

Contribuciones a la ética



Luis Allegro

Contribuciones a la ética



Editorial ScienS
BUENOS AIRES

Allegro, Luis

Contribuciones a la ética / Luis Allegro. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Sciens, 2015.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3973-10-9

1. Ensayo Filosófico. 2. Ética. I. Título.

CDD 170

PRIMERA EDICIÓN DIGITAL

Diciembre de 2015

Queda hecho el depósito
que establece la Ley 11.723

ISBN 978-987-3973-10-9

© 2015, Editorial Sciens S.R.L. ®
Franklin Roosevelt 3917, 1° "K", CABA
Tel/Fax: (5411) 45439365
www.sciens.com.ar
info@sciens.com.ar

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

A mis hijos Fabián y Liliana, a mis nietos Luciano y Julieta
y en el recuerdo muy especialmente a mi esposa María Teresa,
a mis padres Francisco y Victoria y a mi hermana Carmen,
que constituyendo mi entorno familiar me han acompañado
con la siempre necesaria calidez del afecto.

Un agradecimiento especial a los amigos, colegas y compañeros de tareas como el Dr. Elías Hurtado Hoyo, Pablo Terrens, el Dr. Luis Zieher, Edgardo García, Leandro y Romina.

Muy especialmente agradezco *In Memoriam* a los Dres. Marcos Meeroff, Carlos Reussi y demás miembros que me acompañaron en la fundación de la Sociedad de Ética en Medicina de la Asociación Médica Argentina, en 1991, pionera en nuestro país.

Índice

Prólogo	8
La tradición hipocrática y la actitud paternalista del médico	9
Ética y educación	11
Ética y convivencia	13
La ética, la ciencia y los valores	15
El problema ético del médico	17
¿Qué necesitan los pacientes de sus médicos?	19
La “Regla de Oro” de la ética	28
Talante ético. Aprendiendo a cuidar	30
Aprendiendo de la adversidad	32
Las decisiones médicas. De la verticalidad a la horizontalidad en la relación médica	34
Valores y principios en ética	36
Praxis Médica: la relación médico-paciente	38
Praxis médica: la comunicación de la verdad	40
El consentimiento informado y la comunicación permanente.	
La información permanente y abarcativa como requisito básico	42
El reduccionismo y el holismo en Medicina.	
La importancia del "conócete a ti mismo"	44
El dilema ético	46
¿De quién es el cuerpo? El paciente es el “dueño” de su cuerpo.	
El “patrimonio” del cuerpo	48
El valor ético de lo científico. La aplicación de lo científico ¿es siempre buena?	50
El médico, la profesión y la ética.	
El médico de la época de Hipócrates y el de la actualidad	52
La ética de Hipócrates. El juramento hipocrático	54
La deliberación ética. ¿Cómo se resuelve un dilema ético?	56
Optimización médica	59
Alianza terapéutica o alianza médica	62
El Método Científico en la Medicina	64
La cura, ¿puede ser una experiencia enriquecedora?	
La experiencia emocional terapéutica	67
La obsoletización de los conocimientos científicos.	
El “obstáculo epistemológico” en la práctica profesional	69
El valor ético del profesionalismo	71
No hay enfermedades sino enfermos	74
Momentos estelares de la investigación del padecimiento humano.	
El descubrimiento del poder patógeno de lo inconsciente	77
Aprendiendo de los pacientes	80
Los cambios del marco ético	
De la seguridad a la incertidumbre; de la certeza a la probabilidad	83

Mala praxis	86
Ética del proceso terapéutico: el holding médico	88
Sobre Iatrogenia. La mala escritura de los médicos	90
Iatrogenia institucional	92
Iatrogenia institucional II. El guardapolvo blanco	94
Iatrogenia institucional III. La importancia del médico de cabecera.	
Oración Médica de Maimónides	96
Desafíos éticos: la tecnología y la relación médico-paciente	98
¿La Medicina sigue siendo una profesión liberal?	
¿Cuál es el grado de libertad del médico?	100
<i>Medice Cura Te Ipsum</i>	102
El valor de los principios de la Bioética. El principio de autonomía	104
El embarazo asistido y la edad de la madre	106
Medicina romántica y Medicina pragmática	108
Propedéutica en ética: análisis ético	110
Cuestiones éticas de la actualidad	112
El Hospital Universitario	114
Ética de la investigación médica	116
Sobre las éticas y lo ético en Medicina	118
Ética de las decisiones trascendentes	120
El compromiso médico	122
Crisis del método clínico. Anamnesis vs. Entrevista.	
La medicina basada en la evidencia	124
El médico de cabecera	126
Diez consejos útiles para la práctica médica	128
Creencia y espiritualidad en medicina	130
Los comportamientos éticos producen cambios estructurales	
que pueden llegar a ser profundos	132
Evaluación del efecto ético. El efecto “papa Francisco”	134
Las transiciones de la Ética	136
Los valores de la ética	138
Valores absolutos y valores relativos en ética	140
Ética y dialéctica	142
Ética de las actitudes operativas en medicina:	
el abordaje explicativo y el abordaje comprensivo	144
Claves éticas en el tratamiento de la salud mental	146
¿Qué rasgos especiales tiene la ética médica?	148
La ética de los canacos	150
Ética de la investigación en la práctica médica	152
El médico de cabecera	154
La relación médico - paciente y la acción médica	156
Lección de ética del papa Francisco	158

Autor**Prof. Dr. Luis Allegro**

Medico Psiquiatra.

Psicoanalista.

Presidente de Honor de la Sociedad de Ética en Medicina, AMA. Miembro del Consejo Académico de Ética en Medicina, Academia Nacional de Medicina.

Ex Profesor Titular de Psicopatología y Psiquiatría, Universidad de Rosario.

Full Member of the International Psychoanalytic Association.

Prólogo

En este ensayo se conjugan dos emprendimientos desde sus inicios.

La creación de una sociedad de ética pionera

El primero fue la peregrina idea que surgió en un encuentro con el Prof. Dr. Marcos Meeroff en 1990 sobre “lo útil y necesario que sería dedicarnos a estudiar la ética médica, e intentar institucionalizarla especialmente en el campo de la medicina. Los dos éramos médicos y por entonces no existían en nuestro país ni sociedades, ni comités de ética en los hospitales e instituciones médicas.

Hablamos con el Prof. Dr. Carlos Reussi, que era el presidente de la Asociación Médica Argentina que apoyó nuestro proyecto y se agregaron el Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni y el Prof. Dr. Roberto Garriz. Y así se fundó la Sociedad de Ética en Medicina en el seno de la A.M.A.

Una Sociedad de Ética en Medicina (SEM) pionera en nuestro país, en el seno de otra institución médica también pionera, la A.M.A.

Del acta de fundación de la SEM se puede transcribir el párrafo siguiente:

“Se resuelve nombrar una Comisión Directiva formada así: Presidente: Dr. Marcos Meeroff; Vice Presidente: Dr. Luis A. F. Allegro y Secretario: Dr. Fabián L. Allegro. Así mismo se designan como Miembros de Honor al Prof. Dr. Carlos Reussi, Al Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni y al Prof. Dr. Roberto Garriz.

El segundo emprendimiento

Se originó –hace ya unos cuantos años– cuando Pablo Terrens, en su carácter de titular de la Editorial Sciens, me encargó la columna de ética de *Psicofarmacología*, invitación a la que acepté gustoso.

Desde entonces venimos desarrollando placenteramente esta tarea, que es el producto conjunto del equipo de trabajo de la Editorial, en el que puedo destacar la insustituible colaboración de Edgardo García, de Leandro Otero, de Romina Olmos y, muy especialmente, de Pablo Terrens: todos colaboradores y amigos.

A todos ellos un muy profundo agradecimiento por acompañarme en esta tarea que ya lleva unos cuantos años.

Prof. Dr. Luis Allegro

Presidente de Honor de la Sociedad de Ética en Medicina
Asociación Médica Argentina

La tradición hipocrática y la actitud paternalista del médico

Como todos sabemos, a Hipócrates se lo suele llamar el "padre de la medicina". Esto tiene un porqué. Este carácter de padre surge de varios aspectos, de los cuales podemos destacar dos. El término "padre" tiene una connotación de "ser generador" y esta condición le otorga "autoridad" sobre lo creado: padre es el que genera hijos, cosas, ideas, situaciones. Es el creador, el autor. En el sentido médico reconocemos a Hipócrates como quien ha creado el funcionamiento básico de nuestra Medicina. Por lo tanto esta cualidad de ser el creador le ha dado a Hipócrates el carácter de "padre de la Medicina".

El segundo factor al cual se debe este carácter paterno, se refiere a ciertos fenómenos psicológicos que se dan sistemáticamente en la relación que se establece entre el médico y el paciente, por acción de la enfermedad y del padecimiento. La enfermedad produce en el paciente un efecto invalidante que lo lleva a una situación de fuerte dependencia del médico, situación que recuerda y repite la dependencia infantil propia del niño frente a sus padres. La psicología moderna ha estudiado este fenómeno: el niño nace con una gran inmadurez. Hay teorías que postulan que dado el gran desarrollo del cerebro en el ser humano, el tamaño que adquiere la masa corporal imposibilita un lapso mayor de nueve meses de gestación dentro del útero materno. En consecuencia, el ser humano para

alcanzar una maduración suficiente, necesita varios años de evolución. Es todo ese período que llamamos niñez, pubertad y adolescencia. Dicho lapso, y especialmente la niñez, se caracteriza por una gran dependencia del niño que todo lo espera recibir de sus padres. Cuando enferma el ser humano se produce un fenómeno por el cual el sujeto "regresa virtualmente" a su infancia y se reproduce psíquicamente aquella invalidez infantil y esto hace que el enfermo lo espere todo del médico, como si este fuera un padre. Este fenómeno se lo conoce como regresión infantil. Este proceso se produce normalmente durante el desarrollo evolutivo del niño y se reproduce patológicamente durante la enfermedad.

Hay otros mecanismos que funcionan en la relación médico-paciente, que son la "idealización" y la "omnipotencia". El paciente idealiza al médico y le atribuye una omnipotencia que sobrepasa las posibilidades reales que éste tiene en cuanto a su capacidad de curar. El enfermo exagera la capacidad del profesional y le atribuye un poder que va mucho más allá de lo que realmente éste puede hacer llegando a suponer que él tiene poderes mágicos.

Esto es exactamente lo que el niño hace con sus padres a quienes les atribuye poderes supraterráneos.

Seguramente, en estos mecanismos asienta la fuerza que manejan los hechiceros y los curanderos que suelen asombrarnos por la

cantidad de personas que acuden a ellos. También aquí hay que buscar la causa que origina muchas de las "curaciones" que provienen de estos personajes.

En la relación que el paciente establece con el médico se producen proyecciones. La proyección es un fenómeno psíquico por el cual el sujeto le atribuye al otro, en este caso al médico, roles y funciones según sus propias expectativas y deseos: entre otras cosas el deseo de que el médico sea omnipotente. Este fenómeno se vigoriza cuando el médico inconsciente e involuntariamente entra en el juego que le está proyectando el paciente y llega a creer en su propia omnipotencia. Este es un punto sumamente peligroso porque la aceptación inconsciente de la omnipotencia lleva al médico fatalmente al extremo opuesto y cae en la impotencia profesional.

Como consecuencia de la acción de estos factores - la paternidad de Hipócrates, la regresión infantil, la idealización y la búsqueda de la omnipotencia - surge toda una ética, o sea todo un comportamiento médico, caracterizado por una "actitud paternalista" del médico frente al paciente. Este paternalismo implica siempre como condición propia de su funcionamiento, un "autoritarismo" que es su consecuencia inmediata. Hoy podemos decir que en una gran primera época de la Medicina, su carácter fue paternalista y autoritario. El médico tomaba al paciente y a su enfermedad, como un padre toma el problema de su hijo, como si fuera un problema propio. Por lo tanto, el médico toma sus decisiones en forma autoritaria y "el paciente debe obedecer", como corresponde que lo haga un hijo. En un sentido psicosocial se establece de este modo una relación vertical, de arriba (el médico) a abajo (el paciente).

Esta forma de pensar da origen, en mi opinión, al tan conocido principio hipocrático de "primum non nocere", o sea que el actuar médico debe ajustarse siempre a que "lo primero es no dañar". Este es un sabio principio al que se ha ajustado predominantemente el quehacer médico.

También, él ha sido el motor que ha dado origen a los cuatro principios básicos que se establecieron cuando apareció la Bioética como disciplina científica definida. Estos son: 1) el principio de beneficencia, por el cual el accionar médico debe buscar siempre el beneficio paciente; 2) el principio de no maleficencia, por el cual, el médico debe evitar todo daño o perjuicio al paciente; 3) el principio de justicia, que indica la imperiosa necesidad de tratar a todos los pacientes por igual y comprender que todos tienen el mismo derecho; 4) el principio de autonomía, por el cual se debe reconocer y respetar la autonomía del paciente frente a las decisiones médicas.

Cuando el médico encuadra su proceder dentro de este esquema adquiere -en relación con el paciente y con toda la situación médica- las mismas responsabilidades que un padre tiene frente al problema de su hijo. Las consecuencias pueden ser muy problemáticas y problematizantes tanto para el paciente como para el médico. El paciente disminuye sus chances de tener una buena información del proceso patológico que lo aqueja y de los posibles tratamientos para el mismo. El médico absorbe toda la responsabilidad de las consecuencias tanto de los efectos del tratamiento como de la evolución del proceso patológico. En este caso, el médico puede quedar muy expuesto a las derivaciones de una mala interpretación respecto de su praxis médica. Cuando los resultados no son los esperados por el paciente y/o sus familiares, entonces aparecen los conflictos.

Ética y educación

Hay una relación dialéctica entre educación y ética. En dicha dialéctica hay, por una parte, una ética de la educación y, por la otra, una educación de la ética. Tomaré únicamente la segunda vertiente: la **educación de la ética** y, dentro de la educación, me referiré a algunas nociones de la psicología del aprendizaje.

Por otra parte, hay un franco parentesco entre el educar, el enseñar y el aprender. El enseñar y el aprender son el anverso y el reverso de una misma función, como las dos caras de una moneda: ambas constituyen una totalidad, de tal modo que nunca se da una sin la participación de la otra. El maestro que enseña a sus discípulos, a su vez también está aprendiendo de ellos. Cuando esta tarea de educar se realiza dentro del ámbito que está exclusivamente destinado a ello (como la universidad, la escuela o el taller) la función se denomina "docencia". Pero el enseñar y el aprender se dan en cualquier lugar y en todo momento.

Aquí tenemos un punto importante en cuanto a la ética: se aprende y se enseña dentro y fuera de los ámbitos académicos, en la vida misma y en todos los escenarios cotidianos.

Cómo se enseña la ética

La ética se enseña con el ejemplo y se aprende con el modelo. Ejemplo y modelo son dos versiones de una misma realidad, aunque se diferencian según el punto de vista del que hace la lectura: si es del que enseña o si es del que aprende.

En el que enseña, la ética debe ser un producto ya logrado e incorporado en la forma de pensar y en el comportamiento, mientras en el que aprende, debe ser un producto que requiere ser logrado. Supuestamente debería ser así, pero no lo es del todo, pues la ética no se termina de aprender nunca. Jamás se llega al producto definitivamente terminado; siempre se está en permanente adquisición. El "*homo ethicus*" –por llamar así al componente ético del ser humano– es una *gestaltung* en permanente modificación, cosa que debería serlo en el sentido del "mejoramiento beneficioso". Las nociones de "bien" y de "bueno" deben constituir el soporte y el carril de esta permanente modificación.

¿Cómo se produce el aprendizaje de la ética? Por identificación con el modelo. Esto es básico en todo aprendizaje. El niño toma a alguien, (el padre, el maestro) como modelo y se identifica con él, incorporando tanto sus comportamientos, como su forma

de pensar.

Hay un modelo biológico que es útil para extraer explicaciones que pueden ser aplicadas a lo que nos interesa: el metabolismo celular. Si observamos al microscopio un organismo unicelular, como la ameba, veremos que cuando está frente a una partícula alimenticia, emite un pseudopodio, que es una prolongación de su protoplasma, para englobar a la partícula, luego la deglute e incorpora dentro de su propio cuerpo celular. Por otra parte, también se ven elementos del interior que son expulsados al exterior por un fenómeno inverso al anterior. Este intercambio, que se da en un doble sentido de adentro hacia afuera y viceversa, es seguramente la actividad más importante del fenómeno que llamamos vida.

En el psiquismo, también se da un fenómeno de incorporación de elementos, de información, de conocimientos que vienen de afuera, y un fenómeno de expulsión de elementos, de conocimientos, de información que van desde el psiquismo al mundo externo. El psicoanálisis ha estudiado este tema y a la incorporación psíquica se ha denominado introyección o identificación, mientras que a la expulsión, la llamó **proyección**.

La relación maestro-discípulo

El modelo de incorporación mencionado antes, puede observarse con claridad en toda situación de aprendizaje.

Esto se destaca especialmente en la relación padre-hijo y en la de maestro-discípulo. La relación padre-hijo constituye normalmente un vínculo de carácter simbiótico

en un sentido psicológico, en el cual se da una fuerte comunicación emocional y afectiva entre ambos integrantes de la fórmula. Este componente afectivo-emocional es fundamental y fundante en todo aprendizaje: el amor es el puente que canaliza la adquisición en el que está aprendiendo y es el pegamento que estabiliza el aprendizaje. Por amor, el niño toma a su genitor como modelo y lo incorpora como una totalidad en todos los aspectos que lo caracterizan como persona. De esta incorporación *in toto*, se produce un “metabolismo interno”, psíquico, por el cual se efectúa una selección y aceptación de aquellos aspectos que le son útiles en su proceso de identificación, y una eliminación de aquellos otros que no le son útiles. Lo mismo ocurre en el discípulo en su relación con el maestro: lo toma como modelo de persona e incorpora su forma de ser, de comportarse, de sentir y de pensar. **La calidad del vínculo** y su **permanencia en el tiempo** son los pilares que darán el grado de solidez de lo que se aprende: cuanto más intenso es el afecto y mayor es el tiempo de dedicación, más significativo y perdurable será lo que se adquiere.

Este proceso de aprendizaje producirá con el tiempo un enriquecimiento interno y con ello el desarrollo de la autonomía y adquisición de la propia personalidad. Entonces se producirá un robustecimiento de la capacidad de discriminación que le permitirá distinguir y separar aquellos rasgos que se adoptan como propios, de aquellos otros que se distinguen como ajenos. Así se adquiere la ética.

Ética y convivencia

El ser humano busca imperiosamente vivir acompañado, en función del instinto gregario. Las bandadas de pájaros, los cardúmenes de peces y las manadas de lobos hacen pensar que en los animales también existe un instinto gregario que los lleva a agruparse. La explicación que más convence es que el agrupamiento –por ejemplo, de los cardúmenes– provee un mejoramiento ecológico que favorece las condiciones biológicas. De esto se puede inferir que el agrupamiento favorece el mejoramiento de la vida y del desarrollo. Con el grupo humano ocurre lo mismo. Esto se extiende al grupo social, a las comunidades y a toda la sociedad. El agrupamiento de los seres humanos es un hecho espontáneo y necesario.

Cuando un grupo mantiene su funcionamiento y adquiere continuidad en el tiempo, se institucionaliza. Institucionalizarse significa adquirir pautas y normas de funcionamiento que se repiten durante lapsos significativos. Estas son normas de convivencia son indispensables para que el grupo o la institución sobreviva. La explicación estriba en que en el ser humano existen, por una parte, tendencias sociales positivas y, por otra, tendencias antisociales negativas. Las primeras tienden a la unión, la armonía, la integración social y la constructividad. Las tendencias negativas, en

cambio, buscan la desarmonía, la desunión, la desintegración y la destructividad. Esto puede ocurrir en el grupo en su totalidad o en forma parcial en un solo individuo; por ejemplo, es el caso del "chivo emisario". Para que el grupo sobreviva es necesario que surjan las normas de convivencia: ellas son indispensables para la integridad constitutiva y funcional. Las normas grupales perfilan una identidad grupal y un sentimiento de pertenencia en los integrantes del grupo.

Aquí está el germen de las normas éticas. El término "ética" viene de "*ethikos*" que en griego significa "costumbre". Para que un comportamiento tenga carácter social debe privilegiar el vínculo del individuo con el otro. En este sentido, la ética condiciona un carácter vincular en los individuos entre sí y, a su vez, está condicionada por éste.

Solomon E. Asch postula que "los orígenes de las normas se perciben en una organización de grupo espontánea. La más simple manifestación de una acción colectiva contiene rudimentos de orden; la presencia de una tarea en común y la aprehensión por parte de los participantes de las posibilidades de la situación, guía y rectifica sus acciones." Para que los individuos entren en una tarea de cooperación es indispensable

ble que se establezcan acuerdos mínimos entre sí sobre las condiciones en las que esa tarea debe ser realizada. "Tales normas constituyen una forma de decisión grupal que surge en respuesta a la percepción de la dependencia mutua." Cuando estas normas tienen un sentido social se apoyan en principios de beneficios recíprocos.

El individuo mantiene relaciones de intercambio con el medio y el grupo social, tanto a nivel biológico como psicológico. En el nivel psicológico se dan funciones de introyección y de proyección. Las funciones de introyección incorporan elementos psíquicos (vivencias, afectos, sentimientos, entre otras) al psiquismo produciendo así un proceso de enriquecimiento interno en el mismo. Las funciones de proyección extroyectan tanto en el medio como en los otros individuos del grupo, elementos que son representantes de productos internos. Por ejemplo, los elementos de la cultura son representantes de dichos elementos psíquicos puestos en el medio; la educación que recibe un niño es un producto de dicha extroyección psíquica.

En el psiquismo humano se reconoce una estructura psíquica —en términos psicoanalíticos se denomina "superyo"— que está formada por la introyección del medio exterior en el psiquismo: la madre, el padre y los demás familiares, en el sentido de lo que estos personajes han educado y enseñado a este individuo, especialmente durante la niñez. Lo que es aprendido en la infancia perdura toda la vida. Las normas de convivencia, junto con los valores, son incorporadas en esta estructura que así viene a ser la depositaria de las normas morales y de la ética.

Así tenemos dos estructuras éticas. Una relacionada con el individuo de carácter psicológico, que es interna e inherente a él. La otra es externa y corresponde al grupo social: son las normas éticas del comparti-

miento grupal. Sus representantes son las funciones evaluativas y judicativas. Entre la estructura intraindividual y la estructura social hay un intercambio dialéctico de tal modo que ambas se influyen recíprocamente.

Junto a las normas están los valores. Lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto, constituyen valores. Estos son importantes para evaluar un comportamiento y poder predecir sus efectos: si será constructivo o destructivo.

Veamos un ejemplo utilizado por Asch: "un médico, poco después de haber aceptado un nombramiento en un hospital, recibe un ofrecimiento que es muchísimo más ventajoso. Siente entonces que una manera de actuar es tentadora y la otra obligatoria". El sentido de lo correcto impulsa a que se actúe en esta última orientación. Esto se torna una perentoriedad que funciona como una fuerza directriz: la "obligatoriedad" que está en el trasfondo de lo que es la responsabilidad.

Pero también están los ideales, las aspiraciones, los deseos, los niveles de exigencia en el desempeño y en la producción, los modelos que se buscan alcanzar o reproducir de alguna manera. Estos y muchos más constituyen valores que dan sentidos determinados a los comportamientos individuales y grupales. Estos sentimientos se tornan en valores que, en definitiva, confieren cohesión al grupo, sentimiento de pertenencia y calidad en los desempeños y en los resultados.

Los integrantes del equipo médico constituyen un grupo, los enfermos constituyen otro, y el conjunto de ambos grupos forma lo que podría llamarse la comunidad terapéutica. En este conjunto social surgen forzosamente razones y necesidades de convivencia. Estas razones y estas necesidades condicionan los valores y las normas éticas indispensables que aseguren un funcionamiento positivo.

La ética, la ciencia y los valores

La *ciencia* se ocupa del *conocimiento*, pero el conocimiento para que tenga valor científico debe poseer contenido de verdad. Por lo tanto, podemos decir que la ciencia se ocupa de la verdad.

La *ética* se ocupa del comportamiento humano, pero especialmente del comportamiento que posea contenido de *bien* o de lo *bueno*. Por lo tanto, podemos decir que la ética se ocupa del bien y de lo *bueno*.

La ciencia y la verdad

El problema del investigador científico es probar si el conocimiento tiene valor de verdad. Esto se conoce con el nombre de *validación*, y se ocupa de demostrar el valor de un conocimiento en cuanto a su contenido de verdad. Los científicos discuten sobre la necesidad de distinguir entre la "validez" y él "valor". "Validez" es un término lógico y epistemológico; "valor", es un término ético y axiológico.

¿Cómo se prueba la validez de un conocimiento? Hay distintas formas de probarlo. Una de las más importantes es la experimentación. Un conocimiento tiene valor científico cuando su validez puede ser probada en forma universal por cualquier

investigador científico que respete las condiciones de la investigación original. El experimento permite que esto sea posible: Galileo fue el que lo introdujo en el campo de las ciencias y constituyó la adquisición principal en la historia del pensamiento humano dando forma al método de razonamiento científico.

La ética y los valores: el "bien" y lo "bueno"

En la ética es necesario definir como valores: el bien y lo bueno.

¿Qué es el bien y qué es lo bueno? El **bien**, según el Diccionario Larousse (1988), *es el valor supremo de la moral, aquello que se considera como fin de todas las cosas: el bien supremo; aquello que la moral enseña que se debe hacer: discernir el bien del mal; lo que es conforme al deber*. Por lo tanto esta definición nos remite a la moral. A su vez moral, según el mismo diccionario, *es lo relativo a la moral; conforme con la moral (que es una tautología) y luego agrega: es la ciencia que enseña las reglas que deben seguirse para hacer el bien y evitar el mal*. Por su parte, el término **bueno**, (siempre en la misma fuente) *es lo que tiene bondad; conforme con la moral; útil para una cosa*. Con estos significados, no resulta fácil obtener un criterio

para hacer la evaluación de un comportamiento en el sentido de lo ético.

Un filósofo dijo que para definir **lo bueno** es necesario discriminar lo "ontológicamente bueno", de lo "moralmente bueno". Lo "ontológicamente bueno" es todo aquello que promueve el mejor desarrollo del ente o de la persona. Lo "moralmente bueno" es todo aquello que promueve el mejor desarrollo de la sociedad. Esta definición nos permite evaluar mejor un comportamiento en el sentido de lo ético.

¿Cómo podemos efectuar esta evaluación? En primer lugar, debemos tener en cuenta que todo comportamiento produce un efecto, que puede ser constructivo, o destructivo.

Así, entonces, la construcción o la destrucción constituyen un índice de evaluación de un comportamiento. En general calificamos como "conducta ética" aquella que produce y promueve efectos constructivos positivos.

Sin embargo, el criterio de constructividad, no es suficiente. Es necesario atender a un campo más amplio y más abarcativo que tenga en cuenta otros parámetros. En la definición mencionada, la ética está referida al hombre y a la sociedad teniendo en cuenta muy especialmente las condiciones de vida y la forma de vivir. Cuando decimos que lo bueno se refiere a lograr el mejor desarrollo de la persona, se está apuntando a la calidad de vida. Por lo tanto, la ética y/o el comportamiento ético tienen como objetivo principal el logro de una mejor calidad de vida, especialmente en el sentido de lograr el bienestar.

Es necesario agregar un ingrediente más: el "contexto filosófico-ideológico" que tiene que ver con las creencias, las costumbres, las tradiciones, el folklore, la historia, etcétera, que son propios de un lugar, de un pueblo o de una cultura y que hacen a la forma de pensar de un medio social. Estos parámetros constituyen un marco referencial básico. En nuestra sociedad, la conducta suicida es evaluada en forma diferente de aquellas otras en las que la misma tiene una valoración distinta (el harakiri, el kamikaze). La conducta sexual es vista en forma diferente en distintas comunidades. El divorcio es tolerado en algunos grupos y en otros, no.

