para definir los caracteres genéticos deseables e indeseables? ¿Deberá prohibirse la investigación en ingeniería genética y controlarse, por ende, la libertad de la investigación? ¿O deberán, por el contrario, permitirse estas investigaciones, con

el consiguiente riesgo de facilitar un posible futuro control de la evolución del hombre y de su estructura social? ¿Es moral el control de la población? En caso de conflicto entre el derecho del individuo a tener hijos y la exigencia de la sociedad a limitar la natalidad ¿qué aconseja la ética? ¿En qué condiciones es moral la experimentación en seres humanos? ¿Es ético suministrar drogas que modifican la conducta humana y pueden restringir su autonomía? De igual manera ¿es ética la psicocirugía? ¿Cómo y bajo qué circunstancias y controles? ¿Viola la libertad humana?⁵⁻⁸

En tiempos recientes ha subido de intensidad el clamor de que la medicina contemporánea se ha deshumanizado. Que el avance de la tecnología y la creciente especialización han convertido al hombre en cosa y lo han fragmentado. Que el hombre sano y enfermo han dejado de ser considerados como lo que son: entidades biopsicosociales, seres únicos que son más que la suma de sus moléculas, células, tejidos y órganos, sino un todo integrado, dueño de una biografía que le es propia y lo hace único, y a la vez parte de una familia, de una sociedad y de una cultura.

Igualmente grave es la acusación a la medicina moderna, hecha por pensadores y críticos sociales de relieve, de haberse convertido nada menos que en una de las mayores amenazas a la salud. Que es responsable de males iatrogénicos que superan a sus efectos benéficos. Que estimula, a la vez que oscurece y oculta, las condiciones políticas responsables de la insalubridad social. En fin, que mistifica y expropia el poder que el individuo tiene de curarse por sí solo y de crear su propio medio ambiente. ¿Es justificado este ataque? ¿Será verdadero que los progresos registrados en la conquista de numerosas enfermedades y en el alargamiento del promedio de vida nos los atribuimos sin justificación, y por ende, inmoralmente, los miembros de la profesión médica? ¿Que dependen de los cambios políticos y tecnológicos y no tienen nada que ver con las actividades terapéuticas y los costosos equipos de que tanto nos enorgullecemos los médicos? ¿Es verdad acaso, que una proporción importante y creciente de los problemas patológicos actuales son el resultado, la consecuencia, de las intervenciones médicas, son iatrogénicos? ¿Que el papel decisivo en la determinación de la salud y de la edad en que llega a su fin la vida lo tienen la alimentación, el agua y el aire en correlación con el nivel de igualdad sociopolítica y con los mecanismos culturales que hacen posible la conservación de la estabilidad de la población? ¿Que la práctica de la medicina patrocina a la enfermedad porque refuerza a una sociedad mórbida, una sociedad que estimula el consumo de medicinas, que hace que sobrevivan los seres defectuosos gracias al cuidado institucional; que segrega a la gente de su trabajo industrial, mediante certificados médicos, logrando así alejarla de la arena en donde se desarrollaría la

lucha política que, sólo ella, cambiaría a la sociedad que la ha enfermado? ¿Será verdad, por último, que los profesionales de la salud somos culpables del crimen moral de destruir en las personas su potencial de enfrentarse, de manera personal y autónoma, a sus debilidades y vulnerabilidades humanas?⁹

El espacio no permite intentar una discusión de las controversias y soluciones que se han propuesto a todos y cada uno de los problemas éticos aquí planteados. Sólo podemos exponer algunos principios básicos que, sin duda alguna, son parte integral de la formación cultural de los miembros de la profesión médica y del cuerpo de doctrina de la medicina. Así, podemos afirmar que la ética, no menos que la ciencia, es intrínseca a la profesión del médico. Que la vida humana es el valor supremo y que, para el médico, todas las vidas humanas tienen el mismo valor, sin importar edad, inteligencia, riqueza, poder, virtud, salud.