La conducta comercial se ejerce con códigos diferentes entre los países sajones y los latinos. Lo mismo ocurre con la conducta laboral: en algunas comunidades, la mujer trabaja en el campo y se encarga de las tareas agrícolas, mientras que el hombre se queda en la casa, atiende a los hijos y hace los trabajos del hogar. La referencia moral-religiosa tiene valores diferentes según el grupo social en el que se da el comportamiento. En esto, la cultura religiosa del lugar juega un papel muy importante.

Como una síntesis amplia, se puede decir que un criterio de respeto, de optimización y de mejoramiento es válido en forma general. En todas partes se pueden aplicar los principios básicos de la ética, que son: el de **beneficencia** (lograr el bien y lo bueno), el de **no maleficencia** (*primun non nocere*: primero no dañar, no hacer el mal), y los de respetar la **autonomía** y la **justicia**.

El problema ético del médico

Al médico -cuando está frente al paciente, en la intimidad de su consultorio y en la intimidad de sí mismo- se le plantean dos preguntas básicas: 1) qué **puedo** hacer por este paciente, y 2) qué **debo** hacer por esta persona. Si se observan con detenimiento estas preguntas, cada una tiene una categoría diferente: en la primera, el ser humano es visto como un **paciente**, y en la segunda, como una **persona**. Entre ellas hay una diferencia sideral, pero las dos son importantes.

Cuando el médico se pregunta internamente “qué puedo hacer por este paciente”, el meridiano pasa por la **ciencia**. Se está refiriendo a su bagaje de conocimientos científicos, su experiencia médica y su capacitación profesional. Esto incluye todo lo que estudió y aprendió en la universidad, en el contacto con sus maestros, sus colegas, sus pacientes, con los libros, las revistas médicas, los congresos, los cursos de posgrado, las reuniones científicas, etcétera. En ese momento, frente a su paciente, recurre a todas sus condiciones personales e intelectuales y las pone al servicio de su “poder hacer” en la que está incluida su potencialidad médica.

Cuando el médico se pregunta “qué debo hacer por esta persona”, entonces el pro-

blema pasa por el meridiano de la **ética** y se está refiriendo al conjunto de normas, principios y valores con los cuales el médico maneja, conduce y regula su comportamiento profesional. Esta conducta médica adquiere siempre la forma primordial que le da arquitectura como persona humana, y es este enfoque, el que le permite encontrar en este paciente que tiene delante, a la persona que está incluida en el mismo cuerpo, de tal modo que “paciente y persona” constituyen una unidad indisoluble.

La condición de persona

Desde 1970 en adelante, se viene conociendo el “**fenómeno bioético**”, cosa que está logrando un desarrollo considerable en los últimos años. Este fenómeno surge de comprender que el ser humano **no es un objeto**, ni una máquina que se descompone en partes o aparatos (digestivo, respiratorio, etcétera). El ser humano es una persona que tiene **conciencia de sí mismo**, (es decir que tiene conocimiento de sí mismo y de su propia existencia) y que **tiene autonomía**, que es capacidad de autodeterminación. La noción de **persona** tiene un lugar privilegiado en este modelo. Esto plantea la obligación de distinguir y diferenciar lo que es la **vida biológica**, de lo que significa la **vida**

personal.

Veamos, qué debe hacer el médico en cuanto a la ética. En este sentido el panorama es muy amplio porque hoy es importante que el médico tenga una buena formación ética. Por lo menos debe contar con las nociones básicas de lo que puede llamarse una “operación ética mínima”.

Operación ética mínima

El médico debe tener presente frente al paciente una operación ética que contemple los siguientes tres pasos: 1) la comunicación de la verdad, 2) el consentimiento informado, y 3) la “segunda opinión”. Estos tres puntos son conceptuales, es decir que el profesional debe tener el concepto bien claro de qué es lo que significa cada uno de ellos para cumplirlos en el momento más adecuado de las primeras entrevistas. Es muy importante no dilatar el momento de efectuarlas.

La comunicación de la verdad: la verdad debe regir permanentemente la comunicación en la relación médico-paciente. La verdad es importante porque permite establecer un vínculo de sinceridad en dicha relación. Es necesaria porque da base firme a lo que el paciente debe conocer de su padecimiento para que pueda poner todo su interés al servicio de la curación. Es terapéutica, porque el paciente que conoce bien la realidad sobre su enfermedad puede administrar mejor sus energías dándole un sentido positivo y así optimizar la evolución hacia la curación. Pero es necesario saber que la verdad debe ser comunicada en forma gradual, paso a paso, respetando la receptividad del paciente, de modo que -

según la magnitud del caso- pueda tolerarla tanto mental, como emocionalmente.

El consentimiento informado: se refiere a que el médico debe dar una información clara y sencilla -en un lenguaje común que sea accesible al paciente- de todo lo concerniente tanto a la enfermedad como al tratamiento. Antes de concretar alguna medida terapéutica o diagnóstica, debe ser consultada al paciente y éste debe dar su consentimiento. La consulta debe ser al interesado en primer lugar, y luego a sus familiares, o en su defecto, a aquellas personas que están directamente vinculadas al paciente. La condición de contar con el consentimiento plantea que la relación médico-paciente sea de carácter horizontal, de igual a igual entre dos personas que están igualmente interesadas en esa situación médica. Esto plantea una diferencia total con la relación que antes se establecía entre el médico y el paciente, que era una relación vertical y paternalista, en la cual el médico tomaba la decisión y asumía toda la responsabilidad.

La segunda opinión: este es un concepto que ha surgido en los últimos años. Se refiere a que cuando el paciente tiene una duda respecto de su diagnóstico o de su tratamiento, tiene el derecho de consultar a otro médico o a todos los que necesite hasta resolver sus dudas. Es bueno asegurar al paciente todas las condiciones para que tome sus decisiones y realice su tratamiento en las mejores condiciones posibles. En este sentido es importante darle la seguridad de que él debe adoptar una posición activa en las decisiones de la conducción de su tratamiento.

¿Qué necesitan los pacientes de sus médicos?

La relación médico-paciente: importancia de la persona enferma

El Dr. Michael Boland publicó en el Foro Mundial de la Salud (vol. 16, 1995) que "sorprendentemente, son pocas las personas que parecen preocuparse por la competencia profesional de los médicos. Lo que les preocupa es que **sean capaces de comprender al paciente como persona y de aconsejarle bien**". En Gran Bretaña, se realizó una encuesta para saber qué desean o esperan los pacientes de sus médicos. Lo interesante fue que las respuestas **no destacaron la capacidad profesional como un factor importante**; lo que interesaba era que: **1) el médico supiera escuchar; 2) el médico supiera resolver los problemas del paciente; y 3) que el paciente pudiese ser atendido siempre por el mismo médico.**

La "enfermedad" vs. la "persona enferma"

La enfermedad: una visión reduccionista

El pensamiento de Descartes, con su célebre "pienso, luego existo", planteó una división tajante entre la mente y el cuerpo. Esto constituyó el paradigma cartesiano que en el pensamiento médico se tradujo en lo que se conoce como "modelo bio-médico", donde reside la base conceptual de la medicina científica moderna: el cuerpo humano es considerado como una

máquina compuesta por aparatos (digestivo, respiratorio, etcétera). De esta filosofía surge el concepto de "enfermedad" como una "entidad nosológica", que tiene una etiología, una anatomía patológica, una sintomatología, etc. La enfermedad aparece como el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos. Por lo tanto, significa siempre una comprensión parcial del problema que no incluye a toda la persona. Este es un modelo reduccionista, porque reduce la problemática del ser humano enfermo, a la enfermedad vista como la disfunción de un aparato o de un mecanismo que es una parte del hombre en su totalidad.

La medicina sigue funcionando con el concepto de: 1) el cuerpo como si fuera una máquina, 2) la enfermedad como el resultado de la avería de esa máquina y 3) la curación como la reparación de esa falla (del corazón, del hígado, etcétera). De este modo, el médico concentra su investigación en porciones cada vez más limitadas del cuerpo humano, que tienden a la especialización. (Un ejemplo es el profesional que se ha especializado exclusivamente en las afecciones del conducto lagrimal). Como consecuencia, el médico pierde de vista la humanidad del paciente.

El fenómeno de la curación

El enfoque reduccionista de la medicina impide estudiar y comprender al ser humano en su integridad como persona que, además de cuerpo, tiene psiquismo y que no vive sólo, sino que está integrado a su grupo social y a su medio ecológico. En este conjunto, el hombre tiene un fuerte intercambio desde todos los ángulos que hacen a su vida, para satisfacer sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales, económicas, políticas, entre otras. Esto significa una intensa interacción e interdependencia entre él y su entorno que tiene directa relación con el equilibrio de su salud y con la emergencia de su enfermedad cuando el equilibrio se rompe. El fenómeno de la curación incluye todos estos aspectos que trascienden los límites del cuerpo. El concepto de curación es imposible de comprender en términos reduccionistas.

La persona enferma: una visión holística

Tanto la salud como el fenómeno de la curación han sido comprendidos en formas diferentes en distintas épocas. **Salud y vida** son términos difíciles de definir que están fuertemente relacionados entre sí. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dice que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o de males". Esta definición sugiere una visión holística de la salud, de importancia para comprender la naturaleza del fenómeno de la curación. A esto es indispensable agregar que la salud es un proceso en continuo cambio y evolución.

Lamarck y Darwin han ejercido una importante influencia en el pensamiento actual al proponer las ideas de **cambio** y de

evolución, que están abarcadas en el concepto de **proceso evolutivo**. A esto se han agregado los importantes aportes científicos del siglo XX. En el campo de la física, la teoría de la relatividad de Einstein, la de los cuántos de Planck, la del principio de incertidumbre de Heisenberg (que viene a corregir el concepto de certidumbre impuesto por el pensamiento newtoniano). En el campo de la psicología, las distintas escuelas psicológicas, especialmente las contribuciones de Freud con la investigación de lo inconsciente, del conductismo, de la reflexología, de la antropología, de la sociología, etc. Esto ha impulsado el abordaje psíquico, somático y ecológico de la persona enferma.

Hoy podemos decir que el proceso de curación es la respuesta de un organismo que se integra a las tensiones ambientales en forma armoniosa y coordinada. Pero además tenemos que agregar que dicha curación implica también **un cambio en su filosofía de vida, que optimice y mejore su forma de vivir**.

...puede durar toda la vida

Cambio, evolución y proceso implican una **historia**. En este caso es la historia del fenómeno del enfermar y del fenómeno de la curación. Esto involucra necesariamente la historia de un vínculo: la **relación médicopaciente**. Para que esta relación tenga eficacia curativa es necesario que en ella ambas partes intervinientes –médico y paciente– pongan una importante cuota de amor, simpatía y comprensión, y especialmente por parte del médico, un genuino interés por el paciente y su problemática, sinceridad, comunicación de la verdad, transparencia y todo lo que hace que el vínculo sea importante y trascendente. Cuando ésta relación se establece así... puede durar toda la vida.

Confidencialidad

“El verdadero trabajo de un médico no es el que realiza en los centros de salud, ni en las clínicas públicas, ni en los quirófanos, ni en los laboratorios de los hospitales. Todo ello forma parte de la Medicina, pero el verdadero ejercicio de la profesión tiene lugar cuando en la intimidad de la sala de consulta o en la habitación del paciente, la persona enferma pide consejo a un médico de su confianza. En eso consiste la consulta al médico y todas las demás cosas se derivan de esa función.”

Spence, J.: The need for understanding the individual as part of the training and function of doctors and nurses. London, Oxford University Press, 1960) (Los destacados son del autor)

Lo que fue expresado por J. Spence se refiere a lo que conocemos como **confidencialidad**.

La **confidencialidad** viene de **confidencia**, y ésta su vez viene de confianza, de **revelación secreta**. Se llama confidencial a lo que se hace o se dice con **confianza**, o con seguridad recíproca entre dos o más personas. **Confidente** es la persona a quien otro fía sus secretos o le encarga la ejecución de cosas reservadas.

Veamos lo que dice el *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia Española, XIX Edición. **Confidencia**: (del latín, *confidentia*) F. Revelación secreta, noticia reservada. **Confidencial**: (de confidencia) Se hace o se dice tener confianza o seguridad recíproca entre dos o más personas. **Confidente**: (del latín *confidens*, confiar) Fiel, seguro, de confianza. Persona a quien otra fía sus secretos o le encarga la ejecución de cosas reservadas.

El tema se refiere especialmente a la

“depositación” de la **confianza** que el paciente hace en su médico, en una relación de mutua fidelidad. **Fidelidad** es lealtad y observancia de la fe que uno debe a otro. Fiel significa que guarda fe. **Confianza** es esperanza firme que se tiene de una persona. En este caso es la esperanza que el paciente deposita en su médico.

La depositación de la confianza: teoría de la depositación

En Psicopatología se estudia la teoría de la “depositación”. que considera la existencia de tres entidades: 1) el depositante; 2) el depositario, y 3) lo depositado. El depositante se refiere a la persona que hace la depositación: en nuestro caso, es el paciente. El depositario es el médico que recibe lo depositado. Lo depositado es la confianza y la necesidad de continencia. El conjunto constituye un sistema.

Este sistema funciona como si fuera un banco de dinero. El depositante es el cliente, el depositario es el banco y lo depositado es el dinero. La **confianza** es lo que se deposita junto con el dinero, y da base de sustentación al funcionamiento de esta institución. Mientras el banco devuelva el dinero depositado cada vez que el cliente lo requiera, estará cumpliendo con su función y asegurará su existencia. En cambio, si no devuelve el dinero defrauda la confianza depositada: entonces se rompe la credibilidad, pierde a sus clientes y termina por quebrar. El destino de lo depositado y del depositante depende de la “responsabilidad” (capacidad de devolver) del banco. Todos conocemos cuáles fueron consecuencias por las que pasó la Argentina con los depósitos bancarios, en la reciente crisis económica, desatada en diciembre de 2001.

Deposición y regresión

Aplicado a nuestro caso, el depositario es el médico. En este sentido, el médico funciona como un banco con respecto a la confianza depositada por el paciente en él. Mientras el médico actúe con responsabilidad, la relación con el paciente se mantendrá en forma óptima y se lograrán las mejores condiciones para que el tratamiento se realice de modo exitoso.

En el acto médico se dan fenómenos emocionales y afectivos muy importantes. El enfermo, que ha perdido su equilibrio psico-biológico, es invadido por la ansiedad. La enfermedad le ocasiona sufrimiento e impotencia. El paciente llega a la consulta con miedo por la incertidumbre que le provoca el desconocimiento del mal que lo aqueja. Miedo, ansiedad e incertidumbre producen reacciones psico-emocionales que se traducen en un fenómeno muy estudiado en Psicopatología: la **regresión**.

El fenómeno psíquico de la **regresión** es una virtualidad, es un “como si” que significa un “retroceder” a las formas de reacción propias de las etapas infantiles de la evolución. Cuanto mayor es el peligro que está implícito –y que excita la imaginación– mayor será la regresión producida y, por lo tanto, más infantil será el nivel evolutivo provocado por el retroceso. Por causa de su regresión, un adulto de 50 años puede reactivar y revivir emociones y afectos propios de su primera infancia. Así a pesar de sus 50 años “cronológicos”, se expresará con las emociones infantiles naturales de los dos o tres años de edad. De este modo se provoca en el enfermo la estimulación de su imaginación poblando su mente de peligros fantasmales. Así, minorizado, llega el enfermo a la consulta en malas condiciones emocionales y se torna proclive a aceptar cualquier cosa que le devuelva la tranquilidad.

Esto brinda un marco en el cual se actualizan las vivencias que el paciente experimentó de niño frente a su madre y a su padre. El psicoanálisis ha estudiado el concepto de “*holding*” que se refiere a la continencia emocional que brindan los brazos de la madre dando un sostén lleno de ternura a su bebé. Este sostén y ésta ternura invaden de calidez afectiva a la infantil persona y la calman de las ansiedades de desvalimiento (y a veces, de muerte) que son propias de esos primitivos momentos de la vida. El enfermo repite estas emociones frente al sufrimiento de su enfermedad y busca en el médico el “*holding*” que está necesitando. Aquí está el primer acto médico: recibir las ansiedades de desvalimiento del paciente y hacerse **depositario** de las mismas.

Una doble deposición

Cuando una situación es similar a otra, puede adquirir la función emocional de una metáfora. En este sentido, el médico establece un vínculo con el paciente que implica una metáfora de la relación primitiva que el niño estableció con su madre o con su padre. En esta relación, las características del vínculo materno son de cálida ternura y las del vínculo paterno son de firmeza y seguridad en la continencia.

Cálida ternura y sólida firmeza deben constituir las cualidades que el médico debe poner en el vínculo con su paciente.

Pero es importante tener presente que las imagos revividas inconscientemente del padre, de la madre o de sus sustitutos, poseen un mágico poder que reactiva el sentimiento y el deseo de esperar soluciones llenas de omnipotencia.

Para el niño, los padres que le dieron la vida son omnipotentes. La omnipotencia y la idealización llenan siempre las expectati-

vas del que sufre. Para el enfermo el médico adquiere esos poderes de omnipotencia: es como un dios que le puede devolver la salud y la vida. Esto es lo que el paciente deposita masivamente en toda la relación terapéutica.

En esa relación de **confidencialidad**.

A su vez, el médico también hace una fuerte **depositación** en su paciente. Deposita su esperanza y el deseo de que su accionar profesional sea exitoso. Pero es más todavía: también deposita, en forma condensada e inconsciente, todas las situaciones, los estímulos, las esperanzas, los esfuerzos, los gustos y los disgustos que vivió y que tuvo que pasar en los largos años de su carrera, en todo lo que le llevó y le costó lograr la capacitación y la formación necesarias para ser médico.

Esta es una “doble depositación” —cruzada y recíproca— de confianza y de esperanza.

Creencia, credibilidad, el “contar con” su médico

Creencia: acción de creer. **Creer:** (latín: *fides*) tener por cierto o verdadero; tener fe; tener por verosímil. **Credibilidad:** calidad de lo creíble. **Creíble:** que puede ser creído. **Fe:** creencia; confianza. **Buena fe:** intención recta. Fidelidad. **Verdad:** calidad de lo que es cierto. Conformidad de lo que se dice con lo que existe. **Cierto:** seguro; determinado, fijo.

El paciente necesita imperiosamente creer en el médico en el sentido de confiar y tener la convicción de “contar con” él.

Creencia

Generalmente se utilizan los términos “creencia” y “fe” indistintamente, respetando los hábitos lingüísticos. Es común usar “creencia” en un sentido más general

y “fe” en un sentido más específico refiriéndose a la creencia religiosa. En ámbitos no religiosos se utiliza “creencia” (Ferrater Mora, J. Dic. de Filosofía. T.I, pág. 722).

Las ideas y las creencias: J. Ortega y Gasset (*Ideas y creencias*, 1940)

Ortega y Gasset ha estudiado este punto y le da al término “creencia” un sentido particular, que le permite integrar la metafísica de la existencia humana. Al examinar en profundidad este tema, subraya que no es lo mismo “pensar” en una cosa que “**contar con**” ella. El “contar con” es lo esencial de la creencia. Hay quienes han llegado a morir por sus creencias. Dice Ortega que el ser humano necesita “vivir de la creencia”. Las creencias constituyen el sustento más profundo de la vida humana, o el terreno sobre el cual la vida misma se desarrolla. Está más allá de lo que es la creencia psicológica y llega a abarcar un punto de vista total y metafísico de la vida. La vida se desarrolla y evoluciona sobre el soporte que le permite la creencia. Esto no es un mero creer si no un “estar en” y un “contar con”, que dan el marco de continuidad indispensable para la existencia misma.

Ortega afirma que la idea es aquello que el hombre forja cuando la creencia no es firme. No creemos en las ideas, con las ideas pensamos. Las ideas son como objetos que construimos porque no creemos en ellas. Las ideas son útiles y necesarias para pensar.

Con las ideas reflexionamos, criticamos nuestros pensamientos, elaboramos diversos modos de conocimiento, nuevas formas de acción y construimos nuevos sistemas de pensamiento, pero siempre sobre la base de nuestras creencias. Sin creencias no se puede construir nada. Las creencias son

indispensables para vivir.

El carácter inconsciente de las creencias

Las creencias tienen una raíz inconsciente muy poderosa, y sólo asoma a la conciencia la punta del iceberg. No podemos formularlas claramente pero nos producen un sentimiento muy fuerte y guían permanentemente nuestras decisiones y nuestros actos.

El niño cree en la mujer que lo cuidó, que le dio de mamar, que lo limpió, que lo curó cuando estuvo enfermo, que lloró por sus pesares, que rió por sus alegrías. Para él, esa es su “madre” aunque no haya sido la que lo engendró biológicamente y esto constituye para él una creencia profunda. Una forma de decir es que “las creencias nos poseen a nosotros”, o mejor “que estamos poseídos por las creencias”; mientras que “las ideas las poseemos nosotros a ellas”. La comunidad científica, considera a la ciencia como una creencia diferente, pero fuera de la comunidad científica, la ciencia es una creencia como todas las demás. El carácter inconsciente de las creencias es tan fuerte que algunos autores lo relacionan con el “inconsciente colectivo” de Jung, que se asemeja a la idea que Ortega tiene de la creencia en el hombre, de la cual éste no sabe, ni cómo ni por dónde ha entrado. Es algo heredado.

La convicción y la fe en el médico

De la creencia surge la convicción (latín: convictio). Según el diccionario significa convencimiento, o idea religiosa, política, moral, etcétera, a la que uno está fuertemente adherido. Cuando una creencia adquiere un monto significativo de permanencia se convierte en una convicción. La convicción se torna importante para el paciente que necesita creer en su médico y

así surge la fe en el médico. El Código de Ética del Colegio Médico del Perú dice en el art. 140, que “el médico debe tener en cuenta que la confianza del paciente es una consecuencia de la fe en el médico y en su discreción” y en el art. 141, agrega que “el médico debe respetar y proteger la intimidad de sus pacientes, conocida a través de su trato con ellos”.

La creencia y la medicina: a mayor creencia, mejor pronóstico

Estos conceptos evidencian que el ejercicio de la medicina es un edificio que se construye basado en los cimientos de la creencia.

La fuerza de estos cimientos estará determinada por la solidez de la creencia sobre la que se fundan y se desarrollan. La experiencia nos enseña que cuanto mayor es la creencia del paciente en su médico, tanto mejor es el pronóstico del tratamiento. En cambio el paciente que no cree tiene un pronóstico oscuro.

El problema de la credibilidad

La credibilidad puede ser definida como una situación compartida por el paciente y el médico. A cada uno le corresponde su parte.

La credibilidad del paciente (es decir, su capacidad de creer), depende en buena medida de su fórmula personal, en el sentido de cómo se estructuró su personalidad. Si un paciente se crió en su infancia en un ambiente en el que la verdad no existía como valor, en el que se le negaba el acceso al conocimiento real de las cosas y de los acontecimientos importantes que fueron construyendo su historia personal, en el que se recurría a la mentira, en el que se le distorsionaban los hechos significativos

especialmente aquellos vinculados con el cuidado de la salud; si se usaba la mentira para el contacto con el equipo de salud (por ejemplo, la aplicación de inyecciones, vacunas, etcétera); entonces se comprende que el paciente se torne reacio a creer y confiar en el médico. La experiencia enseña que quienes tienen cultura religiosa suelen ser más proclives a creer y confiar.

La credibilidad en el médico (o sea, su capacidad de transmitir credibilidad) depende de: 1) que ame su profesión y esté convencido de su vocación de servicio; 2) que tenga una buena formación y se mantenga actualizado, para lo cual es importante que esté relacionado en un sentido académico con sus colegas y con las instituciones médicas que cumplen esa finalidad; 3) que sienta un gran respeto por la función médica que desempeña, especialmente en el sentido social; 4) que sienta un profundo respeto y un cordial afecto por su paciente; 5) que sea claro y preciso en sus apreciaciones; 6) que ponga el ejercicio de su profesión al servicio del paciente y de su tratamiento; 7) que su presencia sea lo más constante posible en el desempeño médico; 8) que la comunicación con el paciente se desarrolle siempre dentro del marco de la verdad, de la sinceridad y de la franqueza; 9) que la transparencia sea el carácter predominante de su proceder tanto frente a la comunidad en general, como frente a su paciente en especial.

La importancia de desarrollar un contrato de confianza

La confianza debe ser desarrollada entre el médico y el paciente, especialmente por la participación personal del médico, asegurando que todos los eventos asistenciales sean realizados paso a paso y adecuadamente tanto en la consulta, como en el

diagnóstico, en el tratamiento y en el seguimiento ulterior. Dentro de las condiciones a las que el médico debe ajustar su comportamiento puede citarse la neutralidad que debe mantener ante las ideas y los pensamientos políticos y religiosos, o de cualquier otra índole, que signifiquen la posibilidad de antagonismos u oposiciones. La actitud del médico debe ser respetuosa y neutral.

Compromiso y responsabilidad

Comprometerse es adquirir una obligación para cumplirla en su totalidad, en tiempo y forma. Esto significa que es necesario poner en juego todas nuestras capacidades para llevar adelante aquello en lo que nos hemos involucrado.

Compromiso: (*Diccionario Real Academia Española*) obligación contraída, palabra dada. Sinónimo de deber. La palabra **compromiso** viene de las palabras **promesa** y **prometer**. La etimología de promesa viene del latín *promissa* cuyo plural neutro es *promissum* y de éste deriva *promittere* que es *prometer*.

Responsabilidad

Se dice que una persona es responsable cuando responde adecuadamente a sus compromisos. Es bueno tener en cuenta que toda responsabilidad implica dos momentos: 1) la adquisición del compromiso y 2) el responder al mismo.

Recuerdo que cuando mi hijo —siendo estudiante del secundario, había comenzado su último año—, en una de las tantas conversaciones que solíamos tener, se me ocurrió decirle que si cumplía exitosamente su bachillerato, como premio lo llevaría a conocer las pirámides de Egipto. Bueno, llegó ese fin de año; mi hijo cumplió con

éxito su graduación y entonces me reclamó lo prometido. Lo que en mi memoria había quedado como un dicho poco trascendente, en cambio en la de él, había sido una promesa muy fuerte. Tuve que cumplirla.

En toda relación humana, cuando se promete algo, hay que cumplir. En la situación médica esto adquiere una importancia fundamental. El compromiso comienza en el primer contacto con el paciente. Inmediatamente detrás viene la responsabilidad.

Esta adquiere fuerza con el paciente, cuando el médico da las indicaciones del tratamiento.

La adquisición del compromiso requiere que antes de aceptarlo, se lo medite prolijamente en todo lo que él significa para poder evaluar si se lo podrá cumplir. Todo compromiso implica atención, tiempo, dedicación, trabajo, esfuerzo, etc. Una persona que se compromete cumple con sus obligaciones y piensa seriamente en lograr el cometido que se ha propuesto, especialmente si ha dado su palabra. El aceptar un compromiso, significa que deben conocerse los alcances y las obligaciones que implica. No es suficiente con satisfacer sino cumplir con lo estipulado: todo compromiso significa y abarca mucho más de lo previsto.

La **responsabilidad médica** adquiere mucha importancia cuando configura situaciones que pueden ser calificadas como de **falta médica**. En estos casos pueden dar lugar a juicios de mala praxis.

El compromiso es una promesa recíproca

El compromiso aparece desde muy antiguo, en las relaciones humanas de diferente índole: profesionales, comerciales, laborales, etc. A veces puede llegar a adquirir formas de obligación legal, como el contrato y las letras comerciales. Recordemos que

ha sido motivo de importantes desarrollos en la literatura y en el teatro llegando a mostrar situaciones curiosas del ingenio humano como en el *"El mercader de Venecia"*. Adquirió una gran importancia en la promesa de matrimonio. Su fuerza dramática está ilustrada en *"I promessi sposi"* de Alejandro Manzoni, obra célebre de la literatura italiana. En el ámbito religioso han sido, son y serán de gran importancia las promesas a las figuras veneradas; son clásicas las peregrinaciones que "para cumplir una promesa", se realizan a Lourdes, a Compostela o a La Meca.