La reverencia por la vida implica la prohibición de violarla, de terminarla. La obligación del médico es preservar la vida humana, si bien no siempre debe aplicar medios extraordinarios para ello. Vida humana es más que el simple funcionamiento desorganizado de algunos de los órganos del hombre; su definición incluye la capacidad de pensar, de tener conciencia, de percibir y responder y de regular e integrar las funciones corpóreas, todo lo cual requiere de las funciones cerebrales superiores. En cuanto a la "calidad de la vida", nadie puede juzgar sobre ella más que el paciente mismo. Este conjunto de principios nos ha permitido en el pasado, y debe continuar haciendo posible, que los médicos nos orientemos ahora y en el futuro, frente a los problemas éticos que plantea el avance incontenible de la medicina. Y sin embargo, reconozcamos, como lo hizo Osler hace ya muchos años, que "así como existen enfermedades incurables en medicina y así como hay vicios incorregibles en el ministerio, hay y seguirán habiendo problemas insolubles de ética".⁸

¿Qué podemos decir del peligro de la deshumanización en medicina? Voces más autorizadas que la mía, procedentes de miembros de la Academia Nacional de Medicina, ya lo han proclamado, fuera y dentro de su recinto y ahora me permito hacerme eco de ellas: "el médico y el investigador tienen la obligación de colocar en primer término la dignidad de la persona humana, considerada siempre como un fin en sí misma y nunca como un medio"¹⁰... "no debemos sacrificar nunca al interés de la ciencia el interés supremo del enfermo"¹¹... "el médico deberá mantener incólumes los mandatos que han sido válidos para el hombre desde que nació la civilización: no matar, no dañar deliberadamente, velar por la salud del enfermo, ayudarlo, respetarlo en su cuerpo y espíritu"¹²... "es educador de la comunidad, guía hacia una vida plena, saludable, sujeta en su realización a las inviolables leyes naturales que la determinan y amparan y, por lo mismo, libre de los

engañosos artificios con que ahora se pretende eludir la muerte, logrando sólo arrojar al paciente al círculo dantesco del encarnizamiento terapéutico".¹³

La crítica de que la medicina contemporánea se ha convertido en una amenaza para la salud es injusta, exagerada y miope. Quienes lo hacen se fundan en estadísticas escogidas con parcialidad, de las que extraen solamente la información que se ajusta a sus prejuicios, a la vez que ignoran todo aquello que no les conviene admitir. La iatrogenésis médica, y en cierta medida, la social y cultural, existen, sin duda alguna, y han sido motivo siempre de honda preocupación para los médicos mismos, que hemos sido los primeros en señalarlas y en buscar los medios de limitarlas al mínimo. Todo médico y toda institución médica tienen la obligación moral de utilizar todos los medios a su alcance para atenuar este fenómeno que, admitámoslo, no puede ser eliminado por completo, puesto que no hay sol sin sombra, ni podemos evitarla cuando iluminamos un objeto, y nuestras armas terapéuticas, en la medida en que son poderosas y efectivas, tienen que ejercer efectos colaterales indeseables. Pero el mandamiento clásico *primum non nocere* no será olvidado nunca por los médicos genuinos. En cuanto a la iatrogenésis social y cultural, existen, sin duda, como peligros latentes más que como realidades. Conviene que reflexionemos profundamente sobre ellas los médicos, pero admitamos que el fenómeno es muy complejo, que es una integrante de la problemática social y de la crisis de valores de que formamos parte y de las cuales no podemos sustraernos.

REFERENCIAS

1. Veith, F. J.; Fein, J. M. y Tendler, M. D.: *Brain death. I. A status report on medical and ethical considerations*. J.A.M.A. 238: 1651, 1977.
2. McCormick, R.: *To save or to let die. The dilemma of modern medicine*. J.A.M.A. 229: 172, 1974.
3. Jinich, H.: *El médico, el enfermo y la muerte inminente*. Actualidades Médicas y Quirúrgicas 1972. México, Academia Nacional de Medicina. 1972, p. 331, 334 y 340.
4. Quijano, M.: *Actitud del médico ante la muerte inminente*. GAC. MÉD. MÉX. 113: 3, 1977.
5. Veatch, R. M.: *Medical ethics*. J.A.M.A. 239: 951, 1978.
6. Rhoads, P. S.: *Medical ethics and morals in a new age*. J.A.M.A. 205: 105, 1968.
7. Appel, J. Z.: *Ethical and legal questions posed by recent advances in medicine*. J.A.M.A. 205: 101, 1968.
8. Siegler, M. A.: *The legacy of Osler. Teaching clinical ethics at the bedside*. J.A.M.A. 239: 951, 1978.
9. Illich, I.: *Medical nemeses*. Toronto, Bantam Books. 1977.
10. Sepúlveda, B.: *Conquistas y problemas de la medicina contemporánea*. Discurso de ingreso a El Colegio Nacional. Memoria de El Colegio Nacional 8: 175, 1975.
11. Chávez, I.: *Discurso de contestación al de ingreso del Dr. B. Sepúlveda como miembro de El Colegio Nacional*. Op. cit. en¹⁰.
12. Chávez, I.: *Ética, deontología y responsabilidad del médico contemporáneo*. GAC. MÉD. MÉX. 100: 635, 1970.
13. Vasconcelos, R.: *La educación médica de la comunidad*. XI Asamblea Médica de Occidente. Guadalajara, 1971.

IV. LA DECISION TERAPEUTICA Y SUS IMPLICACIONES FAMILIARES, SOCIALES Y ECONOMICAS

MANUEL QUIJANO-NAREZO

En su práctica diaria, el médico se encuentra situado en un punto de confluencia de dos fuerzas: una que viene del pasado y que le trae técnicas y tradiciones incorporadas en sus hábitos; y otra que viene de la presión social que le impone preocupaciones de otro orden, pero de las que no puede evadirse.

De la tradición, la medicina contemporánea recibe tres lecciones. Una moral, es el respeto al enfermo considerado como un individuo, ante el que es responsable y al que se le debe consideración sin importar su color, ideología, nacionalidad o militancia, inclusive en época de lucha de partidos, facciones o países. Otra intelectual, que obliga a considerar al enfermo como un todo, como un ser indivisible, no "afectado" por una enfermedad, sino experimentando una enfermedad y ofreciendo una respuesta o reacción profunda y global ante la agresión. La tercera lección es metodológica y proviene de mediados del siglo pasado, en que la medicina se esforzó en ser una ciencia de la naturaleza, se sometió a la disciplina de un análisis riguroso, regido por los principios de una causalidad determinista. La medicina de hoy, si no es ciencia en sí, está penetrada de ciencia y gracias a ella se ha vuelto más eficaz pero, por la misma eficacia de sus técnicas, ha aparecido la presión social. Obviamente la sociedad no puede desinteresarse de un poder que permite, cuando menos en ocasiones, evitar calamidades, recuperar los medios de producción, prolongar la duración de la vida humana y aumentar el rendimiento y el bienestar.

La presión social también ha generado transformaciones en sus conceptos fundamentales, algunos benéficos y otros en los que cabe la duda. Pero esta presión ahí está y no se puede negar su existencia. A nadie se le ocurre dejar de reconocer la interdependencia general en el mundo. Si es verdad que la salud de una comunidad depende de la salud de cada uno de sus miembros, es aun más cierto que la salud de cada uno de nosotros está ligada estrechamente al nivel de la salud pública en general, y más en particular a los factores sociales, políticos o económicos.

Se dice, por ejemplo, que el costo de la atención médica ha aumentado en los últimos 15 años tres veces más que el índice de precios; que en los hospitales civiles el gasto diario por enfermo ha subido 500 por ciento; que una política asistencial apenas cercana a lo adecuado para la totalidad de la población consumiría una parte muy importante del pro-

ducto nacional bruto. Acéptese pues que no hay presupuesto estatal, ni siquiera en las naciones ricas, que soporte los costos de las políticas de salud y de asistencia médica. Entonces, ¿somos los médicos, todavía, responsables tan sólo ante el individuo que es nuestro enfermo? La respuesta es obvia: somos ahora, también y con mayor gravedad, responsables ante la colectividad.

Entre paréntesis diré que, cuando menos no se ha acusado hasta ahora de voracidad a los médicos, pues el aumento brutal en el costo de la medicina se adscribe más bien a los burócratas, ya que 25 por ciento de la cuenta se va en supervisores y administradores, en banqueros y aseguradores. Si es verdad que el costo del día-cama en el hospital se ha disparado, ello se debe a los gastos de equipo, instalaciones y administración. Pero estas reflexiones no tienen en este momento ninguna importancia. Lo que interesa ahora es ver en qué forma la mencionada ampliación de la responsabilidad afecta la ética profesional.

Hay un acto que posee una importancia particular en la profesión del médico, la decisión terapéutica. No se trata de repetir gestos idénticos y monótonos, sino de actos de creación renovada, de vigilancia permanente, al acecho de signos preocupantes y toma progresiva de decisiones. Y esa decisión implica siempre un aspecto técnico y uno moral. Toca, por tanto, a la ética.

Lo espinoso de la toma de decisiones se ha ejemplificado, en los últimos dos decenios, en asuntos que suscitan nuevos problemas morales y jurídicos, como las técnicas de reanimación, el encarnizamiento terapéutico en las unidades de cuidados intensivos, el llamado derecho a la muerte y la eutanasia. Me interesa destacar otros que proceden directamente del dilema entre actuar y no actuar, dadas las implicaciones extramédicas de muchos procedimientos: fundamentalmente, la calidad de la vida ulterior del paciente, el impacto del tratamiento sobre la familia y sobre la sociedad toda.