El compromiso del médico

Veamos el caso del médico. El ejercicio de ésta profesión es definido como una "prestación de servicios": el servicio de asistir al paciente. Significa explícita o implícitamente el compromiso profesional de poner su saber científico al servicio del mismo e incluye por una parte, estar permanentemente actualizado en su caudal científico para prodigar la mayor eficacia terapéutica y por otra parte, la necesaria e indispensable comprensión humana.

El compromiso del paciente

A su vez el paciente, también está comprometido: consigo mismo poniendo todo su interés y sus esfuerzos al servicio del tratamiento, y con el profesional que le está prodigando su asistencia.

Cuando el paciente recibe pasivamente la asistencia médica

Como es el caso de un acto quirúrgico, entonces estas condiciones de compromiso y responsabilidad competen exclusivamente al profesional. El médico en este caso debe ser consciente del cargo que significa el desempeño de su proceder terapéutico.

Él debe tener bien claro que es de su exclusiva responsabilidad el desarrollo por ejemplo de un acto quirúrgico, o de la asistencia de un enfermo que está incapacitado de conciencia (por ejemplo, en estado de coma).

Cuando el paciente participa activamente de la ejecución de la asistencia

En este caso, tanto el compromiso como la responsabilidad deben ser compartidas. Aquí se trata de que el desarrollo del tratamiento es un proceso que puede ser más o menos prolongado. Hay tratamientos que duran días, semanas, meses, años y algunos pueden ser de toda la vida. En estos casos, ambos, médico y paciente, son protagonistas responsables del proceso.

El compromiso debe ser de ambos, y cada uno le corresponde una responsabilidad determinada. Esto se ve muy claramente en

los tratamientos de los hipertensos o de los diabéticos, en los que la evolución es muy diferente si el paciente colabora o no.

En los tratamientos psicoterapéuticos, el grado de compromiso y de responsabilidad del paciente es básico en la evolución del tratamiento. Pero también es muy importante tener presente que en la misma es un factor determinante el grado de capacitación y experiencia del terapeuta.

Es importante tener bien clara la responsabilidad que deben asumir tanto el profesional como el paciente. De ambos depende el buen uso que se haga con ella. El sano compromiso promueve la generosidad, el afecto, el deseo de lograr bienestar. Esto significa que abarca cometidos que trascienden. Cuando éstas situaciones alcanzan un nivel óptimo, entonces el compromiso no es vivido como una carga sino como una situación placentera.

La “Regla de Oro” de la ética

La ética siempre ha ocupado un lugar prominente en el pensamiento humano. Esto se ha hecho más evidente en el campo de la filosofía y de las religiones. El punto central consiste en encontrar valores para aplicar al comportamiento humano. Dentro de esto, siempre se ha buscado fundamentar una norma o un pensamiento que fuese global, abarcativo, que tuviese una validez categórica, no meramente eventual y que pudiera ser aplicado en forma general a todas las situaciones. Las religiones suelen ofrecer una norma suprema de conciencia, un **imperativo categórico** cuyo alcance llegue a grados importantes y superiores de profundidad y radicalidad. Así es como surge una especie de “regla de oro” de la ética, que es una norma no hipotética y condicionada, sino firme, categórica, apodíctica e incondicional, que puede ser aplicada en todas las situaciones en las que una persona se vea obligada a actuar.

Dentro de estas reglas de oro, hay una que se la atribuye a Confucio (551-489 a.C.) que dice: “*Lo que no deseas para tí, no lo hagas a los demás.*” Esta misma idea la expone Rabbi Hillel (60 a. C.- 10 d.C.) en el judaísmo, en: “*No hagas a los otros lo que no quieres que te hagan a tí.*” San Mateo, en el cristianismo, dice: “*Todo cuanto queráis que os hagan los hombres, hacedlo también vosotros.*” En el mismo cristianismo donde más se desataca es en

el: “*Ama a tu prójimo como a ti mismo.*”

El imperativo categórico de Kant viene a constituir una invención moderna y racional de esta norma: “*Actúa de tal manera que la máxima de tu voluntad pueda servir en todo momento de principio de una legislación general.*” O dicho de otro modo: “*Actúa de tal manera que, tanto en tu persona como en la de los demás, utilices siempre a la humanidad como un fin, y no como simple medio.*”

En la religión hindú, esto es la suma del deber: “*No hagas nada a otros que si te lo hicieran a tí te pudiera causar dolor.*” (El Mahabarata). La religión budista enseña: “*No dañes a otros con lo que pudiera dolerte a ti mismo.*” (Udana-Varga). La religión musulmana enseña: “*Ninguno de ustedes es creyente hasta que desee para su hermano, lo que desee para sí mismo.*” (Hadit).

La fe BAHÁ enseña: “*No deberías desear para otros lo que podrías no desear para tí mismo, ni prometer lo que no puedas cumplir.*” (El Libro de la Certidumbre). Algunas otras fuentes: “*No hagas a tu vecino lo que no pudieras sufrir tu mismo.*” (Pitacos de Lesbos, 650-570 a.C.). “*No hagas a otros lo que te enoja si te lo hacen a tí.*” (Isocrates, 436-338 a.C.).

Las bases psicológicas en las que se sustenta esta “regla de oro”

La psicología ha estudiado que la “per-

cepción que cada ser humano tiene de sí mismo", es decir su "sí mismo" (Selbst en la terminología de C.G. Jung) es congruente con la **noción de su Yo**.

Esta imagen de sí mismo, o esta noción que cada ser humano tiene de su apariencia corporal y de su personalidad, se logra a muy temprana edad por comparación con un semejante, viéndose reflejado en otra persona (el Otro). Esto es coherente con el funcionamiento temprano del psiquismo que se va formando sobre la base a relaciones de comparación y semejanza. Esto fue estudiado por J. Lacan (casi paralelamente a Wallon) y lo llamó **estadio del espejo**. Lacan dice que el Yo (o Ego) se constituye inicialmente por Otro, en el sentido de que el Yo (el niño) requiere necesariamente al Otro (la madre) para lograr la noción de sí mismo, y por lo tanto de su propia existencia. Los estudios posteriores muestran que este "estadio del espejo" está predeterminado genéticamente y que se puede corroborar en condiciones científicas de experimentación semejantes al **imprinting**, que en **etología** ha estudiado Konrad Lorentz.

El espejo, la analogía y la comparación

La mirada en el espejo siempre ha sido cautivante. Verse en el espejo constituye una operación que genera un amplio abanico de interrogantes acerca de uno mismo en cuanto a su propia identidad y a como es vista por los demás.

Surge la enseñanza ética de que **es bueno mirarse en el espejo del semejante**, en toda ocasión y sobre todo en la función del ejercicio profesional.

El fenómeno de la identificación

Identificación: con este término se denomina a un fenómeno que se basa en la comparación de una persona con otra y del que se pueden distinguir dos modalidades: a) la identificación heteropática (Scheler) y centrípeta (Wallon) en la cual es el sujeto

quien identifica su propia persona y la diferencia de otra; y b) la identificación idiopática y centrífuga en la que el sujeto identifica al otro y la diferencia de su propia persona. En la identificación lo importante es ver cómo juega la comparación.

Ética de la identificación: la óptica naturalista y la óptica fenomenológica

La medicina tiene una doble ubicación en el amplio campo de las ciencias: 1) puede ser ubicada dentro de las "ciencias naturales", y 2) dentro de las "ciencias del hombre".

Como **ciencia natural**, adopta el "modelo biomédico" que aplica el método de la segmentación cartesiana y aborda el estudio del ser humano dividiéndolo en aparatos o sistemas: muscular, esquelético, nervioso, digestivo, respiratorio, etcétera. Esta segmentación provoca una deshumanización del hombre. De esta posición filosófica y metodológica surge una captación o una óptica (observación naturalista) que disminuye la sensibilización emocional y afectiva del observador médico.

Como **ciencia del hombre**, estudia al hombre como un ser humano en una determinada situación, es decir inserto en sus circunstancias. Lo cual constituye un conjunto (una *gestalt*) que adquiere el carácter de "fenómeno". En este caso, se da en el médico una óptica (observación fenomenológica) que lo lleva a una identificación con el paciente. Esto promueve en él un incremento de su sensibilidad emocional y afectiva: es un ser humano que se compara con otro ser humano.

Cada una de estas dos modalidades es necesaria y útil en la práctica médica, siempre que se las utilice con un criterio instrumental y situacional y adquieren un gran valor ético cuando se las pone al servicio del paciente y del acto médico.

Talante ético

Aprendiendo a cuidar

"Vivir éticamente es pensar en cosas que están más allá de nuestros propios intereses. Cuando pienso éticamente, soy un ser único, con necesidades y deseos propios, sin duda, pero que vive entre otros seres que también tienen necesidades y deseos"
Peter Singer (Singer P. Ética para vivir mejor. Barcelona: Ariel, 1998: 208.)

Talante: (*Diccionario de la Real Academia Española*) 1. m. Modo o manera de ejecutar algo. 2. m. Semblante o disposición personal. 3. m. Estado o calidad de algo. 4. m. Voluntad, deseo, gusto. En la expresión "talante ético" se incluye todo lo que hace al contexto de la ética, considerando el modo y la manera de realización, la disposición personal, el estado, la calidad, la voluntad, el deseo, el gusto y además el estilo, el perfil y el entorno personal junto con el entorno físico. Este concepto amplía la calidad ética más allá de los límites del comportamiento. Parafraseando a Ortega y Gasset se incluye al hombre y a sus circunstancias. Por lo tanto, al referirnos a la Ética podemos extendernos a conceptos que están fuertemente ligados a ella. En este sentido entramos a considerar el concepto de **curar**.

Curar = cuidar

Curar, proviene del latín *curare* que significa cuidar. **Curación** es la acción y el efecto de curar. El término curación posee actualmente varias acepciones. Una es la *restitutio ad-integrum*, que es la que se logra cuando el proceso patológico desaparece totalmente y el órgano vuelve a su función normal o sana.

En psicopatología el concepto de curación se refiere a dos significados ligados al individuo: 1) la remisión de los síntomas (y por lo tanto del sufrimiento) y 2) el desarrollo evolutivo de la personalidad. La historia del psicoanálisis muestra que en una primera época, el tratamiento lograba la desaparición de los síntomas, cosa que se evaluaba entonces, como una curación clínica. La evolución ulterior de los pacientes evidenció que los padecimientos aparecían de nuevo, algunas veces a través de un cuadro clínico diferente. Entonces se comprobó que los síntomas eran producidos por los aspectos inmaduros de la personalidad que aún no habían sido resueltos y que era necesario promover el desarrollo evolutivo de los mismos prolongando el tratamiento, para obtener la mejoría del enfermo y resolver la patología.

Así se encontró que el mejor indicador

clínico del restablecimiento y la salud es el nivel de calidad de vida logrado por el paciente.

La ética del cuidar

Hay abordajes terapéuticos –especialmente en las patologías estructuradas y de larga evolución– que se limitan a obtener una remisión clínica de la fachada sintomática, dando por curado un proceso que sigue su evolución en forma sub clínica. El talante o marco ético de toda asistencia es extremar el cuidado del enfermo.

La esencia de la tarea de los profesionales de la salud es el cuidado –como acción y efecto del cuidar– del enfermo y su entorno. Este cuidado requiere ser muy abarcativo pues incluye el cuidado: a) del paciente, b) de sí mismo –de la persona del profesional–, c) de los otros –los colegas–, d) de los familiares del paciente, e) del entorno ambiental incluyendo aquello que esté relacionado con esa situación. Esto plantea ejercitar las virtudes morales como componentes éticos del cuidar.

La ética del cuidar tiene profundas raíces en la temprana infancia cuando el bebé recién nacido recibe los cuidados de su madre. El ser humano nace con una total incapacidad. Es el único ser de la escala animal que si, en el momento de nacer, se lo deja librado a sus propios medios, está totalmente inhabilitado para vivir. Si la madre no le brinda los cuidados necesarios, moriría inexorablemente. La persona enferma reacciona en forma similar: reacciona frente a la enfermedad regresando a estadios emocionales análogos a los de la infancia. Por lo tanto también requiere cuidados parecidos.

Algunos estudios indican que estos cuidados son distintos según el sexo tanto del paciente, como del profesional. En cada caso se repite de algún modo –como un cli-

ché– la fórmula de la relación paterno o materno-filial. Así las relaciones padre-hijo, padre-hija, madre-hijo y madre-hija son los modelos de vínculos que se establecen en esta repetición que promueve la actualización mencionada.

Nancy Chodorow realiza un análisis más profundo: está basado en la intensa y exclusiva relación que la madre tiene con los niños y niñas, por la no participación directa del padre en la crianza. Las madres ven en sus hijas aspectos semejantes a ellas y las niñas se ven iguales a sus madres. El apego es clave para su identidad y las niñas adquieren en este primer período una base para la empatía, para experimentar las necesidades y los sentimientos de los otros como si fueran propios. Por el contrario, para las madres sus hijos como opuestos masculinos y los niños marcan la separación de sus madres.

Aprendiendo a cuidar: Si quieres que te cuiden, debes aprender a cuidar a quienes te cuidan

Esta ética es aún más abarcativa: requiere que el mismo enfermo intervenga tanto en el cuidado de sí mismo como también del profesional que lo asiste. Esta intervención del paciente debe ser muy activa. A veces ocurre que el mismo padecimiento, o ciertas condiciones personales que disminuyen su autonomía, lo imposibilitan a adoptar una posición activa. En estos casos cabe la excepción. Cuando se establece una relación de reciprocidad que garantiza una mejor operatividad e incrementa la eficacia de la acción terapéutica.

Para la ética del cuidado la responsabilidad hacia los demás se entiende como una acción en forma de ayuda. Una persona tiene el deber de ayudar a los demás. Si vemos una necesidad nos sentimos obligados a procurar que se resuelva.

Aprendiendo de la adversidad

En las adversidades sale a la luz la virtud.

Aristóteles

La adversidad tiene el don de despertar talentos que en la prosperidad hubiesen permanecido durmiendo.

Horacio

La adversidad vuelve sabio al hombre.

Lucio Anneo Séneca

En tiempos prósperos algunas veces sentí caer el poder de la imaginación; pero la adversidad siempre fue para mí un tónico y un estímulo.

Walter Scott

No hay otra educación como la adversidad.

Benjamín Disraeli

Adversidad: (*Diccionario de la Real Academia Española*) cualidad de adverso; suerte adversa, infortunio; situación desgraciada en que se encuentra alguien. Su etimología proviene del latín *adversitatem* que significa “contrariedad”, y de *adversus* que es “opuesto”, “en contra”. Todo aquello que produce lo malo, el infortunio y la calamidad.

Las enseñanzas de la adversidad. El optimismo en el enfrentamiento de la adversidad.

Las empresas exitosas suelen exigir como condición importante para ser un ejecutivo de la misma, que sepa manejarse en la adversidad. Consideran que esta cualidad es de inestimable valor para conducir cualquier emprendimiento, especialmente cuando las cosas no funcionan bien. En otros términos, hay que ser “un buen piloto de tormentas”. Los líderes aprenden a navegar en la oscuridad cuando la adversidad obstaculiza todas las posibilidades.

Los profesionales de la salud solemos enfrentarnos con situaciones difíciles en la asistencia de pacientes. Difíciles por la patología o por las circunstancias. Para un médico es importante saber desempeñarse con eficacia frente a una situación de adversidad. Tanto para conducir en el enfrentamiento de la situación adversa como para ayudar al paciente. Para esto, el optimismo es de importancia capital.

Toda adversidad trae consigo su lado positivo.

Aprendiendo de la biología

La biología nos enseña si sabemos aprender de ella. Cuando un organismo sufre un

ataque infeccioso ingresa en una situación de desequilibrio biológico que constituye una situación adversa para la salud. Entonces se ponen en marcha los mecanismos de defensa biológicos. El organismo se defiende formando sus anticuerpos producidos por el sistema inmune en respuesta a la presencia de sustancias extrañas y dañinas. Así, la adversidad puede ser comparada con la noxa que ataca al profesional de la salud: también necesita formar sus propios anticuerpos.

Adversidad y resiliencia

Resiliencia es un término que se aplica a la elasticidad de un material capaz de resistir la rotura luego de un impacto con un objeto contundente. La traducción inglesa literal del término significa "entereza", es decir que es la resistencia y la fortaleza para salir exitosamente de pruebas duras que golpean. Por analogía se conoce como resiliencia a la capacidad para pasar las crisis de adversidad en forma positiva, logrando recuperarse y además obteniendo una ganancia positiva. Este concepto se está utilizando cada vez más en psicopatología para distinguir las condiciones que permiten a individuos, a familias, o a grupos, soportar con éxito situaciones de estrés. Ha resultado sumamente útil para estudiar estos problemas en sus posibilidades de superación. Esto se ha visto en niños que sobreviven con buena salud en una familia disfuncional, y también en individuos que poseen virtudes excepcionales para derrotar la adversidad.

Kobasa y sus colaboradores encontraron que las personas que mejor enfrentan la adversidad son las que poseen tres cualidades básicas de personalidad que son: a) **autocontrol**: tienen una firme creencia de ser capaces de controlar los eventos que se

les presentan y que pueden influir sobre ellos; b) **compromiso**: se comprometen profundamente con lo que hacen; y c) **desafío**: aprenden a ver los problemas y resolverlos como desafíos apasionantes. En estos estudios han resaltado como dato positivo las condiciones de **autoestima** y la **creencia en la propia eficacia**. La disposición de ánimo positiva y la tendencia al optimismo son condiciones fundamentales para enfrentar la adversidad.

La imaginación, la creatividad y los recursos personales en la adversidad

La imaginación suele aportar una cuota positiva muy importante para el éxito.

El "Efecto Fosbury": hasta 1968, el "salto de rodillo" era la forma más común de realizar el salto de altura: el atleta corría hasta la barra y se lanzaba hacia delante realizando un movimiento de rodillo. En ese año, en los juegos celebrados en México, el atleta Dick Fosbury sorprendió al mundo estableciendo una nueva marca olímpica y ganando la medalla de oro con un nuevo tipo de salto que se llamó entonces el "salto Fosbury" que consistía en correr hacia la barra y sobrepasarla lanzándose de espalda. De este modo Fosbury "cambio el modelo" en el salto de altura.

Los **recursos personales** constituyen una fuente importante para enfrentar la adversidad. Especialmente si a ellos se agregan buenas experiencias: estas se constituyen en un apoyo interno que brinda seguridad en los momentos de incertidumbre. La autonomía, la autoestima, el control de impulsos, la empatía, el sentido del humor y la fe cobran una importancia tal que los hace trascendentes, a ser respetuoso de sí mismo y de los demás, a responsabilizarse de sus acciones y a mirar el futuro con optimismo.

Las decisiones médicas

De la verticalidad a la horizontalidad en la relación médica

La verticalidad en la relación médico-paciente

Desde siempre fue reconocida la autoridad del médico: en la relación con el paciente, con los familiares y en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

En la primera mitad del siglo XX, el médico ejercía con el paciente una relación paternalista, de fuerte autoridad, que no se limitaba al paciente sino que se extendía a toda la familia.

Hasta no hace mucho tiempo, en el campo argentino, el médico del pueblo compartía la autoridad junto con el comisario, el director de la escuela, el jefe de la estación ferroviaria y el presidente de la comisión de fomento.

Intervenía en los asuntos de familia y en el quehacer de la economía doméstica. Decidía el tratamiento y el paciente se sometía obedientemente sin que intervinieran ni su deseo, ni su voluntad. Era casi una constante que recriminara (como un padre a su hija) a la madre del niño enfermo "porque sus deficiencias maternas habían provocado la enfermedad".

Entre los excesos que ocurrieron, hubo pacientes que fueron operados de cáncer de colon y al despertarse de la anestesia encontraron que el cirujano le había efec-

tuado –sin autorización previa– junto con la resección de intestino grueso, un ano contranatura. Se dieron varios casos de enfermedades que debido a que presentaban cuadros histéricos, se les extirpó el útero sin el consentimiento de la interesada, basándose en la antigua teoría que atribuía la patología de la histeria a ese órgano. Así se cometieron muchos abusos como consecuencia de un exceso de confianza depositada en el médico.

En la segunda mitad del siglo XX esta situación comenzó a cambiar a medida que el conocimiento y la cultura fueron adquiriendo desarrollo. El paciente necesitó mayor información sobre su padecimiento y eso fue promoviendo la necesidad de tomar una participación más activa en el curso los tratamientos y de las decisiones médicas.

El cambio se fue dando paulatinamente. Sin duda, los juicios de mala *praxis* que fueron apareciendo, primero en otros países y luego en el nuestro, deben haber influido de modo decisivo.

Hoy la toma de decisiones médicas va adquiriendo cada vez más importancia porque se va reconociendo su creciente trascendencia.

La horizontalidad en la relación médico-paciente. La coresponsabilidad

Hoy, el médico ocupa el lugar que le corresponde en una relación de co-responsabilidad entre él y el paciente.

Esta relación fue evolucionando con el tiempo. Comenzó siendo bipersonal entre "el médico y el paciente" y, a medida que la medicina se fue complejizando, el médico, que era el único protagonista en la asistencia, fue siendo acompañado por los integrantes del "equipo de salud".

Este equipo está integrado por el médico, la enfermera (que desempeña un papel muy importante dado el amplio contacto que establece con el paciente) y los demás asistentes y técnicos.

Hoy el médico "no es el padre del paciente". Es un profesional a quien se le solicita que aporte sus conocimientos científicos para curar al enfermo. La curación es un proceso en el que intervienen un conjunto de actores y de factores que están directamente vinculados con el padecimiento: el médico es uno de ellos (obviamente importante).

Por su parte, los enfoques médicos más actuales abarcan al enfermo inmerso en su grupo familiar. La enfermedad es un emergente de la patología del grupo familiar, en el caso de la psicopatología. E. Pichon Riviere decía que el enfermo era el "portavoz" de la enfermedad de la familia. La enfermedad está íntimamente relacionada con la familia por vínculos afectivos, emocionales, económicos, laborales, sociales, entre otras.

El enfermo junto con su enfermedad constituyen el elemento vinculante de dos grupos: el terapéutico y el familiar. Cada uno de ellos tiene su propia dinámica y su sistema de fuerzas interactuantes. La confluencia de ambos grupos forma un conjunto que también tiene su propia dinámica y sus propias líneas de fuerza.

Por lo tanto, la toma de decisiones médicas se ha complejizado también.

Es necesario tener en cuenta que una vez completado el diagnóstico y cuando se debe decidir sobre el tratamiento, es necesario informar de modo exhaustivo sobre cada uno de los tratamientos posibles. Supongamos el caso de un tumor canceroso que puede ser abordado con tratamientos alternativos (cirugía, radioterapia, hormonoterapia, etc.). La información debe abarcar cada uno de estos tratamientos, y discriminar sobre sus ventajas, inconvenientes, riesgos, duración, posibilidad de secuelas, entre otros aspectos. Esta información debe ser dada en primer lugar al paciente y luego a los familiares más directos y más responsables.

La participación directa del interesado y de los familiares en el proceso de la toma de decisiones, produce un efecto positivo muy importante en todos porque al constituirse en participantes activos todos contribuyen en el resultado. Es una acción conjunta en la que se unen los esfuerzos cooperativos que permiten positivar los resultados.

La decisión debe ser compartida en una relación co-responsabilidad.

Valores y principios en ética

Los valores en ética

El concepto de valor es sumamente importante en ética. Así como las ciencias se basan en el concepto de "conocimiento", la ética lo hace en el concepto de "valor". Este fue tomado de la economía política de mediados del siglo XIX. Puede ser aplicado a algo que signifique un bien, una propiedad que se concrete en un bien o de la que surja secundariamente dicho valor. El hombre en su propio crecimiento, a medida que va haciendo sus propias experiencias, va aprendiendo que en su accionar en el contacto con su ambiente tiene experiencias buenas y malas. De las experiencias buenas obtiene beneficios y de las malas, perjuicios. Así van surgiendo en él la noción de lo bueno y de lo malo y, en consecuencia, el concepto de "valor": valores buenos y valores malos.

El valor económico de las cosas ha ido surgiendo en la medida de los usos y beneficios que surgían de ellas. Las cosas son valiosas en la medida que satisfacen las necesidades del hombre. El valor está determinado por las necesidades que requieren ser satisfechas y por el grado de satisfacción que brindan.

Según las necesidades respectivas, los valores pueden ser biológicos, psicológicos, sociales, etc. En este campo nos interesan los valores éticos o morales.

El criterio de valoración

El **criterio de valoración** es el marco conceptual dentro del cual se estipulan los ítems que se tendrían en cuenta para emitir un juicio sobre lo que se está evaluando. El valor de un objeto depende de la eficacia que este posea para la satisfacción de la necesidad correspondiente. El abordar el problema de los valores surge espontáneamente la tendencia a considerar los valores económicos. En este sentido P. Drucker ha desarrollado un concepto interesante a tener en cuenta: el "**valor económico del conocimiento**". Este autor ha expuesto repetidas veces que el conocimiento es el valor económico más importante.

Un valor fundamental: respeto por la humanidad y la dignidad humana

Para el ser humano los valores más importantes son aquellos que contemplen su **humanidad**. La ética ha de basarse y contemplar fundamentalmente la condición de que el hombre es **un ser humano**. El hombre **ha de ser más humano**. Es especialmente bueno para el hombre todo lo que fomente, preserve y refuerce su humanidad.

La condición del ser humano de poseer la capacidad de conocer el mundo que lo rodea y, a la vez, tener conocimiento o conciencia de su propia existencia, la capacidad de conocerse a sí mismo, de conocer a

los demás, de poseer inteligencia, sentimientos, voluntad, de poder tomar decisiones, de reflexionar, de razonar, de aprender y memorizar, de poder modificar el mundo que lo rodea, de cultivarse, de adquirir cultura y dejar testimonio de esta cultura, entre otras, configuran un conjunto de propiedades que hacen al concepto de **dignidad humana**.

Los principios en ética

Se conocen como **principios** aquellos conceptos que derivan de la aceptación de un valor. Seguramente el valor más importante que involucra a toda persona es la **dignidad humana**. Se trata del "principio de respeto" que es el sentimiento y la actitud que merece todo ser humano. Un criterio para determinar como uno está tratando otra persona aspecto consiste en aplicar la "regla de oro" de la ética: "trata a tu semejante como querrías que te traten a ti". El concepto de **respeto** incluye en su esencia los fundamentos más importantes de la ética.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron en "Principios de Ética Biomédica" cuatro principios que se han hecho clásicos para efectuar una evaluación o análisis ético. Son los siguientes:

Principio de beneficencia

Desde la ética de Hipócrates nos viene un concepto que es el primero y más importante que se aprende en Medicina, que consiste en: "primum non nocere" (primero, no dañar). Esto se refiere a que el médico, lo primero que debe cuidar, es no provocar un daño innecesario.

Como contrapartida de este concepto surge el Principio de beneficencia, que se refiere a la búsqueda permanente del bien o del beneficio de la persona a quien está dirigida la atención (del paciente, en el caso del médico). Es importante tener pre-

sente que el pro-fesional debe proteger al paciente en todos sus derechos. Todos los análisis que contemplen el concepto de costo-beneficio en la toma de decisiones deben cuidar y proteger al paciente, quien debe ser considerado como un fin último en sí mismo. El profesional debe estar al servicio de la asistencia y la duración del paciente.

Principio de no maleficencia

Este principio constituye el reverso del principio anterior. Desde muy antiguo sabemos que es imperioso no hacer daños a los pacientes. Cuando del accionar terapéutico surge la necesidad de provocar una alteración orgánica, es fundamental considerar este punto en forma exhaustiva para no provocar daños que sean irreparables. Es fundamental considerar la calidad de vida del paciente.

Principio de justicia

Este principio no se refiere a aspectos penales. Este concepto tiene como idea básica la de considerar que todos los seres humanos son iguales y que, por lo tanto, merecen lo mismo, la misma consideración y el mismo respeto. Cuando se plantee la situación de que los recursos terapéuticos son limitados y no alcanzan para brindar a todos los que lo necesitan es necesario recurrir al Comité de Ética de la institución correspondiente. Este punto merece una consideración especial que será desarrollada en otra oportunidad.

Principio de autonomía

Este principio se refiere a la capacidad de una persona de tomar decisiones responsables y, por lo tanto, de autogobernarse. La importancia de este punto merece un desarrollo especial que también será abordado en otra oportunidad.

Praxis Médica: la relación médico-paciente

Un problema que se presenta al médico con frecuencia es cómo realizar el ejercicio de su práctica en la forma más útil y eficiente. El médico se encuentra frente a la necesidad de incrementar su eficacia cuidando que su proceder se encuadre dentro de lo que puede llamarse una buena praxis. Es importante que su práctica se desenvuelva en un amplio margen de seguridad evitando lo que podría dar motivo a interpretaciones de mala praxis. Iremos viendo los puntos que pueden permitir un mejor desarrollo del quehacer médico.

La relación médico-paciente

Entre el médico y el paciente se establece una relación muy intensa, caracterizada por una interacción recíproca que surge de la necesidad de restablecer la salud, aliviar el padecimiento o prevenir la enfermedad. En esta relación de ida y vuelta aparecen una serie de fenómenos que merecen ser estudiados tanto en el médico como en el paciente.

La importancia de la comunicación médico-paciente

"Al principio fue el verbo...". "Desde el caos primitivo,... el hombre es hombre porque habla... la palabra es el único nexo verdadero entre los hombres... todo lo que

tienda a ensombrece el habla, empobrece y deshumaniza". Estas citas bíblicas esclarecen el drama del paciente que, sumergido en su caos, sólo sale de él por la palabra que lo vincula al médico. La palabra es el pasaporte entre la vida y la muerte.

Entre ambos protagonistas –médico y paciente– se establece un diálogo de intercambio que va del uno al otro en un movimiento de ida y vuelta. Esa relación comienza, desde un primer momento, con el paciente que deposita en el médico su problema y con el médico que se hace el depositario del mismo. Entonces se establece un vínculo fundamental que incidirá en forma capital durante todo el proceso. Esta comunicación adquiere una importancia vital para ambos participantes del vínculo. Para el paciente, porque de la relación depende el éxito del tratamiento que en algunos casos llega incluso, a comprometer la vida del paciente. Para el médico, porque de la relación depende el éxito de su cometido y, por lo tanto, su prestigio profesional y la satisfacción que le devenga.

Mediante la comunicación se canaliza no sólo el padecimiento y todo lo que atañe a la enfermedad, sino también la emoción, el afecto y los sentimientos que producen

efectos significativos sobre el organismo del paciente. La comunicación es el puente que une al paciente con el médico y el equipo de salud.

La comunicación médico-paciente en los juicios de mala praxis

A través del estudio de demandas judiciales de mala praxis, se ha demostrado que, en la mayoría de los casos, no fueron causadas por un mal desempeño técnico médico, sino por una perturbación importante en la comunicación entre el paciente y el médico o el equipo de salud. En muchos hospitales de los Estados Unidos se requiere que los médicos hagan estudios y pruebas con el objeto de determinar la capacidad para comunicarse con el paciente. Son cada vez mayores las demandas de los pacientes que se basan en el déficit comunicacional tanto del médico como del personal profesional.

Generalmente la queja es por el trato recibido.

El afecto en la relación médico-paciente

La relación médico-paciente constituye una parte básica de la ética médica, y de la deontología en forma muy especial. El carácter específico de la profesión médica implica que el enfermo deposite su confianza, su enfermedad y su salud en esa relación.

Sigmund Freud fue el primero en estudiar la psicología de la relación que se establece entre el médico y el paciente. El psicoanálisis ha estudiado el fenómeno llamado **transferecia**, que se refiere a los afectos que surgen en el paciente hacia su médico.

Freud explica que el paciente transfiere en la figura del médico los fenómenos emocionales vividos en su infancia, en relación a las figuras de sus padres. Esto significa que el paciente, en el contacto con su médico, "actualiza" aquellos tempranos afectos de su infancia y suele "ver" a su médico "como si fuera un padre".

Por su parte, como contrapartida, en el médico aparecen también afectos hacia su paciente como contrapartida –constituyendo transferencias recíprocas o **contratransferecias**– que lo llevan a ubicarse emocionalmente frente a su paciente "como si éste fuera un hijo". Estoy ejemplificando este concepto a través de una relación padre-hijo porque suele ser la más frecuente. Naturalmente estos afectos intervienen fuertemente en la relación médico-paciente favoreciendo –o dificultando– la fluidez de la comunicación.

Relación de confianza basada en la lealtad y la transparencia

Es fundamental que se establezca entre el médico y el paciente una relación de lealtad y transparencia. Cuando se transmite sinceridad y franqueza se fortalece la relación entre ambos protagonistas del suceso médico. La lealtad y la transparencia en el vínculo entre ambos constituye un marco indispensable. La confidencialidad, la integridad y la verdad incrementan y fortalecen la relación médico-paciente permitiendo un mejor entendimiento entre ambos. Esto contribuye enormemente a la eficacia terapéutica. Así se benefician ambos: el paciente en su curación y el médico en su quehacer profesional.

Praxis médica: la comunicación de la verdad

La verdad desempeña un papel muy importante en la relación entre el médico y paciente. Sin lugar a dudas cumple una función terapéutica positiva cuando está bien administrada.

Establece una comunicación de lealtad y transparencia entre aquellos que la comparten. En el caso del médico y el paciente, la verdad establece una franca relación de sinceridad. Esto supone intercambiar un bien entre ambos lo cual hace que el médico se sienta más conforme consigo mismo, con el conocimiento que está compartiendo y con el paciente que es el destinatario de este conocimiento. Estos afectos surgen de un sentimiento elemental de solidaridad consigo mismo, con el paciente y con todos aquellos que están comprometidos con esa situación que incluye al paciente, su enfermedad y el entorno. Este conjunto logra funcionar como un ecosistema psicológico y social que es muy favorable a la empresa de la curación.

Es importante transmitir la verdad en forma gradual, suave, sin pretender que se acepte forzosamente, en forma exigente. Es importante destinarle tiempo a la comunicación de la verdad y tomarla como una parte importante del quehacer médico.

Generalmente requiere varias sesiones. Es suficiente manifestar cuanto de certeza se ha alcanzado en el conocimiento, exponiendo con toda sencillez y con palabras simples lo que se conoce sobre dicho punto, refiriendo los elementos de justificación de modo que la información pueda ser captada con toda claridad. En lo posible, es bueno exponerla no como una conclusión, sino como una aproximación.

La verdad en la comunicación científica

Cuando se comunican los resultados de una investigación científica, se deben informar de tal forma como para que sean sometidos a examen y discusión en los distintos foros académicos o en las publicaciones científicas. Esto es necesario para que se puedan corroborar los datos de la información a través de otras fuentes y de otros investigadores. La forma adecuada obliga a todos los datos necesarios que hacen a la veracidad. En ciencias, esto se conoce con el nombre de verificación. El resultado es lograr una mayor transparencia en las interpretaciones y en la comprensión de la problemática que se está estudiando y contribuye en gran medida al incremento de la eficacia terapéutica y a proporcionar mejores condiciones de humanidad. De esto

todos son beneficiarios.

La verdad en la función docente ejercida por el médico

La función docente es una difusión de la verdad. Muy frecuentemente el médico ejerce una función docente con su paciente brindándoles enseñanzas relativas a su fisiología o a su patología. Es bueno tener presente que el médico al impartir esos conocimientos lo haga con toda claridad evitando la distorsión. Es necesario recurrir a la mayor veracidad para obtener una fecunda comunicación.

La verdad produce, además, una mejor disposición para lo trascendente. Se logra una mejor continuidad en la concatenación de los acontecimientos y esto permite incrementar una mejor comprensión de los mismos, y una mejor articulación del individuo como protagonista. Se adquiere así una mayor claridad en la visión redundando en un mejor marco filosófico. Los que tienen formación religiosa integran la verdad con su propia comprensión.

La medicina dialógica

La medicina dialógica incluye un concepto en el que se concibe una unidad entre el médico y el paciente formada por ambos unidos por el puente del diálogo en el que el paciente adquiere la figura del Otro con toda la importancia que esto significa. El Otro, que es el paciente, es quien determina la existencia del médico como tal. Este enfoque dice que "el hombre está constituido por su prójimo"; por lo tanto, el médico, por su paciente.

Hay un emisor, un receptor, un mensaje y una respuesta (*feed-back*). Esta es una

comunicación de dos vías, de ida y vuelta. Si no se da esa doble vía, no hay comunicación. Esto significa un intercambio que implica un aprendizaje para los dos protagonistas. Si el intercambio es bueno, el aprendizaje es enriquecedor.

El lenguaje está constituido por un componente "preverbal", otro "verbal" y un tercero que es "el silencio". En el componente preverbal tiene importancia la figura, la persona, la actitud, y todo aquello que hace a la descripción del mismo.

El componente verbal se refiere a la palabra y al discurso propiamente dicho. En éste desempeña un papel importante, el silencio. En estos componentes se juega el diagnóstico, el pronóstico y la terapia.

La comunicación de la verdad y el equipo médico

El aumento en la complejidad de la medicina ha traído como consecuencia que el protagonismo ejercido por el médico se haya distribuido en los integrantes de equipo de salud. Esto ha provocado la distribución de la responsabilidad tanto en la toma de decisiones como en el resto del quehacer de la Medicina.

La comunicación de la verdad debe ser implementada por todo el equipo de salud: todos son responsables en este proceso. Esto impone la necesidad de que todos los integrantes del equipo mantengan una comunicación permanente y fluida entre sí sobre lo que atañe al paciente. Es necesaria una buena coordinación en el equipo para el mantenimiento de un intercambio eficaz con el paciente y sus familiares. Esto optimiza la eficacia de la Medicina.

El consentimiento informado y la comunicación permanente

La información permanente y abarcativa como requisito básico

En la segunda mitad del siglo XX, los progresos biomédicos han incidido con gran impacto en las áreas de la vida, la salud y el cuerpo humano. Esto se ha notado tanto en el ámbito médico como en el jurídico. Hoy está muy claro que cada ser humano es el dueño de su propio cuerpo y esto, que constituye un sentido importante de propiedad, se irradia en el derecho a la vida, a la dignidad, a la intimidad, a la salud, al cuerpo y a la mente. Esto ha venido a constituir lo que se conoce como "derechos personálísimos". Son propios de la naturaleza humana y merecen ser reconocidos en todos. Nadie puede ser invadido en su persona sin su consentimiento (es decir si el interesado no lo permite). Este reconocimiento trajo aparejado un cambio sustancial en el tratamiento médico en los últimos cuarenta años.

En la actualidad, la atención que brindan las obras sociales, las mutuales y las prepagas, está provocando una despersonalización del destinatario de la asistencia médica; hecho que genera conflictos que atañen y alteran la relación médico- paciente.

El consentimiento informado

El concepto de consentimiento informado tiene una doble connotación significativa.

Una atañe al ámbito del derecho y atiende al sentido que tiene los "derechos personálísimos" del ser humano. La otra, atañe a la calidad del sentir profundo que toda persona tiene de sí misma, de su propio ser y que toma cuerpo en su propia dignidad.

Desde el punto de vista del derecho, la abogada Dra. Marcela C. Lupo, en un artículo publicado en el n°2 de la Revista de la Sociedad de Ética en Medicina de la Asociación Médica Argentina, postula que "el consentimiento informado es la expresión de la voluntad del paciente respecto de la práctica que se le debería realizar, fundada en lo informado por el profesional con relación a su estado de salud, tratamientos o estudios necesarios".

Desde el punto de vista médico, la médica Dra. Nora Iraola, en un artículo de la Revista de la Sociedad de Ética en Medicina de la Asociación Médica Argentina, incluido en el n°7 de la publicación, dice que "el consentimiento informado es un acuerdo voluntario, un acto de la razón y de la conciencia no basado en fraude, compulsión o error.

Consentimiento, aquiescencia, asenso o anuencia, son sinónimos que describen el acuerdo entre las partes, previa compren-

sión de la conducta médica que le es propuesta a quien debe ser sometido a un acto médico, cualquiera sea su naturaleza. Procura el respeto por la dignidad de la persona y el cuidado de su integridad, con el sustrato de la promoción del bienestar para la comunidad."

La práctica del consentimiento informado

Habitualmente, la toma del consentimiento informado es efectuada por la secretaria del servicio, mediante la realización de un acto de rutina a todo paciente que deba recibir la práctica médica. Consiste en la presentación de un formulario que contiene una redacción impresa en la que el interesado declara conocer el tratamiento al que va a ser sometido y que lo autoriza. En general, este formulario es firmado automáticamente sin ser leído.

El consentimiento informado y la información permanente

El consentimiento informado debe surgir como consecuencia de una relación médico-paciente que mantenga una comunicación permanente.

El médico debe informar con lenguaje claro y sencillo sobre la patología y los posibles tratamientos, aclarando cuáles son las ventajas y las desventajas de cada uno de ellos. La información debe ser efectuada con lenguaje comprensible y debe estar adaptada al nivel intelectual del interesado. El "deber de información terapéutica" es la denominación que corresponde a esta información y es lo que el médico está obligado a realizar. La información debe ser brindada durante el tiempo que dure el tratamiento y es de gran importancia para que el paciente pueda tomar decisiones basadas en el conocimiento sobre el tratamiento de su enfermedad.

La comunicación permanente y la alianza terapéutica

La comunicación permanente debe establecer una alianza terapéutica en la relación médico-paciente. De este modo, se establece un vínculo basado en la relación de comunicación y empatía que es básica para la comprensión recíproca entre el paciente y el profesional médico y que cumple una función ética y profesional de suma importancia en la práctica médica. Los principios éticos de humanismo constituyen la base de este vínculo; si bien, conviene destacar que no se aprenden en forma académica sino mediante el contacto directo con el paciente y, especialmente, para el médico joven, a través del contacto con el maestro.

Se han hecho estudios de la comunicación médico-paciente en función de la palabra y del silencio. Esto es útil para jerarquizar el concepto de "acto médico" como hecho básicamente importante de la praxis profesional e implica un criterio que lleva al contacto médico a una altura de respeto y confianza por el efecto que produce en el paciente. Esta modalidad da origen a lo que se denomina "medicina dialógica".

Según cómo se establezca esta comunicación, la relación médico-paciente puede tener un sentido vertical u horizontal. Cuando el médico funciona como una autoridad paternal se apoya en la superioridad del profesional y la relación adquiere un carácter vertical; esto lo induce a absorber toda la responsabilidad de las consecuencias por el resultado del tratamiento. Si en cambio, el médico se ubica en una relación fraternal igualitaria con el enfermo, se establece una horizontalidad en el vínculo y permite que la responsabilidad sea asumida por ambos. Esto es muy importante porque, según como predomine el sentido de la relación, determina quién asume la responsabilidad de la gestión médica.

El reduccionismo y el holismo en Medicina

La importancia del "conócete a ti mismo"

La medicina moderna puede tener dos enfoques: uno es reduccionista, elementalista, mecanicista, y el otro, es holista, abarcativo. Cada uno de estos enfoques significa que el médico, en su forma de pensar, de teorizar y de abordar la medicina puede adoptar una posición mental que es diferente y opuesta en cada uno de estos casos. En consecuencia, esto implica una ética diferente y en cierto sentido, opuesta.

El enfoque reduccionista

Durante los siglos XVII, XVIII y XIX en virtud de la influencia del pensamiento cartesiano-newtoniano, la visión del mundo fue predominantemente mecanicista y reduccionista. Este enfoque consiste en que todo lo que atañe a un organismo puede entenderse reduciéndolo a sus elementos más pequeños y estudiando sus mecanismos de interacción.

Emplea una visión fragmentada de la salud-enfermedad. El cuerpo humano es visto y estudiado como si fuera una máquina y la enfermedad es comprendida como el daño de esa máquina o de una parte de ella. La función del médico es reparar el daño.

Es necesario reconocer que este enfoque

resulta útil y necesario. Por ejemplo, en cirugía, en cuya práctica el cirujano debe actuar con la menor participación emocional posible porque las emociones juegan en contra de la práctica quirúrgica: la frialdad emocional es indispensable. Para lograr esto, la mente del cirujano tiene un solo recurso: "cosificar" el vínculo con el paciente aunque sólo sea durante el transcurso del acto operatorio.

Por otra parte, el enfoque reduccionista ha permitido el desarrollo de las especialidades médicas de alta tecnología y esto, a su vez, ha impulsado el extraordinario desarrollo que logró la medicina en general y las especialidades en particular. En **cardiología**, por ejemplo, se ha llegado a la cardiocirugía gracias a este enfoque. Lo mismo puede decirse de la **angioplastia**, como otras técnicas invasivas en las que se alcanza a abordar patología vascular en el área cerebral y/o en el corazón. En **oftalmología** se han logrado avances espectaculares. Sobre el cristalino se actúa con la técnica llamada **facoemulsificación** y se trabaja con el microscopio quirúrgico. En **otorrinolaringología** son innumerables los ejemplos que podemos mencionar. Por ejemplo, la utilización del microscopio abrió, en 1950, un nuevo campo en la cirugía del oído que

actualmente resulta imprescindible para la cirugía otológica. La lectura del **genoma humano** y los estudios sobre los factores de riesgo de las enfermedades van a repercutir de manera espectacular. Las próximas generaciones conocerán nuevas formas de diagnóstico, tratamientos basados en la información genética.

El enfoque holista

El enfoque holista aborda la comprensión del ser humano como una totalidad que se halla inmersa en una sociedad.

Por lo tanto, tiene en cuenta que en el ser humano funciona un cuerpo y un psiquismo; que hay una interrelación entre ambos; que además hay una interrelación en el medio familiar, laboral, social. Es decir que el ser humano no está solo, y que al decir de J. Ortega y Gasset es necesario considerar al "hombre y sus circunstancias".

De este enfoque surge, por ejemplo, el concepto de medicina psicosomática que aborda el estudio de la unión entre cuerpo y mente. Tanto los griegos como los romanos concebían a la persona como un conjunto, donde el cuerpo y la mente constituían un todo inseparable. "*Mens sana in corpore sano*" se inspira en el pensamiento de que la salud del cuerpo influye en la mente y, recíprocamente, la mente en el cuerpo. La medicina psicosomática es una rama de la medicina que comprende el componente físico y el psíquico de la persona como un conjunto indivisible y en el que ambos están en continua interrelación.

Este enfoque es tan abarcativo que impone en el médico una forma muy particular de pensar y de abordar el estudio del pro-

blema médico. Lo hace con un enfoque fenomenológico: esto requiere una "observación participante" (que es una modalidad de captación) de la problemática del paciente que incluye su padecimiento y sus circunstancias como persona.

Es importante destacar que el médico debe tener la preparación necesaria para este abordaje. Necesita conocerse a sí mismo lo suficiente como para saber cuáles son sus posibilidades y cuáles sus límites.

"Conócete a ti mismo". γνῶσθι τε αὐτῶν (*nosce te ipsum*)

Aquí se destaca la importancia del "conócete a ti mismo". Esta inscripción, puesta por los siete sabios en el frontispicio del templo de Delfos, es clásica en el pensamiento griego. Muchos pensadores han reflexionado sobre ella siguiendo el ejemplo de Sócrates y Platón.

Es importante que el médico cuente con la preparación necesaria para efectuar este abordaje. Requiere poseer conocimientos de la psicología del paciente y de sí mismo (de sus emociones, sentimientos, creencias, etc.). Esto le permitirá reconocer y delimitar lo que es promovido por el paciente y lo que es de "su propia problemática interna". Esto le permitirá actuar con eficacia y flexibilidad. En caso contrario su accionar puede "mantenerse demasiado lejos" del paciente o "ubicarse demasiado cerca" (emocionalmente) e identificarse con el mismo "haciendo suyo" el problema de aquel. Los casos de *burn-out* aparecidos en colegas principiantes y de poca experiencia, evidencian que este es un problema que requiere ser atendido.

El dilema ético

El dilema

J. Ferrater Mora en su *Diccionario de Filosofía* dice que: "**dilema** es el nombre que recibe un antiguo argumento presentado en forma de silogismo con "dos filos" o "dos cuernos" y llamado también por ello *syllgismus cornutus*." Todos los dilemas de la lógica tradicional llegan a la conclusión con una proposición disyuntiva que posee dos miembros (dos cuernos) igualmente afirmativos. De un modo muy general se llama "dilema" a la oposición de dos tesis cuyo contenido determina que si una es verdadera, la otra debe ser falsa, y viceversa. Esta condición de "viceversa" es la que complica la situación, porque plantea la posibilidad de reversión en forma indistinta para ambas posibilidades.

El dilema ético en medicina

Los avances de la medicina vienen planteando situaciones que constituyen - cada vez con mayor frecuencia- verdaderos dilemas éticos. Por ejemplo, el estatuto ético del embrión humano, la procreación humana asistida, la eutanasia, la eugenesia. Esto obliga a que el profesional esté cada vez más preparado revisando sus propios valores éticos "armándose" internamente con esquemas conceptuales que le permitan resolver tales dilemas.

El análisis ético

La forma de abordar el problema es efectuar un análisis (o chequeo) ético del dilema, para analizar "los dos cuernos" del dilema y esclarecer cuál de ellos es el válido y, en consecuencia, determinar qué conducta adoptar.

Un enfoque consiste en aplicar el **criterio de "lo bueno"**. En otra nota me referí a qué es el bien y qué es lo bueno, y que todo comportamiento tiene consecuencias buenas si apuntan hacia la constructividad, o malas si por el contrario van hacia la destructividad.

Otra forma de abordar el análisis es recurrir a los **principios de la ética**: 1) el de *beneficencia*, que postula el ejercicio de lo bueno; 2) el de *no maleficencia*, determina evitar el mal y lo malo; 3) el de *justicia*, impone observar al prójimo con un sentido de igualdad, y 4) el de *autonomía*, que sostiene respetar al otro en sus verdaderas capacidades.

Una tercera forma es atender a un **criterio de subjetividad**. Esto es atender y tener en cuenta el **¿cómo me siento?** Todos llevamos un juez interno que es esa instancia psíquica que juzga el comportamiento

humano determinando lo que está bien y lo que no está bien. El psicoanálisis ha estudiado exhaustivamente este punto descubriendo que se debe a la internalización de la educación que hemos recibido en nuestra infancia, debida a la acción de los padres, de la familia, de nuestros maestros y de todos aquellos que han influido en nuestra educación. De esa instancia nos proviene el sentirnos bien o mal. Es muy claro que un buen comportamiento nos produce el efecto de satisfacción y bienestar. Pero suele ocurrir que no sea tan claro poder distinguir este sentimiento. Por eso es importante y muy útil ir adquiriendo el conocimiento de sí mismo. Cuanto mayor sea éste, mejor será el resultado.

Conócete a tí mismo

De aquí surge la importancia extraordinaria del *Nosce te ipsum*. "**Conócete a ti mismo**". Esta leyenda fue puesta por los siete sabios en el frontispicio del templo de Delfos. Su contenido es clásico en el pensamiento griego. Se la atribuye a varios filósofos entre los que se destacan Pitágoras, Sócrates y Platón. Sócrates lo refirió al nivel de un examen moral de uno mismo. Platón lo dirige hacia el conocimiento de una verdadera sabiduría. Pitágoras y Sócrates no dejaron ningún escrito. La mayor parte de la doctrina de Sócrates la conocemos. Además se sabe que en Pitágoras, Platón recogió ciertos conocimientos que expone en sus diálogos. Posiblemente esta frase no tiene autor explícito. Seguramente su origen se remonta mucho más allá de los tres filósofos mencionados. Quizás sea más antigua que la historia de la filosofía. Este concepto también surgió en otras culturas más antiguas como: Israel, los Vedas. En Confucio, Lao-Tsé, Buda, Homero, Eurípides, Sófocles, Aristóteles, etc.

R20; La cosa más difícil es conocerse a sí mismo y, la más fácil, es hablar mal de los demás. Esto lo escribió Tales de Mileto hace más de 2.600 años. Quién desee conocer a los demás tiene que comenzar por conocerse bien a sí mismo. Y este es un arduo emprendimiento. Lograr "ser el arquitecto de su propio destino" —como dijo un conocido poeta— es el desafío más importante para construir su propia vida y constituye el mayor reto para el hombre a través de los siglos.

En la formación de los psicoanalistas, la Asociación Psicoanalítica Internacional propone como régimen de enseñanza y capacitación lo que se ha dado en llamar "el trípode de la formación psicoanalítica", que está constituido por: 1) el *psicoanálisis personal*; 2) la *supervisión clínica* de casos y 3) los *seminarios de enseñanza teórica*. De estos tres, el análisis personal constituye el más importante por dos aspectos: 1) el futuro analista aprende la técnica de psicoanalizar por su propia experiencia como "analizando", y 2) muy especialmente, aprende a conocerse a sí mismo. El análisis didáctico del psicoanalista es una experiencia realizada con normas muy bien regladas realizadas en los institutos de enseñanza del psicoanálisis autorizado y supervisado por la asociación internacional. Es interesante acotar que este conocimiento profundo de sí mismo que logra el psicoanalista a través de su análisis personal, le permite adquirir la capacidad de penetrar profundamente en el psiquismo de su paciente y adquirir una comprensión muy abarcativa del mismo.

¿De quién es el cuerpo?

El paciente es el “dueño” de su cuerpo

El “patrimonio” del cuerpo

“el cuerpo es el espejo del alma; la mente, la idea del cuerpo”.

Spinozza

Dueño. En el Diccionario de la Real Academia Española, figura: (del lat. *domīnus*). **1.** m. Hombre que tiene dominio o señorío sobre alguien o algo. En la lírica amorosa solía llamarse así también a la mujer. **2.** m. Amo de la casa, respecto de sus criados. **3.** m. Ayo, preceptor.

Patrimonio: (del lat. *patrimonium*). **1.** Hacienda que alguien ha heredado de sus ascendientes. **2.** Conjunto de los bienes propios adquiridos por cualquier título. **3.** Conjunto de los bienes propios, antes espiritualizados y hoy capitalizados y adscritos a un ordenando, como título para su ordenación.

La noción de poseer. La primera posesión “no-yo”

La noción de poseer, de tener, de propiedad, es muy primitiva en el ser humano. No se tiene conciencia clara de cómo y cuando se adquiere.

La escuela psicoanalítica estudia que la primera posesión del niño es la madre: el antro materno, el cuerpo de la madre y el pecho constituyen sus primeras nociones de posesión. Donald Winnicott, un psicoa-

nalista inglés, estudió este tema y observó en niños lactantes que adquirían suma importancia los objetos que estaban directamente en contacto con él especialmente después de la lactancia: después de cada mamada; por ejemplo el extremo del babero o de la frazada que él se llevaba a la boca después de mamar y que mojaba con su baba: mezcla de saliva y leche materna. Winnicott observó que cuando el bebé estaba angustiado y lloraba, se calmaba llevándose estos objetos a la boca y chupeteándolos. El juguete de trapo cumple esa función y define con el nombre de “objeto transicional” a esa primera posesión no-yo. Se entiende que este primer objeto reemplaza a la madre y la representa cuando ésta está ausente.

La noción de posesión “yo”. El espejo en el psiquismo primitivo

Dentro del psicoanálisis Lacan habla por primera vez del «estadio del espejo» en 1936, en el congreso de Marienbad. En 1949, Jacques Lacan –psicoanalista de la escuela francesa– presentó su trabajo sobre el Estadio del Espejo, el cual se refiere a que el bebé descubre entre los 6 y los 18 meses su imagen corporal en el espejo. Esta imagen especular será asumida –según expresiones de Lacan– jubilosamente

dada la impotencia motriz y la extrema dependencia que caracteriza al niño en este momento de su desarrollo. En este momento, el niño es el dueño de su imagen especular, o sea la imagen de sí mismo que al ser reflejada en el espejo obedece todos sus movimientos y, por lo tanto, su voluntad. Él, al ser el dueño de esa imagen de su cuerpo, es también el dueño de su cuerpo. En esta etapa el niño delinea un tipo de identificación basada en una relación específica con la madre y con la imagen de su propio cuerpo. Lo importante de este estadio como cosa esencial, es la interrelación dialéctica entre el niño y su madre, mirándose él en el espejo, luego mirando la cara de su madre para sentir la aprobación de ésta en la adquisición del logro que está efectuando, que es el reconocimiento de sí mismo, efectuado tanto por él como por su madre.