Se me ocurre recordar la experiencia de los doctores Sheffield y Birmingham de Liverpool, que en 1960, decidieron operar, durante las primeras horas de la vida, a todos los recién nacidos con espina bífida y mielomeningocele. Diez años más tarde hicieron un balance de los resultados sobre 848 intervenciones. La mitad de los pacientes había fallecido en el primer año y del resto, sólo 1.4 por ciento sobrevivían sin secuelas, pues todos los demás padecían incontinencia urinaria con infecciones frecuentes, hipertensión e insuficiencia renal, paraplejia con deformidad de los miembros inferiores, cifosis, escoliosis o lordosis, fracturas y luxaciones frecuentes, trastornos tróficos, hidrocefalia, ceguera y en fin muchas otras secuelas que los convertían en inválidos permanentes. Cada uno de ellos había requerido múltiples operaciones, internamientos prolongados y gastos enormes. Pero no sólo eso. El hogar de esos niños

había sufrido también consecuencias alarmantes: madres que necesitaban tranquilizantes en forma continua, padres que habían envejecido prematuramente, parejas desunidas, alcoholismo, niños abandonados, la educación de los hermanos debilitada y grandes perturbaciones financieras y afectivas. ¿Actuaron esos médicos en forma ética al decidir realizar un procedimiento que, de acuerdo con preceptos técnicos, parecía indicado y del que se esperaba que procuraría alivio o salvación cuando menos a algunos de esos niños? ¿O el calificativo de ético debe aplicarse sólo a la vista de los resultados a largo plazo y condenarse una conducta que a la postre se revele como ineficaz?

Habría, a la mano, muchos otros ejemplos más en que la decisión terapéutica plantea problemas de grave responsabilidad. Recordemos los frecuentísimos casos de diabéticos con gangrena de uno o dos dedos del pie que ameritan internamiento por varios meses, múltiples intervenciones locales o sobre el simpático, curaciones interminables, ejercicios e instrucción higiénica; todo para que más tarde se tenga que recurrir a la amputación en el tercio inferior del muslo. No puede uno menos que preguntarse si no hubiera sido preferible hacer de inmediato esta intervención y rehabilitar al paciente con una buena prótesis. Recordemos como todos los hospitales institucionales procuran no dejarse saturar con los enfermos de accidente vascular cerebral y como los pacientes son dados de alta diez o quince días después de su ingreso, pues lo único que necesitan son cuidados de enfermería, aun cuando esto es casi imposible en el domicilio. Pero claro, retenerlos por varios meses en el hospital, haría nugatorios los objetivos de su construcción, el equipo y el personal.

Otro ejemplo es el caso de las unidades de cuidados intensivos. ¿Se justifican la inmovilización permanente de uno o varios médicos, enfermeras, técnicos de laboratorio y gabinete para la atención de un solo enfermo?, ¿Se justifican los enormes gastos de equipo y otros, para luchar por salvar una vida, máxime que en una proporción elevada de casos no se tiene éxito?

No interesan las respuestas precisas a esas interrogantes. En una profesión como la nuestra en que la casuística es muy complicada, porque en cada caso entran en juego múltiples factores de diferente peso específico, no pueden existir reglas fijas. No basta con decir que una vida humana no tiene precio, pues es quedarse en la superficie del problema ni con predicar idealistamente que los imperativos económicos no deben enfrentarse a los morales y que el médico debe plantearse como meta única la de salvar la vida sin hacerse otras consideraciones.

Hace poco más de un año en Inglaterra se estimaba que existían 3 000 víctimas de enfermedad renal que podrían ser conservadas en vida cada año, utilizando la tecnología apropiada. Pero los dirigentes del servicio nacional de salud decidieron no invertir más

fondos en equipos de diálisis sino utilizar el dinero en propósitos que consideraron más urgentes. Se adujo que el número de pacientes iría en aumento en los años subsecuentes, sumado a los rescatados en los anteriores y que así el costo se incrementaría en millones de libras esterlinas. Además, debían tomarse en cuenta víctimas de otras enfermedades como la hemofilia, la artritis, el cáncer, los padecimientos coronarios, la diabetes, la esclerosis múltiple y otros, para las cuales, si se establecía un programa individual, el presupuesto se convertiría en algo muy superior a los recursos de la nación. Véase aquí como los encargados de la administración de la política de la salud tuvieron que decidir quién debía vivir y quién morir, problema de ética que seguramente nadie, como individuo, quisiera enfrentar.