El cuerpo como patrimonio

Este concepto de propiedad, pertenencia o posesión plantea cuestiones sobre su verdadero significado y extensión.

¿Es un patrimonio? ¿Es una propiedad? ¿Es un dominio? **Patrimonio** se refiere a un bien o conjunto de bienes que pueden ser intercambiados o enajenados. **Propiedad** se refiere al derecho o la facultad que tiene alguien de poseer algo dentro de lo legal. **Dominio** es el poder que alguien tiene de usar y disponer de lo suyo.

Alberto G. Bochaty y Agustín Estévez han tratado el tema de “El cuerpo como patrimonio, ¿una cuestión ética?” en las Primeras Jornadas Internacionales de Ética del año 2000 abordando el tema desde los puntos de vista filosóficos y religiosos. Bochaty concluye diciendo que “en definitiva, el cuerpo no es un patrimonio, ya que el Hombre es libre y no es poseído por nada ni por nadie. Cualquier visión que incluya la posesión patrimonial del cuerpo levanta-

rá, inevitablemente, cuestiones éticas de difícil resolución y de necesaria reinterpretación y diálogo. Estévez dice que “cuando se habla del cuerpo humano como patrimonio, se pueden entender dos cosas. Su simple apropiación e instrumentalización o el dominio efectivo que sobre él ejerza el individuo para realizarse como persona. En el primer caso, el cuerpo deviene una variable de un mundo medicalizado y mercantilizado, en donde se lo cosifica. En el otro caso, el cuerpo es uno con la persona y se constituye en su realidad efectiva.”

El patrimonio del cuerpo en la toma de decisiones

En la toma de decisiones es donde adquiere una extraordinaria importancia ética el concepto de que “cada persona es la dueña de su propio cuerpo”. Diego Gracia Guillén en un estudio sobre “Trasplante de órganos” desarrolla una interesante historia sobre las etapas recorridas en los trasplantes y su paralelo con la historia de la bioética que resulta coetánea. En uno de los puntos en donde se ve bien esto, es en los primeros trasplantes de riñón, especialmente en aquellos que decidieron donar un riñón para ser trasplantado a un familiar. Es imposible negarse a reconocer el derecho que tiene una madre de ejercer el dominio sobre su cuerpo para donar un órgano a su hijo.

Conclusiones

Es importante que el médico tenga en cuenta el concepto de pertenencia del cuerpo en todo momento. Especialmente en los procedimientos invasivos que producen alteraciones definitivas de las estructuras corporales, es de suma importancia ética que cuente con el consentimiento informado del paciente.

El valor ético de lo científico

La aplicación de lo científico ¿es siempre buena?

La Revolución Francesa fue, sin lugar a dudas, la que obligó a abordar al individuo y sociedad como problema de estudio científico. De esto surgió el **positivismo** a comienzos del siglo XIX, como una epistemología impulsada por el francés Augusto Comte y el británico John Stuart Mill. Esta epistemología emergió para sustentar el abordaje científico naturalista del ser humano, tanto en su expresión individual como colectiva y constituyó la aplicación metodológica utilizada en las ciencias físico-naturales aplicadas al hombre. El objetivo fundamental de este enfoque es encontrar explicaciones causales de los fenómenos biológicos y sociales. Estas explicaciones buscan conocer las causas de un fenómeno y permiten actuar sobre ellas para controlarlo. Como reacción a este positivismo surgió, especialmente en Alemania, la epistemología **hermenéutica**.

La herencia del positivismo

Diego Gracia dijo que el positivismo del siglo XIX ha dejado como herencia una tesis que se traduce en la idea de que “todo lo que es científica y técnicamente correcto no puede ser malo”. Por lo tanto, esto incluye una ética que está subordinada a esa tesis. Según esta forma de pensar todo problema ético surge y se sustenta en un problema técnico: solucionada la cuestión técnica queda arreglada su consecuencia

ética. Si lo científico es verdadero, y lo verdadero no puede ser malo, entonces lo científico es quien dicta lo ético.

Esto significó una división virtual de la sociedad: por una parte estaban “los científicos” y por la otra “los demás”. Ese gran grupo de “los demás” quedaban subordinados ética y moralmente a “los científicos”. Así se plantearon líneas de fuerza que verticalizaron la estructura social entre los de arriba y los de abajo, creándose un fuerte paternalismo en la toma de decisiones. Esto se vivió en todas las capas sociales y muy especialmente en el campo de la Medicina. El médico, al ser un científico es “el que sabe” y, por lo tanto, es “el que decide”. Así, su decisión ha sido casi una orden.

Los experimentos en seres humanos en los campos de concentración

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial se descubrieron los experimentos que se hicieron en seres humanos en los campos de concentración por los representantes de una medicina cuyos ideales y órdenes estaban al servicio de un régimen político. Como consecuencia nació el “Código de Núremberg” (1947), que se constituyó en un piloto que provee regulaciones éticas para las investigaciones que se realizan con seres humanos en el campo de la medicina

son realizadas sobre seres humanos y que deben estar basadas en el consentimiento informado. Luego vendría la "Declaración de Helsinki" (1964) que posteriormente fue refrendada en varias asambleas médicas mundiales. En ella se estipulan las recomendaciones que deberán respetar los médicos e investigadores basadas en los conceptos biomédicos que cuidan y respetan la protección de los seres humanos. Esta declaración instruye en 10 ítems básicos, los principios que deben enmarcar las investigaciones biomédicas.

La bomba atómica

La energía nuclear constituyó ¿un beneficio o una amenaza? La guerra fue el motor que apuró su desarrollo concretándose en la bomba atómica cuyo testimonio se plasmó en forma elocuente en las ciudades japonesas de Hiroshima y Nagasaki. Allí se demostró el poder devastador de sus efectos. Fue justamente la genialidad del físico alemán Albert Einstein quien desarrolló las bases teóricas con su famosa relación entre masa y energía que permitieron la fisión nuclear y la energía atómica. Son muy conocidas, por una parte, la carta que Einstein envió al presidente Roosevelt sobre la bomba atómica y, luego, las cartas que envió a su amigo filósofo japonés Seiei Shinohara, donde expresaba su remordimiento por no haber podido evitar las bombas atómicas sobre Hiroshima y Nagasaki,

Hoy surge la cuestión sobre si la energía nuclear es un beneficio o una amenaza. Seguramente constituye las dos cosas. Quienes la atacan, subrayan el peligro de accidentes en plantas nucleares. Quienes la defienden, en cambio, ponen el acento en sus contribuciones a la ciencia y al avance tecnológico. La energía nuclear implica peligros no sólo en las aplicaciones militares sino por los accidentes que pueden producirse como el de Chernobil. Otro problema lo constituyen los residuos nucle-

ares que plantean el interrogante de dónde ponerlos sin que produzcan los peligros de la contaminación ambiental. Esto ha dado motivo a críticas enérgicas sobre el traslado y la ubicación de los residuos. Se ha señalado con insistencia que el destino de los desechos nucleares son los países subdesarrollados.

Los científicos aprenden la diferencia entre lo que se "puede" y lo que se "debe" hacer

La dupla Hiroshima-Nagasaki, por un lado, y Dachau-Aushwitz, por el otro, enseñaron a los científicos y al mundo lo peligroso que es el poder cuando se pone al servicio de lo que no se debe hacer. Estos acontecimientos abrieron los ojos de la humanidad y se comenzó a ver cada vez con más claridad el extraordinario poder de los conocimientos científicos y de cuan beneficiosas o peligrosas pueden ser sus aplicaciones. El mundo científico comenzó a reconocer la imperiosa necesidad del marco ético que se torna indispensable para evaluar sus aplicaciones y resultados.

El cambio ético-profesional

Los científicos y los médicos han dejado de ser –como dice Diego Gracia– los reyes y sacerdotes que estaban más allá del bien y del mal, para reubicarse en la condición de su humilde humanidad. Constituye una imperiosidad reconocer sus posibilidades, sus limitaciones y, sobre todo, la finalidad ética de su quehacer. Se impone discriminar lo que se puede de lo que se debe hacer y no confundir el poder con el deber. Cada vez es más importante la reflexión ética, especialmente para amortiguar los efectos de la formación positivista en la Medicina. Es necesario que el poder científico y técnico esté regulado por un claro marco ético. Cuando se trata de problemas de la salud y de la vida se impone abandonar el paternalismo de otra época y ampliar la gestión de la toma de decisiones sobre el manejo del cuerpo, de la salud y de la vida.

El médico, la profesión y la ética

El médico de la época de Hipócrates y el de la actualidad

El médico en la época de Hipócrates

La Pontificia Universidad Católica de Chile (Santiago, Chile) ha publicado estudios interesantes sobre la medicina en la época de Hipócrates. El juego de valores era muy diferente de cómo se da en la actualidad. La salud constituía el bien más valioso y la belleza era el signo más evidente de una buena salud. Ambas condiciones se constituían en los índices del ideal en aquella época: reunir las condiciones constituía el deseo más apreciado. La medicina era considerada la más elevada de las artes, y el médico representaba dos aspectos contradictorios: por una parte, era un trabajador manual y por la otra, su trabajo era compensado con dinero. O sea: dos condiciones poco valoradas. Sin embargo, en la medida en que con su oficio contribuía a la buena salud y a la belleza corporal, su posición era muy apreciada logrando una ubicación social sumamente elevada. La medicina era la más sublime de las artes.

Los adinerados que podían pagar eran atendidos en sus casas, y los que no, debían concurrir a una especie de consultorio que llevaba el nombre de *iatreion*. El médico debía luchar duro para conseguir un prestigio que le asegurara un trabajo continuado. El diagnóstico era sumamente importante, y los pronósticos acertados forjaban el prestigio del profesional y le aseguraban su trabajo futuro. Por lo tanto, el

buen pronóstico era una condición de valor primordial. La profesión era muy exigente por la fuerte competencia.

A la mujer le estaba vedado ejercer la profesión médica. Por otra parte, muy rara vez recibía atención de un médico. Algún caso muy excepcional, llegó a ejercer el oficio de matrona para asistir a parturientas.

El interesado a ser médico, comenzaba como aprendiz de un maestro y pagaba por su aprendizaje. Hipócrates aceptaba aprendices, pero éstos estaban obligados a prestar su famoso juramento.

El médico y la ética

La ética era el aspecto relevante en el médico de aquella época: ella le permitía alcanzar una alta dignidad. El código de valores del médico estaba guiado por dos principios básicos: 1) el amor al hombre, y 2) el amor a la medicina.

El sentido del deber en el médico tenía tres orientaciones: 1) frente al enfermo, 2) frente a los colegas, y 3) frente a la polis (la ciudad). Las condiciones de ser bello y bueno constituían una exigencia muy importante para un buen ejercicio de la profesión. Homero lo expresa claramente en un juicio de valor: el médico debe *ser hombre que vale por muchos otros*.

Los aspectos formales eran mucho más abarcativos: el médico debía gozar de buena salud para infundir confianza en el

enfermo. Pero además debía cuidar que su presencia fuera estéticamente agradable, estar bien vestido, bien aseado y perfumado, y como condición básica era indispensable que hablara con corrección, claridad, buena dicción y con una presencia que inspirara serenidad, moderación y sobre todo confianza.

Por supuesto, era de rigor el acatar el Juramento Hipocrático. Éste constituye un importante documento que ha representado el ideal ético del médico y que sigue influyendo en la deontología médica de nuestro tiempo. Se estima que su origen data de fines del siglo V o del comienzo del IV a. C. O sea que se lo ubica en la época de Hipócrates. La gran enseñanza que transmite es que la medicina es un arte que implica las más altas exigencias éticas y de amor al hombre, y que se inspira en el precepto que dice: *Donde hay amor por el hombre, también hay amor por el arte.*

El cambio social y los roles médicos

La Fundació Biblioteca Joseph Laporte (Barcelona) ha publicado un estudio sobre el futuro de la profesión médica en el siglo XXI, que aporta datos interesantes sobre el perfil que le ha de tocar al médico en su desempeño durante este siglo.

El médico de cabecera

Este estudio indica que el rol más importante es el de **médico de cabecera**, que además es el médico amigo y el médico de familia. Subraya además que es imprescindible recuperar este concepto y esta función. La medicina debe estar basada en la afectividad. Se necesitan médicos que al atender al paciente, lo conforten, lo cuiden y coordinen todo lo necesario para la asistencia sanitaria. El **médico de cabecera** es quien puede contribuir al desarrollo de una asistencia sanitaria que humanice más dignamente su proceder con el enfermo. De alguna manera, el **médico de cabecera** es el representante actual de lo que fue el médi-

co de la época de Hipócrates y el heredero de sus atributos: es el médico de todos los tiempos.

El cambio social

En los últimos cuarenta años se están experimentando profundos cambios que repercuten en la atención sanitaria. Hay nuevos escenarios sanitarios que provocan nuevas **expectativas** en la sociedad respecto de lo que se espera de la medicina y de los sistemas de salud. Estas expectativas determinan cambios sanitarios que definen un nuevo modelo de contrato social, el que a su vez plantea la imposición de nuevas relaciones que debieran reforzar y enriquecer las postulaciones del Juramento Hipocrático, pero que no siempre lo logran.

Las nuevas funciones y los nuevos roles médicos

Entre las nuevas funciones, siguiendo aquella publicación, se pueden mencionar: *demográfica, epidemiológica, tecnológica, económica, laboral, mediática, judicial o forense*. Cada una de ellas posee un área de competencia que suele ser lo suficientemente vasta como para constituir una especialidad.

Los nuevos roles se desprenden de esas nuevas funciones. Se pueden destacar entre otras:

- el **médico comunicador**: que se especializa en periodismo médico que cumple la función de informar sobre las novedades médicas que interesan a la comunidad;
- el **médico administrador, gerente o directivo**, en la gestión hospitalaria o sanatorial;
- el médico **profesional** propiamente dicho;
- el médico **sanitarista**, experto en la gestión sanitaria;
- el médico **especialista**, dedicado al tratamiento en profundidad de una especialidad médica.

Esta multiplicidad de roles y funciones obliga a una redistribución de responsabilidades profesionales reubicados en un nuevo mapa de valores éticos.

La ética de Hipócrates

El juramento hipocrático

"El arte es largo, la vida breve, la ocasión fugitiva, la experiencia falaz, el juicio dificultoso.

No basta que el médico haga por su parte cuanto debe hacer, si por otro lado no concurren al mismo objeto, los asistentes y demás circunstancias exteriores."

Hipócrates (Grecia, 460-377 a. C.)

Hipócrates –llamado El Grande– descendía según la tradición, de una estirpe de magos de la isla de Cos emparentados con Esculapio, que era el Dios griego de la medicina, el cual se re-presentaba gráficamente por una caña rodeada por una serpiente. La isla de Cos constituye un paisaje muy bonito, con mucho verde, ubicada en un canal que corre entre Turquía y la isla de Leros. Hipócrates fue contemporáneo de Sócrates y de Platón; justamente éste lo cita en muchas oportunidades a través de sus obras. Se educó con su padre Heráclides, quien le enseñó la filosofía de Demócrito. Al conocer Egipto en su juventud, Hipócrates aprendió las tareas médicas de ese lugar.

Su concepto sobre la medicina constituye un análisis y una síntesis de las distintas escuelas filosóficas, biológicas y médicas de esa época. Basado fundamentalmente en la empiria, le interesaba básicamente la eficacia en el resultado. Para Hipócrates, la enfermedad era el producto del desequili-

brio de los cuatro humores: sangre, orina bilis amarilla y bilis negra.

Su famoso juramento fundó una ética y una moral para el ejercicio de la Medicina. Se duda de que El Juramento haya sido escrito por Hipócrates. Sin embargo es muy útil estudiarlo.

El Juramento Hipocrático

Tributaré a mi maestro de Medicina igual respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles en caso necesario; trataré a sus hijos como mis hermanos, y si quisieran aprender la ciencia, se las enseñaré desinteresadamente y sin otro género de recompensa. Instruiré con preceptos, lecciones habladas y demás métodos de enseñanza a mis hijos, a los de mis maestros y a los discípulos que me sigan bajo el convenio y juramento que determinan la ley médica y a nadie más.

"Tributaré a mi maestro de Medicina igual respeto que a los autores de mis días, partiendo con ellos mi fortuna y socorriéndoles en caso necesario;..." Esta frase destaca que entre maestro y discípulo hay una relación vertical tomando como modelo al grupo familiar. Para el médico, así como el padre y la madre son los autores de su vida, el maestro de Medicina es el "autor" de su vida médica. Hipócrates impone que el dis-

cípolo auxilie a su maestro compartiendo los bienes obtenidos como fruto de lo aprendido (saber médico) especialmente para socorrerlo. El grupo es el concepto que da sostén y continencia a la Medicina como institución que incluye al maestro, a sus discípulos y a los enfermos. Esto se jerarquiza si se toma el modelo del grupo familiar como institución.

“trataré a sus hijos como mis hermanos,” al tratar a los hijos del maestro como si fueran hermanos, se entra a considerar la relación horizontal dentro de la estructura institucional. Este concepto es muy abarcativo y llega a extenderse incluyendo a todos los colegas –que son como “hermanos” en el ejercicio de la profesión–.

Los colegas como hermanos

En la **Declaración de Ginebra** (1948) se destacó el “considerar como hermanos y hermanas” a los colegas. En un estudio realizado en Méjico sobre la jerarquización de los compromisos de la Declaración de Ginebra (Gac Med Mex 2003; 139 (6): 629-634) subraya que: “En la actualidad hay un resurgimiento en el uso del juramento médico. Los compromisos ubicados en los primeros lugares fueron: respetar la vida (39.4), considerar la salud del paciente como primera preocupación (23.5%) y no discriminación (27.1%)... el honor y tradiciones de la profesión (24.1%) y la consideración de los colegas como hermanos (28.8 y 44.7%).”

El Código español de Ética y Deontología Médica de 1990 estipula que “la confraternidad entre los médicos es un deber primordial”. El comentario publicado en la Universidad de Navarra, dice que: Perdura en el presente deber de colegialidad el viejo ideal hipocrático de tratar al maestro como si fuera un padre y a sus hijos como a hermanos. Tal ideal de fraternidad se reafirma en la Declaración de Ginebra: “Consideraré

a mis colegas como hermanos”. Pero, la confraternidad profesional, entendida como relación sólo amistosa, quedaría amenazada por el peligro de degenerar en un egoísta espíritu de cuerpo, con desprecio de los derechos de los pacientes; en un coto cerrado de saber cualificado, en el que los expertos dan por buenas, en cualquier caso, las actuaciones de sus colegas; o en un compadrazgo para explotar económicamente al enfermo o a la sociedad. Para evitar esa degeneración de la confraternidad profesional, el Código de Londres impone al médico, además del deber de tratar con honradez a los colegas, a quienes ha de considerar como hermanos, la obligación de denunciar a los que incurran en fraude o engaño.”

Este problema tiene dos frentes que deben ser atendidos. Uno es de carácter institucional. El **Sindicato Médico del Uruguay** ha dedicado una jornada especial para tratar las relaciones entre colegas. En ellas están surgiendo problemas debidos al desconocimiento de la ética que debe regir a las mismas. Se llega a desconocer que “los colegas son pares entre sí” y que por lo tanto se merecen una consideración especial por la índole de los factores que actúan y se mueven alrededor de la función que el médico debe ejercer. Se olvidan principios básicos. A veces en apoyo a directivas que atienden más a intereses ajenos a los de la misma medicina, que desjerarquizan la ética de la función del médico.

El otro frente es de carácter personal; atañe directamente a la relación entre colegas. Aquí es importante recordar el concepto de **“confraternidad entre colegas (como si fueran hermanos)”** en este momento en el que la estructura de la empresa médica se interpone en la relación directa “entre el médico que dispensa la asistencia” y “el colega que necesita ser atendido”.

La deliberación ética

¿Cómo se resuelve un dilema ético?

El método de la ética en Medicina

Cuando se plantea un dilema ético en Medicina ¿cómo se resuelve? El método es la **deliberación** o **reflexión**. Puede ser individual o compartida si el conflicto se da entre varios. Es frecuente que con la deliberación surjan esquemas conceptuales compartidos entre el médico, el paciente, los familiares del paciente y/o la institución.

En esta comunicación se pretende estudiar la importancia que este tema tiene en sí mismo, en relación a los principios bioéticos y la que adquiere en el acto médico.

La deliberación ética

La **deliberación** comienza –en un primer paso– por la **reflexión personal** como método de conocimiento. Sócrates (siglo V a.C.) utilizó la mayéutica (que es el método de la "parición mental" de las ideas) para profundizar en la reflexión como método para pensar. Esto permite encontrar nuevas ideas y nuevas soluciones para los conflictos que surgen de los dilemas éticos. En la primera de las éticas sistemáticas –la *Ética Nicomaquea*– Aristóteles, en el siglo IV a. C., hace un análisis de la deliberación en el libro III, al tratar los actos voluntarios o involuntarios. En ella se sientan las bases

filosóficas sobre el tema de la deliberación y su rol entre los elementos del acto moral.

El segundo paso es el **diálogo**, estableciendo la comunicación con quien o quienes están vinculados con el conflicto dilemático. La comunicación amplia está fuertemente ligada con la ética. Los dilemas se resuelven dialogando. De este modo se cumple la función de la ética. La deliberación compartida es la herramienta que permite encontrar las soluciones a los conflictos éticos.

Generalmente estos conflictos están sustentados por motivaciones inconscientes que generan y mantienen las posiciones opuestas propias del dilema. El esclarecimiento de las motivaciones produce un importante cambio en el pensamiento de quienes están implicados, que se caracteriza por una apertura de la mente y que trae aparejado un incremento del sentido de lo bueno y que lo necesario en la existencia. Los problemas se plantean cuando la consideración de los valores implicados no se corresponde con esquemas compartidos.

El viejo mandamiento del *Juramento Hipocrático* ***primum non nocere*** (“lo primero es no hacer daño”) mantiene su actualidad. A pesar de su antigüedad, este mandamien-

to se mantiene vigente. Hoy más que nunca, dada la peligrosidad que se deriva de los muchos avances de la Medicina, los cuales si son mal utilizados constituyen armas sumamente peligrosas.

Ricardo Maliandi en su *Ética cuestionada. Prolegómenos para una ética de la convergencia* (1998), hace una síntesis de las teorías axiológicas y establece una correspondencia entre los valores de la conservación con el principio de no maleficencia; los de realización con el de beneficencia; el principio de universalización con el de justicia y el principio de individuación con el de autonomía.

Diego Gracia establece una analogía entre ética y clínica. Dice que ambas se procesan con el mismo método: la deliberación que se basa en la *prudencia*, el *término medio*, la *probabilidad* o *razonamiento probable* y teniendo siempre presente la *incertidumbre*. Esto se conoce como “ética clínica”. Tanto la ética, la clínica son disciplinas empíricas y concretas. La realidad concreta es siempre más rica que las construcciones teóricas. No es posible reducir las cuestiones éticas a una pura ecuación matemática. En la cuestión ética siempre se impone un cuidadoso y reflexivo análisis de los factores intervinientes. La deliberación ética, lo mismo que la clínica, merece respeto. Ambos métodos se basan en la observación, la investigación, el diagnóstico (integrado por la o las hipótesis diagnósticas, la contrastación y la verificación), y el pronóstico. Su concepto aborda la deliberación como un proceso que implica un procedimiento o un método. Para D. Gracia este proceso se cumple en fases por las que debe pasar, que son las siguientes:

“1) presentación del caso por la persona

responsable de tomar la decisión;

2) discusión de los aspectos médicos de la historia;

3) identificación de los problemas morales que presenta;

4) elección de la persona responsable del caso del problema moral que a él le preocupa y quiere discutir;

5) identificación de los cursos de acción posibles;

6) deliberación del curso de acción óptimo;

7) decisión final;

8) argumentos en contra de la decisión y argumentos en contra de esos argumentos, que esta-ríamos dispuestos a defender públicamente.”

A. M. Costa Alcaraz y C. Almendro Padilla desarrollan el análisis de los problemas éticos utilizando un criterio basado en la jerarquía de principios. Dicen que los cuatro principios de la bioética (de beneficencia, de maleficencia, de justicia y de autonomía) pueden ordenarse. Para esto recurren a los conceptos de “ética de máximos” y “ética de mínimos”. La **ética de máximos** se refiere a que todos aspiramos a la perfección, a la felicidad, a lo óptimo, lo máximo; por tanto incluye a los principios de justicia y no maleficencia. Estos principios son de carácter público y se juegan en la relación con los demás determinando nuestros deberes y nuestras obligaciones. Son propios de la trama social. La **ética de mínimos** se refiere a que todo ser humano tiene que respetar un conjunto de reglas y valores comunes que se imponen mediante el consenso o la fuerza; por lo tanto aquí se incluyen los principios de beneficencia y de autonomía. Estos principios son de carácter privado, pertenecen a la individualidad de una persona y configuran la consecución de sus ideales.

El consecuencialismo y la deliberación ética

G. E. M. Anscombe, en su tratado *Filosofía moral moderna* (1958) propuso el término “consecuencialismo” para referirse a las consecuencias de las acciones derivadas de la deliberación ética. Este concepto que tiene un lazo histórico con el “utilitarismo”, sostiene que es importante poner la atención en las consecuencias de una decisión. Esto es especialmente importante en el caso de la deliberación ética: los resultados de una acción maximizan su importancia. Se distingue de la deontología ética porque ponen el énfasis en el tipo y la calidad de la acción. Los resultados son los que definen la importancia de las acciones.

El consecuencialismo apunta a aquellas teorías que desarrollan que los fines de una acción deben tener en cuenta las apreciaciones éticas que implica tal acción. Tiene en cuenta muy especialmente la ética de la virtud y señala las motivaciones que están en juego.

La deliberación ética es un instrumento importante y necesario. Su ejercitación frecuente permite el desarrollo de una cultura de la ética sumamente beneficiosa tanto para la práctica profesional como para la propia filosofía personal. Sus consecuencias resultan sumamente enriquecedoras.

Optimización médica

En la práctica médica, el estado de ánimo del profesional ejerce una influencia fundamental en su paciente. El médico transmite consciente o inconscientemente su alegría o su tristeza cuando atiende a su paciente. A su vez éste funciona como un radar de captación exquisitamente sensible al estado de ánimo de su médico.

Tomar conciencia clara de esto implica una gran responsabilidad profesional, porque significa saber que el médico influye directamente en las emociones y en los sentimientos de sus pacientes y puede llegar a jugar un papel determinante en el pronóstico de la patología. El lado positivo es que si se toma en cuenta este aspecto, se puede influir en el ánimo del paciente en forma beneficiosa.

Decía el emperador romano Marco Aurelio: “si te sientes dolido por las cosas externas, no son éstas las que te molestan, sino tu propio juicio acerca de ellas. Y está en tu poder el cambiar este juicio ahora mismo”. Esto aclara bien sobre las importantes posibilidades que se presentan de actuar en el estado de ánimo con el objeto de influir sobre el paciente, cuestión que redundará en la “optimización de la función

terapéutica” y, por lo tanto, también en la “optimización del paciente”, entendiendo por esto el hecho de promover en él un estado de ánimo optimista para que se logren condiciones positivas favorecedoras del tratamiento.

La importancia del optimismo. La actitud positiva como fuente de éxito

J. Galindo Gómez, profesor en la Universidad de Málaga, estudia la influencia de la actitud positiva ante la vida como fuente de éxito. Menciona que en pruebas efectuadas por C. R. Zinder (Universidad de Kansas) en alumnos universitarios se llega a la conclusión de que el rendimiento académico de un estudiante depende más de su actitud que del monto de inteligencia. Una actitud positiva y optimista eleva los resultados académicos. Los estudiantes de alto nivel de expectativas saben cómo obtener los objetivos que se proponen.

D. Goleman (“Inteligencia Emocional”, 1995) refiere que el optimismo y la esperanza tienen una importancia muy grande frente a la desesperación y la depresión provocada por situaciones de adversidad.

Expresa que el pesimismo incrementa la calidad y cantidad de los contratiempos y que los torna irremediables, porque quienes lo padecen terminan no haciendo nada para superar el problema. Agrega que la actitud pesimista puede ser cambiada en un sentido positivo a través de una posición optimista. La inteligencia emocional requiere ser desarrollada. La educación ejerce una influencia capital en su desarrollo. Si nos aplicamos en la educación de los niños, pueden llegar a desarrollar habilidades emocionales importantes. En esta educación es fundamental enseñarles a lograr un buen contacto con la realidad, separándola de la fantasía, y que aprendan el valor que cada una tiene. Una buena discriminación juega un papel de suma importancia.

Mihail Csikszentmihalyi (léase Cis-zen-mijal) ha escrito un libro titulado “Una psicología de la Felicidad” que parece ser de autoayuda pero en realidad no lo es, y analiza cuáles son los factores que conducen al hombre a realizar una vida vivida con plenitud, logrando la mejor calidad, y en la que se aprenda el mejor disfrute por las propias realizaciones. Hay quienes comparan esto con el “*carpe diem*” muy conocido en los siglos XVI y XVII, pero que en la actualidad está presente en los aspectos sociales, económicos e históricos. El autor pretende señalar los pasos a seguir y los factores que son importantes para vivir una vida intensa y satisfactoria. El disfrute se va obteniendo mientras se va realizando la tarea y se completa al terminarla; es lo que le ocurre al artista al ejercer su arte. Este concepto lleva un nombre: “experiencia autotélica”. **Autotélica** proviene del griego *auto* que significa “sí mismo” y *telos*, “finalidad”.

Gregory Bateson y la “interacción patógena”

Gregory Bateson ha estudiado las relaciones interpersonales y propone un concepto sumamente importante que lo denomina: “interacción patógena”. Se refiere a la interacción que se da entre dos personas que se interinfluyen entre sí de tal modo que una condiciona la patología de la otra y viceversa. Esto sería lo opuesto de lo que propongo en esta nota. Los psiquiatras franceses estudiaron este cuadro y lo llamaron “*folie à deux*”. Bateson ilustra este concepto diciendo: “imaginemos una madre ambivalente que dice: “hijito querido”, mientras la rigidez de su rostro indica rechazo. Aquí tendremos un doble mensaje: por una parte de las palabras de afecto y, por la otra, el gesto que indica todo lo contrario. El niño que se ve sometido a este tipo de contradicciones genera un “doble vínculo” que posee un sentido positivo y otro negativo. Esto provoca una fragmentación del vínculo y del Yo del niño. El paciente funciona muy frecuentemente como un niño.

La regresión emocional del paciente

La regresión emocional es un funcionamiento psíquico del paciente que consiste en una reactivación de los afectos, emociones y sentimientos propios de etapas de la infancia. Esta regresión promueve que el paciente, a pesar de que sea cronológicamente un adulto, reaccione como un niño; es decir, con la misma calidad de las emociones y los afectos propios de la infancia. La enfermedad orgánica siempre se halla acompañada de este tipo de regresión. Por eso, el paciente “es como un niño”. Este efecto acrecienta fuertemente el afecto del paciente hacia el médico, incrementando la influencia de éste sobre aquél.

El fenómeno regresivo no ocurre con el médico. Por lo tanto, está más habilitado para influir en su propio estado afectivo e indirectamente sobre la emocionabilidad del paciente. Esto es aprovechable por su efecto positivante.

La optimización en la relación médico-paciente

Si estos conceptos los transportamos a la tarea médica, podemos lograr que la misma produzca satisfacción. Esto crea un clima de optimismo que se transmite al paciente y lo beneficia. El filósofo Epicteto (50-130

d. C.) decía: “no depende de nosotros el ser ricos, pero sí el ser felices. Además, las riquezas no son siempre un bien, porque suelen ser poco duraderas. En cambio, la felicidad que proviene de la sabiduría, perdura siempre”.

En esta columna sobre ética médica, lo que interesa especialmente es estudiar qué factores ayudan a crear un clima positivo en la tarea a realizar por ambos –médico y paciente– con el objeto de optimizar el éxito terapéutico.

Alianza terapéutica o alianza médica

*“Nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata **philia** permanente”.*

Pedro Laín Entralgo

El concepto de “alianza terapéutica” viene del campo de la psicoterapia y del psicoanálisis. En Medicina es fundamental que exista una buena relación entre el paciente y el médico, ya que siempre positiviza el efecto terapéutico.

La profesión médica ha surgido de: 1) una necesidad del paciente: su padecimiento; 2) de la presencia de quien atiende ese padecimiento, y 3) de la relación que se establece entre ambos. Esto no ha cambiado con el paso del tiempo. El carácter amistoso es la esencia de esta relación. Se la conoce también con el nombre de *empatía* (que vino a reemplazar el término “*philia*”) o amistad médica.

P. Laín Entralgo en *La relación médico-enfermo* (Madrid. Alianza Universidad. España 1983:23) escribe que en la Grecia clásica existía una relación muy importante de amistad entre el médico y el enfermo basada en “el amor al arte de acción de la

naturaleza humana”. El concepto era que la enfermedad resultaba de la lucha de terribles fuerzas negativas (*anánkai*) que la naturaleza impone a la condición mortal o incurable de la enfermedad. Continúa Laín Entralgo diciendo que, con la aparición del cristianismo, surge un concepto de vida en el que el amor se conforma en la relación médico paciente como misericordia y adopta la forma de asistencia caritativa a los enfermos. La medicina se torna en el arte de curar y se constituye en el *ars médica*.

Desde Freud, el psicoanálisis ha estudiado este fenómeno con el nombre de *transferencia* para referirse a los afectos que surgen en el paciente referidos al médico y que son la actualización de los sentimientos vividos durante su infancia en la relación con sus padres. Por su parte, en el médico también aparecen afectos hacia su paciente constituyendo lo que se conoce como *contratransferencia*.

En cierto sentido, la *alianza terapéutica* es la construcción de un vínculo entre el profesional y el paciente cuya finalidad es la colaboración recíproca destinada a obtener un fin: la curación. El término de “**alianza**” fue propuesto por R. Sterba

(1934), por E. Zetzel (1956) y por E. S. Bordin en 1979. Está constituido por “el acuerdo entre el médico y el paciente sobre el objetivo terapéutico”. Se sobreentiende que esto incluye “todo lo que es necesario efectuar para lograr el objetivo propuesto”. A esto se agrega el vínculo emocional que se crea entre los dos intervinientes principales de la tarea. Se ha escrito bastante sobre el valor predictivo de la alianza terapéutica en cuanto a los resultados de la cura, pero indudablemente su valor más importante es el de que una buena alianza terapéutica crea las mejores condiciones para que se realice un buen proceso terapéutico.

Una buena relación médico-paciente reactiva en el nivel inconsciente el pensamiento mágico. Las imágenes del médico y del mago a veces se confunden. Jung ha estudiado este punto y postula que existe un inconsciente personal que se inscribe en un inconsciente colectivo de carácter heredado, el cual es común a todos los hombres y que aparece reflejado en los mitos universales. El pensamiento mágico tiene su raíz en este inconsciente colectivo. La relación médico-paciente en cierto sentido posee este aspecto mágico.

Un buen ingrediente para comprender mejor esto es ver a la labor médica a través de una óptica artística. Para el médico es todo un desempeño artístico lograr una buena relación médico-paciente. Aplicar el conocimiento científico con habilidad artística configura al “arte de curar”. Cuando esto se logra con maestría, entonces se potencia la eficacia terapéutica.

Condiciones que favorecen el establecimiento de la alianza terapéutica

La responsabilidad de la alianza terapéutica corresponde por igual tanto al profesional médico como el paciente. Pero es necesario tener en cuenta que el médico cuenta con una mayor madurez emocional dada por su experiencia en el campo de la salud.

En el médico, señalaría las siguientes:

1. Un auténtico y genuino interés por la persona del paciente y por su padecimiento en el sentido de solucionarlo de la mejor manera posible.
2. Respetar su rol de médico y no dejar que se confunda con el rol de padre omnipotente que el paciente sistemáticamente intenta promover.
3. Garantizar que el paciente puede “contar con él” como médico.
4. Que él se va a constituir en un buen depositario de su confianza y de su esperanza.
5. En este sentido, y dentro del margen profesional, ofrecerle la mayor continencia posible.

En el paciente: se puede decir que esta actitud del profesional generalmente promueve una respuesta igual “en espejo”. Por lo tanto, me limitaría a señalar:

Que el paciente necesita aprender a comprender y respetar cuáles son las posibilidades y cuales las limitaciones del accionar terapéutico de su médico.

Es importante fomentar esta reciprocidad. Cuando esto se logra se forma la primera espira de una espiral que termina constituyendo un *continuum* en el tiempo que abarca todo el tratamiento y puede continuar mucho más allá en el tiempo.

El Método Científico en la Medicina

Con motivo de la presentación del libro *Contribuciones a la Ética*, de mi autoría, efectuada en la Asociación Médica Argentina (Buenos Aires), una de las cuestiones que surgió es si la Medicina es una ciencia o no lo es. Este es un punto que merece una consideración especial.

El *Diccionario de la Real Academia Española* define la Medicina como una ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. Otros diccionarios agregan que es la ciencia que se dedica al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano. Generalmente se agrega que es el arte de administrar el conocimiento técnico para el mantenimiento, el mejoramiento y/o la recuperación de la salud, por el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de las enfermedades. Aquí vemos que el término “ciencia” se repite con frecuencia en la definición de Medicina.

Para avanzar en la consideración de este punto, debemos recurrir al concepto de qué es el método científico y cuál es la tarea del investigador científico.

El investigador científico

La **Epistemología** estudia el método de las ciencias. I. Copy (*Introducción a la lógica*,

Eudeba, Buenos Aires, 1962) compara al investigador científico con el detective y toma como ejemplo al célebre Sherlock Holmes, cuyo autor fue Sir Arthur Conan Doyle, y que, como sabemos, fue un médico que paralelamente al ejercicio de su profesión escribió la serie de aventuras policiales creando al personaje que lo hizo célebre. Algunos críticos han escrito que la fuente inspiradora de Conan Doyle fue su maestro en Medicina que era un prolijo y criterioso clínico. Se puede suponer, entonces, que las investigaciones de Sherlock Holmes están inspiradas en el modelo de investigación clínica.

El método científico

El *método científico* (del griego: *-meta* = hacia, a lo largo; *-odos* = camino-; camino hacia el conocimiento) es el conjunto de pasos que sigue el investigador científico con el objeto de descubrir conocimientos nuevos para una determinada ciencia o disciplina. Es importante que los descubrimientos sean válidos y confiables. Estos pasos siguen una secuencia que está fijada de antemano, de tal modo que su cumplimiento asegure y/o garanticen la validez de los resultados obtenidos.

En general se acepta que los pasos del método científico son los siguientes: 1) **Observación** del fenómeno que interesa en el estudio; 2) **Descripción** del fenómeno; 3) **Inducción**, que consiste en la obtención de generalidades o abstracciones implícitas en los fenómenos observados; 4) **Hipótesis**, elaboración de la o las hipótesis que expliquen dicho fenómeno por relaciones de *causa-efecto*; 5) **Experimentación**, por medio de pruebas que prueben o testeen la hipótesis en cuestión; 6) **Demostración o refutación** de la o las hipótesis, y 7) **Comparación universal**, que es la constante *contrastación* de hipótesis con la realidad.

Como síntesis de estos ítems puede decirse que el científico realiza los siguientes grandes pasos: a) **observación** del fenómeno que se estudia y de la que se obtienen **datos observacionales empíricos**; b) elaboración de **hipótesis** explicativas de ese fenómeno, que incluyen relaciones de causa-efecto, y que son de gran importancia porque controlando las causas, se pueden determinar los efectos, y c) **verificación** de la hipótesis. A medida que la hipótesis resiste la verificación se construye la **teoría**, que suele ser la resultante de varias hipótesis combinadas. La aplicación del contenido de la hipótesis y/o teoría da lugar a resultados que constituyen nuevos elementos observacionales.

La verificación en ciencias fácticas o empíricas está muy relacionada con el **experimento**. Galileo (siglo XVII) fue quien jerarquizó el experimento como principal prueba científica. Es célebre el muy conocido “experimento de la torre de Pisa”. En el siglo XVI se sostenía que la velocidad de la caída de los cuerpos dependía de su peso: los cuerpos más pesados caían más rápidamente que los livianos. Este concep-

to provenía de Aristóteles. Galileo se atrevió a desafiar a Aristóteles: tomó dos piedras de distinto peso y las arrojó simultáneamente desde la punta de la torre inclinada de Pisa y comprobó que ambas llegaban al suelo al mismo tiempo. Con esto comprobó que la velocidad de la caída de los cuerpos (o de la aceleración de la gravedad) es independiente del peso, es decir, que es igual en todos los pesos.

El método científico en la Medicina

El médico clínico (o mejor aún, cuando el médico realiza una “función clínica” que es una tarea de investigación) es el Sherlock Holmes de la Medicina. Es importante diferenciar la clínica de la cirugía, porque ésta requiere una habilidad manual que constituye una verdadera artesanía. Veamos cómo en la clínica se cumplen las tres tareas básicas de la investigación científica:

1) **Observación del fenómeno patológico:** corresponde a la captación –o toma de conocimiento– de la patología que provoca el sufrimiento del paciente. El clínico lo realiza a través de la observación y el estudio de los datos obtenidos en la *anamnesis* (interrogatorio) y en el análisis de los *síntomas* y *signos* a través de los que se expresa la patología. A estos se agregan los datos obtenidos de los estudios de laboratorio, las radiografías y todo lo que ofrece la tecnología actual. Estos elementos corresponden a la categoría de **datos clínicos**, similares a los “datos observacionales empíricos” de la investigación científica.

2) **Elaboración del diagnóstico:** es exactamente lo mismo que elaborar la *hipótesis explicativa*. Todo diagnóstico aparece en el pensamiento del clínico como una hipótesis, la cual puede surgir a través de etapas

de elaboración o por el procedimiento al cual se refirió A. Einstein que es la *intuición libremente especulativa*. En este caso, la hipótesis diagnóstica aparece espontáneamente como una luz que se enciende y que ilumina todo lo que antes no se podía ver. Este fenómeno es llamado por los psicoanalistas de la escuela inglesa *insight*, que significa “comprensión, penetración percepción de la naturaleza interior de una cosa”.

3) **Verificación:** la tercera tarea consiste en someter el *diagnóstico* (o hipótesis diagnóstica) a las pruebas terapéuticas. Esto constituye un verdadero **experimento**, y

hago constar aquí que utilizo el término “experimento” en el sentido de prueba terapéutica. Esto significa que el médico utiliza el *método de ensayo y error* (que es un método tanto de aprendizaje como de obtención de conocimientos), probando la respuesta del paciente, es decir sea comprobando si hay respuesta positiva hacia la resolución de la patología o no. Si no la hay, entonces recurre a un nuevo intento terapéutico. Es necesario tener presente que en algunos casos, la verificación se produce en la etapa de diagnóstico, cuando hay pruebas fehacientes de la existencia de una patología, como es el caso de las biopsias.

La cura, ¿puede ser una experiencia enriquecedora?

La experiencia emocional terapéutica

Un caso clínico

Un paciente mío tuvo que ser sometido a una intervención quirúrgica de riesgo: un *by-pass* cardíaco. Había un estrechamiento en las arterias coronarias. Se había realizado un estudio exhaustivo y el resultado había sido categórico. No había dudas. Había que operar con urgencia pues las obstrucciones arteriales eran altas y el riesgo de muerte súbita, también lo era. Mi paciente sabía que ésta era una experiencia crucial en su vida... quizás la más importante. Pero el equipo médico le permitió enfrentarla en muy buenas condiciones y pudo hacerlo con optimismo y entusiasmo. Todo significó una experiencia de cinco días sumamente enriquecedora.

La experiencia emocional correctiva

En psicoanálisis se conoce lo que es la “experiencia emocional correctiva”.

Franz Alexander, de la Escuela Psicoanalítica de Chicago (*Alexander, Franz y French, Thomas M.: Terapéutica psicoanalítica, Paidós, Buenos Aires, 1957, p.73*) estudia a fondo los efectos terapéuticos de la experiencia emocional cuando ella se realiza en forma graduada y controlada en un tratamiento psicoanalítico.

El ejemplo de “Los miserables” de Víctor Hugo

Alexander expone en su libro, como ejemplo, una experiencia emocional correctiva que Víctor Hugo describe en “*Los miserables*”. Dice que, Víctor Hugo en su descripción de la conversión de Jean Valjean, se adelantó al principio fundamental de la psicoterapia que es “*buscar un cambio profundo en la personalidad*”. Jean Valjean era un ex convicto en el cual se produjo “*un cambio dramático debido a la abrumadora e inesperada bondad del obispo*”, a quien le estaba tratando de robar, y que reaccionó con una infinita bondad, perdonándolo.

Refiere Alexander: “Valjean encuentra al pequeño Gervais tocando la gaita en el camino. Cuando la moneda de dos francos del niño cae al suelo, el ex convicto pone su pie sobre ella y se niega a devolvérsela. Aunque el niño llora por eso y ruega desesperadamente, Valjean permanece incólume. En un estado de parálisis y de total confusión, es incapaz de quitar su pie de encima de la moneda. Sólo después de partir Gervais, desesperado, despierta Valjean de su estupor. Corre tras el niño en un frenético esfuerzo de enmendar su mala acción, pero sin poder encontrarle. Ese es el comienzo de su conversión.”

Hugo escribe: “sintió en forma indistinta que el perdón del sacerdote era el asalto más formidable que le hubiese conmovido hasta entonces; que si resistía a tamaña clemencia, su endurecimiento sería permanente; y que si por el contrario, ahora debería renunciar él a ese odio con el que los actos de otros hombres habían llenado su alma durante tantos años, y que le complacía; que en esa ocasión debía conquistar o darse por vencido, y que una lucha, una lucha colosal y final, se había iniciado entre su maldad y la bondad del obispo. Algo que ni siquiera sospechaba es seguro, sin embargo: él ya no era el mismo hombre; todo había cambiado en él, y ya escapaba a sus facultades liberarse del hecho de que el obispo le hablase y le diera la mano.”

Jean Valjean no sabía por qué robaba al niño pero pensó con toda claridad que “si a partir de ese momento no era el mejor de los hombres, sería el peor; que ahora debía ascender más alto que el obispo o hundirse más hondo que el esclavo de las galeras; que si deseaba ser bueno debía llegar a ser un ángel y si deseaba seguir siendo malvado debía llegar a convertirse en un monstruo”.

La descripción de la escena con el niño Gervais –en la que Valjean era alguien que había aprendido a ser cruel para poder vivir en un mundo cruel– y el contraste formidable con la bondad del obispo que le da la mano y lo perdona –en el mismo momento en que le está robando–. Esto permite comprender la metamorfosis emocional experimentada por Valjean que le produjo el cambio de la maldad a la bondad.

El tratamiento y su efecto traumático

Todo tratamiento puede tener efecto traumático y se puede establecer una analogía con el “episodio Valjean”. El accionar terapéutico constituye un ataque, especialmente si no se lo administra con pericia y bondad. En el caso comentado al comienzo, la cirugía cardíaca es sumamente traumática. El cuerpo sufre un ataque que es vivido psíquicamente como una violación de la intimidad corporal. El cardiocirujano y sus instrumentos se introducen en el tórax y al paciente no le queda otra cosa más que entregarse y confiar.

Se puede efectuar una buena comparación entre el trauma quirúrgico y el episodio descrito por Víctor Hugo y estudiado por Franz Alexander como modelo de una “experiencia emocional correctiva”. El choque emocional experimentado por Valjean por el fuerte contraste entre la bondad del obispo y la maldad del medio en el que se había criado, es “como si fuera” el trauma experimentado por el cuerpo que es objeto de la cirugía y la bondad ofrecida por el equipo médico.

Es preciso reconocer que la excelencia de las anestias y los cuidados biológicos logrados por la ciencia médica, han morigerado enormemente la calidad traumática de esos abordajes. A esto es necesario que se agregue un tratamiento realizado en buenas condiciones técnicas y basado en la consideración de afecto y respeto que le corresponde al paciente como persona.

Hoy haciendo una generalización, podemos decir con mucha claridad que todo tratamiento debería dejar un saldo positivo: es muy importante que la experiencia terapéutica sea enriquecedora.

La obsoletización de los conocimientos científicos

El “obstáculo epistemológico” en la práctica profesional

Un problema de la praxis profesional: la lucha entre los conocimientos obsoletos y los conocimientos nuevos

La tarea del profesional está llena de dificultades. Una de ellas suele aparecer como una limitación del pensamiento científico, y se refiere a una fuerte tendencia a relacionar los conocimientos nuevos y desconocidos con los ya conocidos previamente. Esto significa que los conocimientos aceptados y establecidos –con los que el profesional está acostumbrado– funcionan como una barrera que impide pensar en el nuevo conocimiento. Frecuentemente, los conocimientos que son habituales en el pensador, funcionan como prejuicios que obstaculizan la instalación del nuevo concepto que se está aprendiendo. Este tipo de obstáculo tiene una larga data, una fuerte presencia y un gran peso en toda historia laboral. El progreso de la ciencia provoca fatalmente este obstáculo.

Los conocimientos previos constituyen las “creencias” científicas

Los conocimientos adquiridos previamente constituyen verdaderas creencias. Tienen la fuerza y los atributos de las creencias religiosas o políticas.

¿Qué son las creencias? Dice Ortega y Gasset: “estas ideas básicas que llamo *creencias* no surgen en tal día y hora dentro de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar, no son ocurrencias ni siquiera de aquella especie más elevada por su perfecta lógica y que denominamos razonamientos. Todo lo contrario: estas ideas que son, de verdad, creencias constituyen el continente de nuestra vida, y por ello no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de ésta. Cabe decir que no son ideas que tenemos sino ideas que somos. Más aún: precisamente porque son creencias radicalísimas se confunden para nosotros con la realidad misma –son nuestro mundo y nuestro ser– pierden, por tanto, el carácter de ideas, de pensamientos nuestros que podrían muy bien darnos ocurrido”. Ortega y Gasset sostiene fuertemente que sin creencias no podemos vivir.

Una creencia es la firme convicción de la existencia de una cosa cuyo funcionamiento produce un determinado efecto: un sentimiento de seguridad que resuelve toda incertidumbre. Se pueden establecer evidencias claras sobre lo que se cree. El hecho de resolver la incertidumbre logra un efecto ansiolítico tranquilizante.

La teoría del conocimiento: la epistemología

La epistemología es la rama de la filosofía que estudia los problemas relacionados con la **teoría del conocimiento**. La epistemología estudia la definición del saber y los conceptos relacionados, de las fuentes, de los criterios, de los tipos de conocimiento posible, del testeo de los criterios de verdad para evaluar los conocimientos y las relaciones entre el que capta el conocimiento y el objeto conocido. Su punto de partida es la recolección de los **datos observacionales** que constituyen la **base empírica**, y las **teorías** que pueden tener distintos niveles de **abstracción** y de **generalización**. En la clínica, los datos observacionales se refieren al **diagnóstico**, y las teorías son las **hipótesis clínicas** y/o **terapéuticas**.

El obstáculo epistemológico de Bachelard

La epistemología suele ser tomada como la filosofía de las ciencias. La adquisición de nuevos conocimientos produce una lucha interna en la mente del investigador y del profesional. Descubrir, aceptar y adquirir un conocimiento nuevo es siempre una mezcla de lucha y de placer. El avance del conocimiento científico se caracteriza por provocar rupturas epistemológicas de los conocimientos previamente adquiridos y ya conocidos, que por lo tanto mantienen su vigencia hasta que el nuevo conocimiento los desplaza. Esto es lo que Gaston Bachelard denomina **“obstáculo epistemológico”** (Bachelard G., *La formación del espíritu científico*, Siglo XX editores, México). El “obstáculo epistemológico” es vivido como un “escotoma mental” –llamado así por su analogía con el escotoma óptico, que es una zona ciega del campo visual– el cual funciona como una “ceguera” mental que abarca al conocimiento nuevo. Bachelard propone “plantear el problema

del conocimiento científico en términos de obstáculos”, que se presentan en la mente del profesional y/o del investigador científico, como una traba del pensamiento para aceptar ideas nuevas que provocan ansiedades, precisamente, por ser desconocidas. Lo que no se conoce, en tanto ser desconocido, es siempre peligroso.

Un ejemplo clínico

Un colega me consultó por una paciente, de 60 años, con conflictos familiares de diversa índole. Describe su personalidad utilizando términos como que es una “personalidad paranoide y megalomaniaca” resistente a toda aproximación terapéutica.

¿Cuál es el obstáculo epistemológico del colega? Es evidente que en la evaluación que él efectúa de su paciente, predominan teorías diagnósticas que se basan fundamentalmente en el concepto de “cuadros nosológicos”. Este es el **obstáculo epistemológico**, que funciona como un **escotoma psíquico**. En la medida que el colega ubica a la paciente en dichos cuadros está “cosificando” la problemática de la misma y esto dificulta enormemente tanto la comprensión diagnóstica, como la operación terapéutica: la paciente “es un cuadro clínico” y no se la comprende como “una persona” que se conduce con un comportamiento paranoide o megalomaniaco. La relación terapéutica se torna inoperante.

El colega continúa actuando como en la época en la que el diagnóstico se efectuaba con el criterio de “cuadro clínico”: el cuadro paranoide o el cuadro megalomaniaco. El concepto de “cuadro clínico” –que es una abstracción– contiene la cualidad de ser fijo e inmutable. Hoy día, esto mismo se aborda con el concepto de “comportamiento paranoide” y/o “megalomaniaco”. Estos

comportamientos cambian de un día al otro, presentando las variaciones que son propias de los seres humanos. Este abor-

daje “humaniza” la relación terapéutica y ayuda al paciente a ir cambiando en forma positiva hacia la resolución.

El valor ético del profesionalismo

Una observación cada vez más frecuente

En los ámbitos de los sistemas de atención de la salud se viene observando que es creciente la frustración de los médicos y demás integrantes del equipo de salud, motivada por los cambios que se vienen experimentando. Hay cada vez una mayor separación entre las necesidades de los pacientes y las posibilidades de brindarles una buena asistencia en contraste con el gran desarrollo tecnológico y científico de la Medicina. Esto viene provocando una degradación de lo que significan "profesión" y "profesionalismo" en los encargados de brindar la asistencia.

La ética y el profesionalismo

Toda profesión debe ser encarada como un emprendimiento basado en la **ética** y en el **profesionalismo**. Esto adquiere especial relevancia cuando la práctica está destinada al ser humano. La ética y el profesionalismo constituirán una base estructuralmente estabilizadora y protectora tanto del que brinda la asistencia como del que la recibe.

El concepto de **profesionalismo** implica la observación de normas técnicas, éticas y deontológicas de la profesión. Para ello se requiere: 1) una buena capacitación, 2) un

suficiente desarrollo madurativo que permita desempeñar el cometido profesional con autonomía y libertad; 3) una vocación de servicio hacia la comunidad, y 4) un fuerte compromiso consigo mismo y con los demás.

Desde hace un tiempo, la empresa médica y la organización de la atención de la salud vienen amenazando los valores del profesionalismo médico, provocando una progresiva "desprofesionalización". El quehacer médico va dejando de ser una profesión para tornarse un oficio al servicio de la empresa médica.

La reacción

Frente a esto, vienen surgiendo reacciones en distintos lugares, como en Australia, EE.UU., Canadá, México. El mejor conocido es el *Medical Professionalism Project* que está integrado por varias instituciones como el *American College of Physicians*, la *American Society of Internal Medicine* (ACP-ASIM) *Foundation*, el *American Board of Internal Medicine* (ABIM) *Foundation*.