En otras palabras, se está planteando el problema de lo que llaman los economistas la "rentabilidad" de la medicina, entendiéndolo por el balance entre el beneficio obtenido por el enfermo y los sacrificios de presupuesto que se imponen a la sociedad. Y si se sigue con este pensamiento economista, se llegará a intentar definir prioridades absolutas, a separar la medicina curativa individualista de la medicina comunitaria y preventiva. Planteamiento erróneo, pues no se puede separar al individuo de la colectividad, como no puede separarse la medicina sencilla de la medicina elaborada, como no puede decirse que se deba dar preferencia a la atención de los niños o los jóvenes a expensas de los viejos irrecuperables.

Pero si el vacío de la ética no puede y no debe llenarse con reglamentaciones y leyes, cuando menos parece conveniente que el médico tome conciencia de estos problemas y esté alerta para fundamentar sus decisiones sobre consideraciones múltiples: evitar el sufrimiento inútil, fijarse en la calidad y no en la cantidad de vida que parece conceder a un enfermo, y no olvidar el aspecto financiero que, para la sociedad, no deja de ser fundamental. No habrá médico que, al ver ciertas sobrevidas prolongadas, no deje de lamentar su "éxito terapéutico"; pero de esa incoherencia no pueden derivarse reglas de organización que caerían con facilidad en el dominio de lo inhumano.

No obstante, el médico no puede ya existir aislado; intelectualmente puede ser independiente de la organización y del establishment, pero será siempre responsable, tanto frente a su enfermo como frente a la sociedad y al aparato judicial. Por otra parte, es ya antiguo incorporar factores socio económicos en la cuestión del acto médico: enfermedades profesionales, duración de las incapacidades, modalidades para la reincorporación al trabajo o dictámenes como terceros en querrelas obrero-patronales. De hoy en adelante nuestras decisiones deberán también tomar en cuenta factores puramente financieros, aunque nos repugne la idea. Si las modalidades de la práctica médica cambian, la ética

también tiene que cambiar. No podemos permanecer obstinadamente unidos al contrato específico médico-enfermo; tenemos que ver más allá del "respeto a la persona" o perderemos no sólo la influencia en la sociedad, sino también la confianza que nos depara el individuo aislado.

V. CIERRE DEL SIMPOSIO

MANUEL QUIJANO-NAREZO

La medicina se interroga a sí misma sobre sus motivos, sus modalidades, sus límites, su finalidad misma. ¿Por qué curarse? ¿Para el provecho de quién o de qué? ¿Hasta dónde llegar? ¿Hasta dónde sostener la esperanza? ¿Hasta dónde intervenir en la libertad del paciente para conocer una verdad que puede matarlo o hacerlo rehusar estudios diagnósticos o terapéuticos? ¿Es correcto, de parte del enfermo, acaparar la atención, los cuidados, las finanzas de una sociedad a la cual ya no va a poder servir si es incurable? ¿Es correcto, de parte del médico y su sistema, invertir todas estas energías, esos esfuerzos, esos gastos?

Claro está que quienes han ejercido la medicina se han planteado siempre estas cuestiones. Tal vez nos ocurre ahora lo que al señor Jourdan, que se sorprendió un día al saber que hablaba en prosa. Todos hemos hecho moral sin saberlo, pero también es verdad que antes no había planteamientos tan dramáticos como los de ahora. Pues aunque se re-

pita que la moral permanece inmutable en las cuestiones de la conciencia individual del médico, su responsabilidad tiene ahora dos caras: responsable frente a su enfermo, es al mismo tiempo solidario y dependiente de la sociedad en la cual está inserto.

Inútil responder que una vocación médica digna de ese nombre implica, como todas las vocaciones auténticas, la aceptación del riesgo. Utópico pensar que el médico repitiera la oración de aquel santo que decía: "Señor, dame la inseguridad y la inquietud".

Para finalizar, permítaseme citar unas palabras de André Maurois, porque todavía se muere a pesar de los progresos de la ciencia y el porcentaje de muerte continúa siendo de cien. "Mañana como hoy, habrá enfermos. Mañana como hoy harán falta médicos. Mañana como hoy, el médico conservará su sitio privilegiado de mago, pero igualmente sus terribles responsabilidades. Mañana como hoy, al lado de la medicina científica más y más precisa, mejor y mejor armada, sobrevivirá el médico clásico que, al través de relaciones humanas con el enfermo, consolará a los que sufren y confortará a los que se abandonan a la inquietud y a la angustia. Mañana como hoy, nuevos milagros crearán nuevos deberes. Mañana como hoy, la moral médica deberá ser aceptada y respetada por los médicos de todas las naciones. Mañana como hoy, el médico salvará a un enfermo, sea su amigo o su enemigo, inocente o culpable. En fin, mañana como hoy, la vida del médico será heroica, difícil, angustiada, y a veces sublime."