Al cabo de varios años de trabajo están desarrollando un nuevo código de ética que contempla muy especialmente el perfil del profesionalismo médico, con la intención de mejorar el tema de atención de la salud

y determinar y mantener mejores condiciones para un más destacado **profesionalismo** del médico. Este código de ética ha sido publicado simultáneamente en *The Lancet*, que es una revista médica británica, y en *Annals of Internal Medicine*, publicación médica estadounidense.

El objetivo principal es **afianzar principios universales y valores del profesionalismo médico**. Plantean un conjunto de tres principios y diez responsabilidades como los ideales a ser seguidos por todos los médicos.

Los tres principios son: 1) respetar el bienestar del paciente, 2) respetar la autonomía del paciente, y 3) la justicia social.

Las diez responsabilidades o compromisos, son: 1) la competencia profesional, 2) la honestidad, 3) la confidencialidad del paciente, 4) mantener relaciones apropiadas con el paciente, 5) excelencia en la calidad del cuidado, 6) excelencia en el acceso al cuidado, 7) una justa distribución de los recursos finitos, 8) el mayor nivel en el conocimiento científico, 9) mantenimiento de la confianza al manejar conflictos de interés, y 10) responsabilidades profesionales.

Además establece que el **profesionalismo** sea la base del contrato médico subrayando que “el interés por los pacientes debe estar por encima de los del médico”. También establece un punto importante: se rechaza el paternalismo médico y, en cambio, se promueve la autonomía del paciente.

Por otra parte, sostiene que en todos los **niveles profesionales** que van desde el médico que practica la Medicina en “la línea de trincheras” hasta los profesores que dictan cátedra en las escuelas médicas –incluyendo a los estudiantes de Medicina–, los mismos principios deben ser respetados. Así como para el médico debe regir el *primum non nocere*, para los líderes direc-

tivos de la Medicina también debe regir el principio de no dañar el código de ética de la profesión, respetando el profesionalismo.

El profesionalismo médico

El concepto de profesionalismo médico puede ser definido de acuerdo con los siguientes ítems:

1) Capacidad para subordinar los intereses propios a los de terceros. 2) Apego permanente a la moral y la ética. 3) Respuesta a las necesidades sociales. 4) Actitud congruente con valores: honestidad, integridad, calidez, compasión, altruismo, empatía, respeto hacia los otros e inspirar confianza. 5) Ejercicio de la responsabilidad. 6) Demostración de compromiso continuo en busca de la excelencia. 7) Compromiso con la transmisión del conocimiento y el avance científico en cada área. 8) Capacidad de trabajo con alto nivel de complejidad e incertidumbre. 9) Reflexión y capacidad de autocrítica respecto a sus decisiones y acciones.

Principios fundamentales del profesionalismo

Lo que propone este documento, puede ser sintetizado así como Principios fundamentales del profesionalismo:

1) *Primacía del bienestar del paciente*. Plantea la dedicación para servir al interés del paciente.

2) *Autonomía del paciente*. Es necesario respetar el principio de la autonomía del paciente.

3) *Justicia social*. Es necesario promover la justicia en el sistema de salud, especialmente en la distribución de los recursos.

Referencias

1. Medical Professionalism Project. "Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter." *Ann Int Med* 2002;136:243-46.

No hay enfermedades sino enfermos

Sobre enfermedades y enfermos

"No hay enfermedades sino enfermos" es una expresión que tiene una teoría muy antigua. Se dice que solía repetirla Hipócrates. De quien sabemos con seguridad que era preferida, es de Gregorio Marañón. Pero, ¿qué significa? ¿qué importancia tiene discriminar el significado de lo que es la enfermedad y diferenciarla del enfermo? Esto tiene una historia relativamente reciente.

Sir Archivald Edward Garrod (1857-1936), médico británico, se hizo famoso por haber descubierto las enfermedades congénitas, o sea, las enfermedades heredadas genéticamente por haber aplicado la genética mendeliana en el estudio de las enfermedades del ser humano. El carácter congénito de dicha afección. Cuando era médico de un hospital de Londres, atendió a un niño de sólo tres meses de edad enfermo de *alcaptonuria*, causada por una acumulación excesiva de *alcapción*, un ácido que provoca una coloración pardo oscura en la orina. Al continuar su investigación llegó a encontrar una familia de 39 pacientes. Lo interesante del descubrimiento fue que cada enfermo poseía características individuales que hacían que cada uno fuera diferente de

los demás. Cada uno tuvo una evolución individual y diferente de los otros.

Si bien el descubrimiento del concepto de "enfermedad congénita" es importante, el reconocimiento de que la enfermedad es diferente en cada enfermo, lo es más aún: lo lleva a la conclusión de que "no hay enfermedades, sino enfermos".

Lo concreto y lo abstracto. El carácter abstracto del concepto de enfermedad

Si comparo una silla de madera, un banco de plástico, un sillón de cuero y una banqueta tapizada, llegaré fácilmente a ver que son "**objetos concretos**" diferentes tanto en su forma como en los materiales con los que fueron realizados. Si pensamos en el uso que prestan, también llegamos a la conclusión que todos tienen el mismo uso común: sirven para sentarse. De todos podemos decir que son asientos. De este uso por el cual cumplen la misma función, surge el **concepto abstracto** de "asiento", que es común a todos ellos. Lo abstracto – o las abstracciones – surge de la comparación de elementos comunes a varios elementos singulares concretos.

El carácter concreto del enfermo y el carácter abstracto de la enfermedad

El **enfermo**. Cada enfermo es una persona y cada persona es un ser concreto que posee su propia anatomía, su propia fisiología, su propia historia y sus propias circunstancias individuales, familiares y socioeconómicas, y cumple con sus funciones y disfunciones en un equilibrio interno dentro de sí mismo y externo con el medio que lo rodea. Cuando ese equilibrio se rompe se enferma. Cada cosa que he señalado es de **carácter concreto**. También es concreto su comportamiento.

Un buen conocimiento del enfermo es básico para el establecimiento de un buen vínculo médico-paciente y de una buena relación terapéutica. El vínculo con el enfermo es la relación con una persona.

La **enfermedad**. De la comparación de un conjunto de enfermos que presentan síntomas y signos patológicos comunes a todos ellos, con respuestas terapéuticas y evoluciones también comunes, surge el **carácter abstracto** del concepto de enfermedad. Así la enfermedad es una abstracción. En este sentido, es sumamente útil y necesaria desde el punto de vista científico y académico. Su conocimiento y buen empleo ha permitido y permitirá el progreso de la ciencia. Esto redundará en el extraordinario beneficio que es para el ser humano tanto la notable elevación de calidad de vida como en su prolongación.

El estudio de las enfermedades ha permitido constituir una disciplina que se llama **“nosología”**. Esta tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades o **entidades nosológicas**, las causas que la producen, la evolución, el tratamiento, etcétera.

La enfermedad es una entidad, un ente, una cosa. El vínculo con “el cardíaco de la cama 14” es la relación con una cosa.

Un estudio de la enfermedad como abstracción

El Departamento Médico de la Asociación Cristiana de Jóvenes (Lima, Perú), ha publicado un estudio basado en una idea de Mario Bunge, titulado **“Un modelo teórico de enfermedad”** en el que plantean el **concepto de enfermedad como modelo teórico lógico-matemático**, es decir, “como una representación conceptual esquemática”, la cual **representará la enfermedad en términos teóricos de alto grado de abstracción**. Para ello se valen de conceptos matemáticos como los de conjunto y función como herramientas de abstracción, y de teorías muy generales, como la teoría general de sistemas. Dicen los autores que el concepto de enfermedad se sostiene en la hipótesis de emergencia óptica y de emergencia gnoseológica.

Este estudio es seguramente interesante e importante para la profundización de las teorías sobre la enfermedad. Pero frente al problema clínico de comprender a la persona enferma plantea problemas de oscurecimiento en la claridad de la evaluación diagnóstica y de la operación terapéutica.

“No hay enfermedades sino enfermos”

Este axioma subraya la necesidad de tratar a cada paciente como un caso singular y único, comprendiendo que es una persona que constituye en sí una totalidad y que es imprescindible estudiar y comprender a esa persona en la que están incluidos los síntomas de su padecimiento. Especialmente impone *no reducir la persona a un cuadro de síntomas*. Este es el peligro de los catálogos de trastornos que aparecen en

los manuales como el DSM-IV, que son clasificaciones de enfermedades como cuadros nosológicos y no de enfermos que son señalados como “esquizoides”, “paranoides” o “bipolares”. Estas clasificaciones son importantes para poner orden en las entidades clínicas.

La queja más frecuente de los enfermos no es sobre la falta de capacidad del médico, sino de que no son suficientemente escuchados, de que el profesional sólo se fija en los resultados de los estudios y los análisis, y de que son muy poco atendidos, que no le dan tiempo a expresar lo que les ocurre. El médico receta sin escuchar.

William Soler (1849-1919) decía que “es más importante conocer a la persona que tiene la enfermedad, que conocer a la enfermedad que tiene la persona”.

Raoul Fournier (1900-1984) gran médico y humanista mejicano, decía: “Cada vez sé menos acerca de la enfermedades, pero sé más acerca de los enfermos”.

Gregorio Marañón (1887-1960) eminente médico español, predicaba que “la historia de cada enfermo debería ser no sólo clínica, sino biográfica”.

Momentos estelares de la investigación del padecimiento humano

El descubrimiento del poder patógeno de lo inconsciente

Tanto en el campo biológico como en el psicopatológico han aparecido grandes descubrimientos que han cambiado radicalmente el panorama del tratamiento de la enfermedad y del padecimiento humano. A continuación se detallan algunos nombres que justifican la afirmación de este concepto.

Edward Jenner nació el 17 de mayo de 1749 y falleció un 26 de enero de 1823 en la localidad de Berkeley. Fue un afamado médico rural que descubrió la vacuna antivariólica que permitió combatir la viruela que se había propagado como epidemia en varios continentes. **William Harvey** (Folkstone, 1 de abril de 1578 - Londres, 3 de junio de 1657) fue médico, fisiólogo y embriólogo inglés. Los conceptos de Galileo introducidos en las diferentes ramas de la investigación científica invadieron el área de lo biológico por la aplicación de los principios mecánicos en los fenómenos vitales, estableciendo las bases de la fisiología moderna. Harvey aportó al descubrimiento de la circulación sanguínea. **Joseph Lister** (n. 5 de abril de 1827 – m. 10 de febrero de 1912) fue cirujano y, además de ser uno de los primeros que utilizó el microscopio, descubrió que la putrefacción de las heridas quirúrgicas eran causa de gran mortalidad en los hospitales. Se le ocurrió que por

el uso del calor aplicado a los instrumentos quirúrgicos podría evitar dichas infecciones. Con esto desarrolló la práctica quirúrgica de la asepsia y de la antisepsia. En 1865, Lister, con el descubrimiento de los antisépticos, contribuyó a iniciar la “era de la asepsia” en el ámbito quirúrgico. **Louis Pasteur** (27 de diciembre de 1822 - 28 de septiembre de 1895) fue un químico francés cuyos descubrimientos resultaron de gran importancia en diversos campos de las ciencias naturales, como en la química y en la microbiología. Es reconocida mundialmente su técnica distinguida como pasteurización. Pasteur obtuvo vacunas eficaces contra el cólera de los pollos, el ántrax y la erisipela del cerdo. Quizás la más importante ha sido la vacuna contra el virus de la rabia. Sir **Alexander Fleming** (6 de agosto de 1881 – 11 de marzo de 1955) fue un científico escocés que se hizo famoso por descubrir la proteína antimicrobiana llamada *lisozima* y la *penicilina* obtenida del hongo *Penicillium chrysogenum*. Esto dio origen a los antibióticos que cambiaron el panorama en el tratamiento de las enfermedades infecciosas. **Henri Laborit** (Hanoi 21 de noviembre de 1914 - París 18 de mayo de 1995), individualmente o en equipo, realizó diver-

sos estudios y descubrimientos médicos, trabajó en la experimentación biológica de los tranquilizantes, al tiempo que desarrolló técnicas depuradas de hibernación artificial y estudió los psicotrópicos con fines terapéuticos. Durante la Segunda Guerra Mundial alcanzó notoriedad en el campo de la medicina por el empleo con éxito de la *clorpromacina* en las operaciones quirúrgicas y en el tratamiento de la esquizofrenia. Con esto se inició la era de los psicofármacos.

En psicopatología: el primer síntoma que desapareció concientizando la vivencia inconsciente

El psicoanálisis comienza con Freud. Un momento estelar de este comienzo fue cuando su mentor y amigo Dr. Joseph Breuer lo pone en contacto con la paciente Anna O., cuyo verdadero nombre era Bertha Pappenheim. Esta, que había sido paciente de Breuer desde 1880 hasta 1882, tenía 21 años y se había dedicado muy devotamente a la atención de su padre enfermo.

Al fallecer su padre, Anna comenzó con una serie de padecimientos muy difíciles de sistematizar por ser inusuales y extraños: anestesia de manos y pies, parálisis parciales, convulsiones espasmódicas, alucinaciones visuales, etcétera. Pero lo que se destacó en esta sintomatología fue un rechazo total de la comida y especialmente de la bebida lo que hizo temer seriamente por su vida.

El diagnóstico de Breuer fue “histeria”, como se daba en llamar en aquella época a lo que hoy conocemos como síntomas o signos de conversión. Eran síntomas físicos pero sin patología orgánica que los explique.

Una de las características de Anna era que se sumía espontáneamente en estados de hipnosis, conocidos como “estados hipnoides” (en los cuales ella podía referir sus fantasías y experiencias: tanto las actuales –de ese momento– como las de su infancia). El hecho clínico importante fue que Anna, al despertar de dichos trances hipnoides, experimentaba un mejoramiento importante de sus síntomas. Por este motivo, ella –que poseía una formación intelectual alta– llamó a esas experiencias con el nombre de “limpieza de chimenea” o –dado que conocía inglés– “*talking cure*” (“la cura por la palabra”).

El gran descubrimiento

Justamente fue en una de esas “limpieza de chimenea” cuando sobrevino el momento importante del descubrimiento del efecto patógeno de lo inconsciente. El relato de Breuer al respecto está publicado en las Obras Completas de S. Freud (E. Amarrortu, Tomo II, Anna O.). Con el deseo de exponer dicho descubrimiento con mayor claridad, he pautado dicho relato por pasos:

Breuer refirió: “La primera vez que por una declaración casual, no provocada, en la hipnosis del anochecer desapareció un síntoma que ya llevaba largo tiempo, quedé muy sorprendido. 1) En el verano hubo un *período de intenso calor*, 2) y la paciente *sufrió mucho a causa de la sed*, 3) entonces, y sin que pudiera indicar razón alguna, *de pronto se le volvió imposible beber*, 4) Tomaba en su mano el ansiado vaso de agua, pero 5) *tan pronto lo tocaban sus labios, lo arrojaba de sí* como si fuera una hidrofóbica. 6) Era evidente que durante esos segundos caía en *estado de ausencia*. 7) *Sólo vivía a fuerza de frutas*,

melones, etcétera, que le mitigaban su sed martirizadora. 8) Cuando *esa situación llevaba ya unas seis semanas*, se puso a razonar en estado de hipnosis acerca de su *dama de compañía inglesa a quien no amaba*, y refirió entonces con todos los signos de la *repugnancia* cómo había ido a su habitación; ahí vio a su *perrito*, *ese asqueroso animal*, *beber de un vaso* (en el mismo vaso que usaba la dama inglesa). Ella- Ana O.- no dijo nada pues quería ser cortés. *Tras dar todavía enérgica expresión a ese enojo* que se le había quedado atascado ***pidió de beber, tomó sin inhibición una gran cantidad de agua y despertó de la hipnosis con el vaso en los labios***. Con ello la perturbación desapareció para siempre". Breuer llamó **catarsis**, del griego referido a "limpieza", a estos estados de recuperación espontánea.

Según varios historiadores del psicoanálisis y de la vida de S. Freud, este fue el primer episodio en el que "la toma de conciencia –o concientización– de una vivencia inconsciente" produjo una mutación clínica significativa: la primera vez que se pudo comprobar que una noxa de carácter psíquico provocaba síntomas físicos como lo fue esa forma de hidrofobia.

La evolución posterior de Anna hizo que su tratamiento fuera continuado por S. Freud. Más adelante se convirtió en una persona muy respetada. Fue la primera mujer asistente social de Alemania con su propio nombre. Murió en 1936.

Siempre será recordada por su valor histórico en el conocimiento de la personalidad humana.

Aprendiendo de los pacientes

Desde el comienzo de mi práctica profesional pude ver cómo en la mayoría de los pacientes había siempre una participación emocional de gran importancia cualquiera fuese la patología. Recuerdo que en el Servicio de Cardiología, un porcentaje muy alto de pacientes con sintomatología cardíaca no presentaban lesiones orgánicas pero sí, en cambio, había repercusión emocional, a veces de mucha envergadura. Me interesó el tema e ingresé al servicio de la Cátedra de Psiquiatría. El aprendizaje era sumamente atrapante pues veíamos a los enfermos junto con el profesor, quien era muy generoso con sus conocimientos enseñando todo lo que sabía. En una oportunidad estaba muy interesado en profundizar mi aprendizaje de la patología de la mente y le pregunté:

- Profesor ¿cuál es el mejor libro para aprender esta disciplina?

Me respondió categóricamente y sin titubear:

- El paciente.

Esta respuesta quedó largamente flotando en mi mente y la recordaré siempre como un acontecimiento que marcó un jalón en mi formación profesional.

Hay por lo menos dos formas de aprender

Esto me permitió comprender que tenía por delante al menos dos caminos para efectuar mi aprendizaje.

Uno, el **académico** a través de cursos, clases, congresos o libros. Es decir, todo lo que se puede aprender y llegar a conocer de la patología mental en forma indirecta. Esto es especialmente para el conocimiento de lo teórico y de las teorías. Si tenemos en cuenta que estas teorías y descripciones fueron realizadas por otros investigadores, podemos acordar que esta forma de captar los conocimientos es indirecta, a través de una interpósita persona o instrumento como es el libro. Esto no le resta importancia al aprendizaje académico. Por el contrario es necesario subrayarlo.

La otra forma de aprender es por captación directa del conocimiento. O sea por la **experiencia** del contacto personal directo con el paciente. Esto es la experiencia clínica, que se conoce como **método clínico**. La experiencia clínica es de capital importancia porque es la esencia del quehacer profesional. Constituye la praxis. Pero esta praxis implica la necesidad de teorizar, que es poner en palabras los conociemien-

tos adquiridos con descripciones, explicaciones, predicciones y evaluaciones, y además comunicar y transmitir esos conocimientos a la comunidad profesional y a los que están realizando su formación. Esto significa ir de lo fáctico de la experiencia en su nivel concreto, a lo académico en su nivel abstracto.

Un problema que es propio de todo aprendizaje

El aprendizaje se produce por incorporación de un conocimiento nuevo. A este fenómeno psíquico se lo conoce con el término de “**introyección**”. En el psiquismo del que aprende, el nuevo conocimiento funciona como algo que “viene de afuera” y se incorpora a la mente. Se lo comparara con lo que se suele llamar el “modelo alimentario”: el nuevo conocimiento es como el alimento que se “introduce” en el psiquismo. Esto significa que para que se produzca un buen aprendizaje es necesario que haya una buena identificación entre el discípulo que aprende con el maestro que enseña. La consecuencia es que si el discípulo logra una buena identificación, entonces incorpora junto con el conocimiento que proviene del maestro, también la autoridad científica del mismo. Esto trae consecuencias en el discípulo, que se presentan cuando está evaluando conocimientos nuevos, por ejemplo el diagnóstico de su paciente. O también en la evaluación de un nuevo conocimiento que está descubriendo. El conocimiento enseñado por el maestro suele imponerse bajo el peso de la autoridad y la autoridad científica tiene mucho peso.

Teorizar para el enfermo y no “meter” al enfermo en la teoría

El profesional de la salud frente a la

incógnita de su paciente realiza una tarea de investigación y de descubrimiento. En su observación capta todo lo que necesita para **comprender** al paciente y a su patología, buscando **explicaciones** que relacionen causas y efectos. La intención es que cuando se conocen las causas, se pueden controlar los efectos: en la patología del cuerpo, operando sobre la etiología se resuelve la enfermedad; en la patología del psiquismo, la problemática es siempre más compleja y no se rige por el modelo biológico.

En esta situación hay una fuerte tendencia a aplicar directamente el conocimiento y la teoría aprendida del maestro. Es muy frecuente que en el profesional haya un sometimiento inconsciente al maestro o a la escuela que ha brindado la formación científico-profesional. El término “maestro” se usa aquí en forma genérica e incluye también a la escuela y a la corriente de pensamiento o teoría canónica que está más de moda. En el ámbito psicoanalítico que yo conozco se utilizan más frecuentemente las teorías de Freud, Lacan, Melanie Klein, Bion o Winnicott.

La situación se complica más todavía porque tanto en la institución médica como en la psicológica, la psiquiátrica o la psicoanalítica impera una creencia colectiva que funciona como un “juez (o superyo) institucional” y que actúa sobre el pensamiento del profesional en forma tendenciosa o prejuiciosa. Esto influye directamente alterando o mermando la eficacia de los resultados del tratamiento que muchas veces se torna ineficaz.

Estas consideraciones imponen como algo importante de satisfacer: que el profe-

sional “teorice para el paciente”. Cada paciente requiere su propia teoría: que esta sea a su medida. Una teoría es una hipótesis, es decir una conjetura. Se arma la teoría de la problemática del paciente estudiando cada uno de los elementos que intervienen en su constitución y desarrollo, buscando determinar la o las soluciones que resuelvan en un sentido favorable la evolución de la patología somática o de la

conflictiva situacional en el caso de la patología psíquica.

Los beneficiados por este enfoque son ambos, tanto el paciente como el profesional. El paciente porque la cura le aporta una cuota importante de salud y una experiencia enriquecedora que suele ser trascendente, y el profesional porque también se robustece desarrollando un sentido enriquecedor de su quehacer profesional.

Los cambios del marco ético

De la seguridad a la incertidumbre; de la certeza a la probabilidad

El mundo de la seguridad

Stefan Zweig en *El mundo de ayer. Autobiografía*, publicado en 1940, describió lo que definió como “El mundo de la seguridad”, a la Europa de fines del siglo XIX, tal como la vivió en toda la época que precedió a la primera guerra mundial de 1914. Ese fue el escenario en el que creció y cuya ausencia luego viviría muy amargamente.

“Si me propusiera encontrar una fórmula cómoda para la época anterior a la Primera Guerra Mundial, a la época en la que me educé, creería expresarme del modo más conciso, diciendo que fue la dorada edad de la seguridad.” Así refiere que “en la milenaria monarquía austríaca, todo parecía establecido sólidamente y destinado a durar y el mismo Estado aparecía como garantía suprema de esa durabilidad.”

La gestación de tal seguridad se debió al imperio de la Modernidad

La Modernidad se inicia apoyada en dos pilares a principios del siglo XVII: Galileo en el campo científico, y Descartes en el filosófico. Esto trajo una visión del mundo y del hombre totalmente diferente al concepto medieval que venía de Aristóteles y Santo Tomás de Aquino. Thomas Kuhn

interpreta todo esto como un nuevo paradigma que en el siglo XVIII tomó cuerpo con la física de Newton y la filosofía de Kant promoviendo un desarrollo muy importante en el siglo XIX pero que entró en crisis a comienzos del siglo XX. En el pensamiento de la Modernidad se provocó una mutación que modificó el geocentrismo de la Edad Media en el que el centro era la Tierra, hacia el antropocentrismo dando lugar primordial al Hombre. La consecuencia de esto fue el desarrollo de un pensamiento que apuntó hacia el desarrollo de un fuerte criterio de seguridad.

El racionalismo promovió la aplicación del *método inductivo* y su consecuencia fue el desarrollo de la *ciencia experimental* y el nacimiento de poderosos sistemas explicativos como el cartesianismo, el kantismo, el idealismo hegeliano, el empirismo, el positivismo, el evolucionismo, el liberalismo, el socialismo marxista, etcétera. Esto llevó al desarrollo de una **ética basada en principios racionales**, como la ética de Kant y la moral victoriana.

A fines del siglo XIX surgieron cambios importantes en las distintas áreas del desarrollo del pensamiento. En el campo de la

ciencia el desarrollo de la física relativista y cuántica que se venía gestando desde comienzos del siglo XVII trae una revolución científica que cambia por completo la imagen del mundo haciendo quedar anticuados los conceptos de tiempo, espacio, movimiento, materia y energía, que se relativizan tornándose interdependientes y pierden el carácter de absolutos. La interdependencia los hace “relativos”.

En el campo de la Física, Werner Heisenberg descubrió el **principio de incertidumbre** al comprobar que es imposible describir la posición de una partícula subatómica como es el electrón. Esto se une a la teoría de la relatividad de Albert Einstein en la que el tiempo y el espacio adquieren una nueva dimensión. Ilya Prigogine en *El fin de las certidumbres* afirma que “**se debe dar paso a lo meramente probabilístico**” y que **la certeza debe ceder el lugar a la eficacia**.

El cambio epistemológico y científico

El cambio epistemológico y científico se fue dando cuando filósofos como Dilthey, Bergson y Ortega, y filósofos existencialistas y existencialistas posteriores comenzaron a relativizar y superar el racionalismo cartesiano. El sujeto observador y el objeto observado adquieren la misma dimensión en cuanto a jerarquía y se destaca el concepto de “**la interacción permanente entre el sujeto y el objeto**”: el objeto influye y actúa sobre el observador. El conocimiento pierde su condición de certeza y se vuelve incierto. Adquiere importancia el modelo probabilístico; el método inductivo ha sido remplazado por el hipotético-deductivo de Popper: las hipótesis mantienen su validez mientras no aparezca una nueva hipótesis que la invalide.

En la Psicopatología y la Psiquiatría

Los conceptos de la Psiquiatría clásica – que estudia al padecimiento psíquico como “cuadros clínicos”– cuyas teorizaciones provienen tanto de la **Escuela Francesa** (desde Pinel a Henry Ey), como de la **Escuela Alemana** (desde Kraepelin a Tellenbach) y de la **Rusa** (con Pavlov y Korsakoff, etcétera) vienen aceptando cada vez más el rico bagaje conceptual de los aportes de la **Escuela Fenomenológica** alemana de la primera mitad del siglo XX, de Jaspers a Tellenbach. Esto está permitiendo una importante humanización de los abordajes terapéuticos que hacen que los tratamientos aborden más al enfermo que a la enfermedad como entidad nosológica. El nuevo abordaje redunda en un importante beneficio para el paciente porque tiene en cuenta no sólo la remisión de los síntomas sino el mejoramiento de la calidad de vida.

¿Certeza?

El ser humano busca en su vida permanentemente la certeza. La incertidumbre llega a funcionar como un factor patógeno. Esta incertidumbre surge del hecho de que el ser humano constituye un sistema complejo que vive en la complejidad de otro sistema más complejo aún. Por este motivo busca permanentemente la certeza en su deseo de eliminar el riesgo del hecho de vivir. Los sistemas religiosos cumplen una función importante en este sentido.

Hemos visto que la Física no da garantía de certeza. En un determinado momento se esperaba que la Matemática la ofreciera dado que las demostraciones matemáticas son inapelables. Se llegó a pensar que los axiomas que sustentan las matemáticas serían resistentes. Pero Gödel demostró las

propias matemáticas no pueden probar sus axiomas.

Nos estamos acostumbrando cada vez más a no exigir certezas, sino a manejarnos con grados de probabilidad. Se hace cada vez más indispensable aprender a vivir en la incertidumbre. Parece ser que cada vez

más se va reconociendo a la incertidumbre como esencial en el universo.

No hay certeza en el mundo: ¿Elegimos aquello que presenta la mejor probabilidad?

Hemos pasado de una **“ética de principios”** a una **“ética de consensos”**.

Mala praxis

El planteo del problema

Recientemente, una periodista me consultó:

–“Cada vez más personas realizan juicios de mala praxis contra profesionales. El rubro más demandado es el médico y en especial la cirugía estética. Algunos dicen que esto se debe a la mala formación médica de algunos profesionales, otros dicen que es un negocio promovido por los abogados y las aseguradoras, otros dicen que es porque los pacientes se quieren hacer respetar.”

Le respondí entonces:

–Creo que estos motivos pueden ser válidos pero además considero que uno de los más importantes es **una insuficiente o mala comunicación entre el médico y el paciente**, lo que provoca una deficiente información por parte del paciente sobre cuáles pueden ser los resultados y las consecuencias del accionar médico.

La periodista señaló que sentía curiosidad por saber “cómo se siente un médico al correr el riesgo de sufrir un juicio de esta magnitud que puede poner en juego su título o sus bienes.” Y agregó: “Si esto no va en contra del mismo paciente.”

Mi respuesta fue:

–“Pienso que muchos médicos deben reaccionar limitando el desarrollo de su capacidad profesional, para asegurarse de que se están manejando dentro de límites de máxima seguridad.”

Este planteo significa que las cuestiones de "mala praxis" se están agudizando de tal modo que obligan a que se les preste mayor atención.

El concepto de mala praxis

En el ámbito de la Asociación Médica Argentina, la Dra. Lidia Nora Iraola y el Dr. Hernán Gutiérrez Zaldívar publicaron un texto titulado “Apuntes sobre la responsabilidad médico legal y la mala praxis” donde postulan lo siguiente: “**Mala Praxis, su definición conceptual:** Existirá mala praxis en el área de la salud, cuando se provoque un daño en el cuerpo o en la salud de la persona humana, sea este daño parcial o total, limitado en el tiempo o permanente, como consecuencias de un accionar profesional realizado con imprudencia o negligencia, impericia en su profesión o arte de curar o por inobservancia de los reglamentos o deberes a su cargo con apartamiento de la normativa legal aplicable”.

En la Argentina se demanda por mala praxis a un médico de cada cinco (según datos publicados en www.intramed.net). Esto hace que el sistema se encarezca en \$500 millones anuales. Se piensa que hay una verdadera "industria del juicio" que estimula a producir demandas especialmente a aquellos que pueden litigar sin gastos. Se supone que habría unos 40.000 médicos demandados, lo que convierte a la Argentina en uno de los países donde se producen más demandas por mala praxis en América Latina. Los médicos buscan defenderse aplicando una medicina defensiva. Por ejemplo, piden más estudios que los necesarios para protegerse ante cualquier cuestión.

La relación médico-paciente y la comunicación de la verdad

La relación médico-paciente desempeña un papel fundamental. Es importante establecer una muy buena relación con el paciente para transmitirle seguridad en ese vínculo. El médico debe dar a su paciente toda la información necesaria para que éste tenga la seguridad de que no va a ser engañado y de que no se le está escondiendo nada. Debe hacer todos los intentos para lograr y mantener una buena comunicación con el paciente e informar todo aquello que atañe a la enfermedad o al problema de su paciente. Una buena comunicación cumple una función terapéutica importante. Esta debe estar dentro de lo que el paciente pueda comprender y "metabolizar" psíquicamente.

La verdad siempre cumple la mejor de las funciones pero debe ser graduada a las posibilidades emocionales del paciente. Es

necesario que la verdad sea suministrada en forma gradual y progresiva en tantas sesiones como sean necesarias.

La mala praxis y el consentimiento informado

Este es un problema que requiere suma atención. Ocurre habitualmente que el profesional médico se conforma con la firma del documento conocido como "consentimiento informado", que normalmente se concreta, en la rutina, con la firma de un formulario impreso que contiene un texto uniforme para todos los casos que son atendidos en el servicio médico. Este procedimiento no es bueno; ya que generalmente el paciente no lo lee o lo lee mal, sin haber tomado conciencia cabal del contenido.

La Audiencia Provincial de Madrid (como puede leerse en www.diariomedico.com /2009/06/02) condenó a un médico por haber seccionado la vena femoral en la liposucción efectuada a una paciente. En el fallo se puntualiza que **"la existencia del documento de consentimiento no es válido"** al haberse probado la negligencia del médico. Esto significa que la mala praxis convierte al consentimiento informado en un documento ineficaz.

Para que el consentimiento informado conserve su eficacia es importante que sea "personalizado", es decir adecuado al perfil de cada paciente. Este es el problema del que adolece el documento si está impreso con un texto uniforme para todos los casos. No debe ser abordado con un criterio universal para todos los pacientes. Es necesario que se ajuste a cada individuo. Para esto es importante tener en cuenta el nivel intelectual de cada paciente para adecuar – en cantidad y calidad– la información que recibe.

Ética del proceso terapéutico: el *holding* médico

La ética del proceso terapéutico se refiere a estudiar y aplicar las condiciones más adecuadas para optimizar los resultados del tratamiento: especialmente el comportamiento profesional. Una de ellas es el ***holding* médico**.

Los pacientes requieren *holding* o soporte médico. Esto significa ser contenidos, cuidados, acompañados y sostenidos por el profesional y su equipo. En los sistemas de medicina prepaga o de seguro de salud, el tiempo de la atención tiene un gran valor económico-financiero. Esto provoca que esta cronología sea muy controlada y economizada. Es muy frecuente que los médicos sólo dispongan de 15 minutos para cada consulta. Sin embargo, es importante saber que algunos casos requieren un mayor contacto temporal.

La regresión provocada por la patología

Los estudios psicoemocionales han abordado el fenómeno de la regresión. El paciente está siempre en un estado regresivo; su fórmula psicoemocional y su patología determinan el nivel y el monto de esta reacción.

La **regresión** es un comportamiento defensivo que consiste en que el paciente

reacciona y adopta comportamientos similares a los de etapas anteriores de su desarrollo: la adolescencia, la pubertad o la infancia. Se dice que el paciente vuelve a ser un niño. Esto es en función de que en él se reactivan conductas, afectos, sentimientos y emociones que corresponden a etapas anteriores del desarrollo de una persona, generalmente de la infancia. Una regresión infantil significa comportarse en una forma similar a la que corresponde al momento del desarrollo de esa etapa infantil. Este tipo de funcionamiento se activa generalmente en situaciones de angustia, de ansiedad o de pánico –por ejemplo, las emociones provocadas por la enfermedad– que son vividas como peligrosas. La regresión en la patología es una forma de buscar condiciones de protección y mayor seguridad emocional. En ocasiones no resulta fácil captar este tipo de reacciones y comportamientos, para ello es necesario contar con el entrenamiento adecuado.

Para comprender la regresión es importante recurrir a investigaciones realizadas por el psicoanálisis. Las expongo para que se puedan tomar como modelos de comportamientos adecuadamente aplicados al caso clínico.

Los brazos de la madre (el *holding* materno)

La madre cumple muchas funciones de gran importancia para el bebé. Sostenerlo en sus brazos es, seguramente una de esas. Si mientras lo mantiene alzado lo soltara bruscamente, es casi seguro que el bebé sufra daños corporales irreparables.

Este tema ha sido estudiado con detenimiento por Donald W. Winnicott, que fue un célebre pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés. Él dice que la madre (a veces el padre, o un sustituto materno o paterno) cumple varias funciones primordiales de las cuales la más importante, en mi opinión, es el *holding*, llamado también soporte, sostén o sostenimiento. Estas funciones configuran y dan forma al desarrollo del bebé. La madre no solamente soporta física y corporalmente al bebé, sino que también lo sostiene emocionalmente, en especial durante todo un primer gran período de dependencia total y absoluta del niño. El vocablo *holding* proviene del verbo *to hold* que significa sostener, contener, amparar. Winnicott lo toma de una expresión coloquial que se refiere a alguien que coopera con otro en una tarea. En el caso referido a la cura, se trata de una función de cooperación de responsabilidad compartida entre el profesional y el paciente.

A medida que la madre ejerce el *holding*, el bebé va aprendiendo a desarrollar su capacidad para relacionarse con su mundo. Esto significa que el bebé va conociendo el mundo que lo rodea, esto a su vez le permite desarrollar un mejor conocimiento de sí mismo.

Maternaje se denomina a la función que cumple la madre en relación con su hijo. Se refiere a los procesos psico-afectivos que se desarrollan por su maternidad. Esta función es muy abarcativa e incluye funciones de

protección, alimentación, cuidados corporales como los de la higiene del niño, el sostenimiento en brazos y el contacto corporal (de piel a piel) cuando el niño aún no ha desarrollado la deambulación, etcétera. La psicología de esta función plantea un estado muy especial de la madre por la cual su niño está permanentemente en su pensamiento –ya sea en un nivel consciente o inconsciente– implicando una actitud de alerta y cuidado. Es conocido el hecho de que las madres durante su dormir, se despiertan a la menor inquietud del bebé.

En el padre se da una situación análoga, pero referida a funciones que son más propias de la paternidad que tienen que ver con el cuidado y la administración de todo lo que psicológica y materialmente necesitan tanto él bebe como la madre. Se refiere muy especialmente a toda la logística de la manutención y el mantenimiento de las condiciones indispensables para que el bebé pueda lograr el mejor desarrollo y la madre pueda cumplir su función. En este caso podría hablarse de **paternaje**.

Analogías entre estos desarrollos y el holding médico

Algo similar ocurre en un tratamiento, especialmente cuando es prolongado. En el *holding* ejercido por el profesional se puede notar en el paciente un primer período de **dependencia absoluta** que es continuado por otro de **dependencia relativa** en la que el paciente va desarrollando su propia autonomía en la conducción de la cura, hasta llegar a generar una buena **independencia**.

La descripción de estas funciones puede servir de modelo para el profesional y se pide que las aplique –por supuesto adecuadamente y en su justa medida– a su quehacer profesional.

Sobre Iatrogenia

La mala escritura de los médicos

El término iatrogenia deriva del griego, *iatros* significa médico y *genia*, origen. El *Diccionario de la Real Academia Española* dice que es "toda alteración del estado del paciente producida por el médico". Recordemos a Hipócrates que señalaba que lo primero en el médico es evitar el daño. La expresión "*primun non nocere*" se le atribuye a Galeno. Hay quienes piensan que, más allá de la intención del profesional, la iatrogenia se encuentra en forma larvada en todos nuestros actos médicos. Frecuentemente son acciones que se mantienen dentro de las costumbres profesionales sin que se hagan evidentes y en las que no interviene ninguna mala intención. Lo que sí se puede decir que muchas veces es consecuencia de un insuficiente aprendizaje o de cierta negligencia.

La psicoiatrogenia surge en los medios de comunicación que utiliza el médico tanto con el enfermo como con las demás instancias que intervienen en el quehacer profesional. Se refiere a la comunicación oral sino también a los instrumentos que intervienen en el registro médico como es la historia clínica y, especialmente, en la redacción de las recetas e indicaciones y, en particular, en la comunicación con el paciente, con los familiares y con el equipo médico.

En la Universidad Autónoma de Madrid

han publicado sobre la psicoiatrogenia. Ésta utiliza como medios de comunicación tanto el lenguaje verbal, como el no-verbal o pre-verbal (el gesto, la forma de manejar los músculos de la expresión, etcétera) y todo lo que hace a la comunicación semántica o extrasemántica. Este conjunto de medios armónicamente utilizados se integran en los abordajes psicoterapéuticos. En el mismo estudio se menciona que cuando estos recursos no son adecuadamente utilizados resultan causantes de dicha psicoiatrogenia.

Iatrogenia institucional

La iatrogenia institucional se manifiesta en la forma como las instituciones médicas —especialmente las prepagas y las obras sociales— administran la atención de los pacientes. Se registra un problema muy importante que tiene un efecto iatrogénico significativo, que es la dilación excesiva en los tiempos cronológicos que transcurren entre las distintas etapas de la atención médica, es decir entre: 1) las consultas clínicas, 2) los estudios biológicos, bioquímicos, radiológicos y otros que vienen surgiendo de las nuevas tecnologías, y 3) los controles periódicos necesarios para todo tratamiento. No es infrecuente que solicitar un turno para una consulta pueda llevar

dos, tres o más semanas. Algunos turnos son logrados después de varios meses del llamado telefónico.

Sobre la mala escritura de los médicos

De acuerdo con un informe de julio de 2006 del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de las Ciencias (IOM) de los EE.UU., la negligencia puesta en la descuidada escritura médica mata a más de 7.000 personas por año y los errores que se producen en la medicación y que podrían ser evitados, alcanzan a dañar aproximadamente a 1.500.000 pacientes cada año. En los EE.UU. se prescriben alrededor de 3.200 millones de recetas por año. Estos errores surgen además de la letra ilegible a abreviaciones e indicaciones de dosis sin aclarar.

El tema de la calidad de la escritura manual de los médicos ha concitado el interés de los investigadores desde mediados de la década de 1970. Así, ya en 1976, en el estudio de H. Goldsmith se obtuvieron resultados que demostraban que la escritura de los médicos es notablemente menos legible que la de otros profesionales. Estos resultados fueron luego comprobados en un trabajo publicado en el *British Medical Journal*, en 1998. En este estudio, los autores compararon la escritura de médicos, con la de miembros de la planta administrativa y la de otros profesionales de la salud. Concluyeron que los médicos producen una escritura manual de muy baja calidad en comparación con los demás participantes del estudio.

Más recientemente, G.A. Cheeseman y N. Boon, del Departamento de Cardiología del Royal Infirmary, Edinburgh, uno de los hospitales más antiguos de Escocia, señalan que las consecuencias de una comuni-

cación fallida pueden ser graves. Postulan que una de las causas puede ser la exagerada prisa con que escriben los médicos. Compararon la escritura de médicos con la de enfermeras y hallaron que los médicos escriben notablemente más rápido, pero también que su escritura es notablemente menos legibles.

En una investigación realizada en el Departamento de Radiología del Hospital Princesa Margarita, en el Reino Unido, se estudiaron 207 órdenes de radiografías emitidas por médicos y, aunque en la mayoría la información médica podía ser captada con esfuerzo, sólo una de las firmas era reconocible. A raíz de estos inconvenientes en algunos hospitales del Reino Unido se les exige a los médicos que escriban con letra de imprenta.

Por su parte, el doctor Marcelo Peretta, del Colegio de Farmacéuticos y Bioquímicos de la Capital Federal señaló que, en nuestro ámbito, dos de cada 10 prescripciones no son aceptadas debido a los errores que contienen.

A raíz este problema, hay empresas estadounidenses que están proponiendo sistemas para que las recetas sean efectuadas electrónicamente. La Iniciativa Nacional del Paciente a Salvo en Recetas Electrónicas (NEPSI) es el programa que está poniendo en marcha este sistema, que además ofrecerá a los médicos acceso a radiografías electrónicas. Según estos informes, el sistema no necesita de un *software* o *hardware* especial.

También están surgiendo nuevas herramientas basadas en la web. Se utilizan menús pre-escritos para que los médicos seleccionen los fármacos y las dosis adecuadas con la finalidad de evitar errores en los datos. Esto es más claro y útil para los farmacéuticos que no necesitan, entonces, introducir nuevas informaciones.

Iatrogenia institucional

Hay una iatrogenia institucional que se manifiesta en la forma en que las instituciones médicas —especialmente las prepagas y las obras sociales— administran la atención de los pacientes. Un problema muy importante que tiene efecto iatrogénico significativo es la demora excesiva en los tiempos que transcurren entre las distintas etapas de la atención médica. No es infrecuente que concretar una asistencia pueda llevar dos, tres o más semanas. Algunas son logradas después de varios meses del primer llamado telefónico.

Un tratamiento o una atención médica es un proceso que se cumple por etapas. Estas pueden ser enumeradas así:

1) El **pedido de asistencia** que generalmente comienza con el *llamado telefónico* a la institución prepaga. En el caso de algunas empresas, esto suele convertirse en un calvario porque el único número telefónico destinado a esa función suele estar ocupado durante horas: es una excepción que el teléfono institucional destinado al pedido de turnos no suene ocupado. Esto se agrava cuando la institución no solamente atiende a sus propios abonados sino que además recibe afiliados de otras prepagas, lo cual redundo en que los consultorios suelen

estar abarrotados de pacientes y, por lo tanto, los turnos se efectivizan con una demora que puede llegar a ser de varias semanas.

2) La **consulta** propiamente dicha, o el primer contacto con el médico. Habitualmente nunca se concreta “a la hora señalada”, generalmente hay una demora que puede llegar a la hora y media, a dos horas, o más. Salvo excepciones, lo habitual es que en este primer contacto, el médico ordene los estudios necesarios para el diagnóstico.

3) La **etapa de estudios diagnósticos**, entre los que se encuentran los análisis biológicos, radiografías, ecografías, electrocardiogramas, etcétera. Cada estudio implica su propio turno, el cual se tramita en: 1) un nuevo llamado telefónico con la demora correspondiente; 2) la realización del estudio propiamente dicho; 3) la búsqueda del resultado, que habitualmente debe ser efectuada personalmente por el interesado, y 4) un nuevo turno —con un nuevo pedido telefónico— con el médico que ordenó el estudio y que será el responsable del diagnóstico y del tratamiento ulterior. En algunos casos de mi conocimiento, esta etapa ha llegado a ocupar un lapso de dos meses.

4) El **diagnóstico propiamente dicho**. Cada uno de estos estudios significa un diagnóstico parcial del proceso que se está investigando: la síntesis de todos ellos que está subordinada al criterio clínico del médico responsable dará el diagnóstico completo de la patología.

5) La **etapa del tratamiento**. Por último se pasa al tratamiento. En esta etapa, estas situaciones pueden ser repetidas: siempre con la característica de la demora.

La demora como iatrogenia institucional

Veamos un ejemplo. Un amigo tuvo una hemorragia intestinal el 26 de octubre. Consiguió la consulta con el gastroenterólogo el 6 de noviembre, es decir 12 días después. Se le indicó un estudio endoscópico que fue realizado el 30 de noviembre, es decir 24 días después de la consulta y 28 días después de la hemorragia. El nuevo contacto con el gastroenterólogo fue concretado el 18 de diciembre. Esto significa que entre el episodio de la hemorragia y la consulta con el médico para abordar el tratamiento transcurrió más de un mes y

medio. Es mucho tiempo para esperar un tratamiento correspondiente.

Es obvio que las demoras inciden en el desarrollo del proceso patológico: **la patología no es la misma dos meses antes que después**.

Este es un problema interesante porque si se lo investiga adecuadamente, puede llegar a conceptuarse como un **factor etiológico** que se agrega e incide en la evolución propia de la patología principal, otorgándole una fisonomía particular al cuadro que afecta al paciente. Esta demora, si es abordada como factor etiológico que distorsiona el cuadro principal puede ser tratada también y solventada en forma favorable.

Un abordaje ético de esta problemática impone un estudio de ingeniería sanitaria institucional que permita encontrar formas de administrar y economizar los tiempos, adecuando los medios y funcionamiento institucionales en una forma más útil y provechosa.

Iatrogenia institucional II

El guardapolvo blanco

En publicaciones anteriores me ocupé del tema **iatrogenia institucional**, en donde expuse como un factor iatrogénico importante, la “demora” en la atención y la asistencia. Retomo el tema volviendo al ejemplo publicado anteriormente.

La demora como iatrogenia institucional

Un amigo mío tuvo una hemorragia intestinal el 26 de octubre. Consiguió la consulta con el gastroenterólogo el 6 de noviembre, es decir 12 días después. Se le indicó un estudio endoscópico que fue realizado el 30 de noviembre, es decir 24 días después de la consulta y 28 días después de la hemorragia. El nuevo contacto con el gastroenterólogo fue concretado el 18 de diciembre. Esto significa que entre el episodio de la hemorragia y la consulta con el médico para abordar el tratamiento transcurrió más de un mes y medio. Es mucho tiempo para esperar un tratamiento correspondiente.

Una posible solución: el “call center” institucional

La institución médica puede organizar un “call center” telefónico tomando como modelo el funcionamiento del servicio de guardia de un hospital. El llamado telefóni-

co puede ser atendido por un teléfono automático que responda: “Marque 1: si usted llama para pedir una “atención de rutina”: o sea, un turno para su médico de control de su tratamiento; o para un estudio, una radiografía, un tratamiento ya indicado, etcétera. Marque 2: si usted llama por una urgencia a un nuevo problema médico.” Si se marca 1, el llamado es atendido por el empleado encargado de la distribución de los turnos de atención, es decir lo que se hace en la actualidad. Si se marca 2, el llamado es atendido por un médico (como si fuera una guardia hospitalaria): quien telefónicamente puede ir indicando los estudios primordiales y, además, ir fijando cuándo y con quién efectuar la asistencia médica. En el caso del ejemplo, en el primer llamado telefónico el médico puede indicar el estudio (endoscopia) con la fecha correspondiente y además fijar el especialista con el día y hora de la consulta. Se ganaría mucho tiempo. De este modo, desde el momento inicial del pedido de asistencia se efectúa una discriminación entre los casos de rutina y los problemas nuevos que requieren atención más urgente.

El guardapolvo blanco

Susan Harrington Preston (*Medical Economics*.

Oct 19, 1998 v75 n20, p149[2]) dice que el guardapolvo blanco ha sido desde siempre asociado con la figura del médico, especialmente desde una famosa pintura de Norman Rockwell, pero que sólo recién en 1880 los cirujanos empezaron a usarlo como una forma de aplicar métodos de asepsia a su vestimenta. A comienzos del siglo XX el uso del guardapolvo blanco se extendió a todos los practicantes del arte de curar.

El Dr. Gustavo R. Bonzón (Resistencia, Chaco, Argentina) en una nota publicada en su blog, refiriéndose a los pro y los contra del guardapolvo, dice que “cuando uno piensa en un médico, automáticamente se presenta en la mente la imagen de un hombre de aspecto respetable, con guardapolvo blanco impecable, corbata elegante y un estetoscopio colgado al cuello”, que “el guardapolvo blanco representa uno de los símbolos más asociados a la profesión médica”... “el color blanco siempre estuvo asociado a la pureza, a la limpieza, a la honestidad, etcétera.”

Menciona también que una encuesta determina que llevar corbata hace ir al médico mejor vestido y eso da más confianza al paciente, que “ve entonces un mayor amparo profesional y, sobre todo, una mayor seguridad en la salvaguarda del secreto profesional”.

No cabe ninguna duda de que el guarda-

polvo tradicional, tanto como el ahora usado por el cirujano, significan una investidura que tiene viejas raíces en el arte de curar. Y que también, la figura del médico, la prolijidad en su cuidado personal y en su forma de vestir trasuntan una prolijidad en su forma de pensar, en su ética y en cómo ejerce su profesión. Una presencia agradable es también saludable.

Sin embargo, es importante saber que en el Reino Unido se prohibieron los guardapolvos de manga larga (no porque fueran blancos, sino por la manga larga), y todos los implementos utilizados por debajo del codo como pulseras, muñequeras, anillos, etcétera, por constituir **reservorios** de microbios y bacterias.

En la misma nota agrega un dato aportado por otro colega, el Dr. Ramón Sánchez Ocaña: el *Estafilococo aureus* suele ser huésped habitual del reloj de pulsera y que de allí pasa a las manos del médico. Este estudio se efectuó en la Universidad de Sheffield, del Reino Unido.

Está claro que la indumentaria del médico (y de todo el equipo de salud) está cuestionada y en vías de discusión. Pero es una cuestión de prolijidad profesional de importancia (como algo “de buena costumbre”) la prolijidad en la apariencia de la persona del médico.

Iatrogenia institucional III

La importancia del médico de cabecera

Oración Médica de Maimónides

La Sra. C., asociada a una empresa de salud prepaga, venía siendo atendida por el cardiólogo Dr. D. desde hacía años por una arritmia cardíaca con buena compensación. De pronto, sufre una infección urinaria que le produce una descompensación con fibrilación auricular. Fue internada en terapia intensiva durante tres días. Evolucionó bien y luego pasó a sala común por cuatro días más.

En cada uno de estos servicios, cambia el equipo médico día por día. Los criterios no son idénticos en cada equipo por razones propias de la problemática médica. Por lo tanto, las interpretaciones no son exactamente iguales y estas diferencias interequipos inciden sobre la evolución del paciente.

A los 7 días de internación, la Sra. C. es dada de alta por haberse logrado una buena respuesta y es trasladada a su domicilio. Se le suministra una síntesis de la evolución (epicrisis) con indicaciones de continuar un tratamiento anticoagulante que sería dirigido por el cardiólogo Dr. D. en el consultorio institucional.

Sin embargo, algunos problemas clínicos

agregados impiden que la Sra. C. pueda concurrir al consultorio lo que hace necesaria una atención domiciliaria. La pre-paga tiene en su organización, médico domiciliario e internación domiciliaria, pero ésto no está bien informado, por lo tanto, dentro de la institución es difícil orientarse para lograr esta asistencia especial.

Se llama a la institución explicando la situación y responden que la rutina es enviar nuevamente una urgencia médica con ambulancia. La profesional que viene, que no está informada del caso, propone un nuevo traslado a la guardia lo que implicaría una nueva internación en terapia intensiva.

¡Cuánto se hubiese ahorrado en tiempo e implementación terapéutica si existiera un **médico de cabecera** que realizara el seguimiento de la Sra. C., y que al tener conocimiento de toda su evolución orientara los pasos a seguir para un tratamiento más adecuado y más personalizado!

Oración Médica de Maimónides

Situaciones como la descripta antes, hacen que sea oportuno recordar la Oración

Médica de Maimónides, que me envió el Dr. Moisés Kijak, Miembro Pleno de la Asociación Psicoanalítica Internacional, que es la siguiente:

“Llena mi alma de amor por el Arte y tus criaturas.

No permitas que la sed de lucro y la ansiedad de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión, pues como enemigos de la verdad y el amor al prójimo, fácilmente podrían alucinarme y apartarme del noble deber de hacer bien a tus hijos.

Sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre se halle presto a servir a ricos y a pobres, a amigos y a enemigos, a buenos y a malvados.

Haz que yo no vea en quien sufra sino al prójimo, que mi espíritu permanezca siempre claro junto al lecho del paciente, sin pensamiento alguno extraño capaz de distraerlo, para que recuerde todo cuanto la ciencia y la experiencia le hayan enseñado, pues son grandes y sublimes las investigaciones científicas cuyo objeto es conservar la salud y la vida de tus criaturas.

Induce a mis enfermos a confiar en mí y en mi profesión, a obedecer mis prescripciones y consejos. Aleja de ellos la turba de charlatanes y de intrusos, cuyas miles de opiniones, inspiradas por la vanidad y por la presunción de saberlo todo, los hacen casta peligrosa que frecuentemente frustra las mejores intenciones del arte y conduce hacia la muerte de tus criaturas.

Si los ignorantes me critican y me mofan, hazme una coraza del amor al arte que me conserve invulnerable para preservar en la verdad a despecho del prestigio, de la edad y de la fama de mis enemigos.

¡Dios mío!: concédeme paciencia e indulgencia ante los enfermos tercos y malcriados. Hazme siempre moderado, insaciable solamente en el amor a mi ciencia.

Aleja de mí la pretensión de saber y de poderlo todo. Dame fuerza, voluntad y ocasión para acrecentar incesantemente mis conocimientos y descubrir en mi saber los errores ayer no sospechados, pues es grande el arte y en él puede penetrar más y más el espíritu del hombre.”

Moisés ben Maimón (1135-1204)

Desafíos éticos: la tecnología y la relación médico-paciente

El aporte de la tecnología está siendo cada vez más importante en la Medicina, significando mayores progresos y mayor eficacia tanto en la asistencia como en el tratamiento. Internet se usa cada vez más como vía de comunicación entre el médico y el paciente y entre los profesionales para intercambiar información médica, diagnósticos, etcétera. Hay avances que nos están llenando de asombro.

La Telemedicina tiene una historia que comienza a mediados del siglo pasado. Una de las primeras experiencias se realizó en la Universidad de Nebraska (EE.UU.). Fue una experiencia que se utilizó para un tratamiento y luego se lo aprovechó para la educación médica. Los primeros ensayos se emplearon para teleconsulta y, especialmente, para teleeducación. Desde entonces esto ha ido adquiriendo un desarrollo extraordinario con el avance de las comunicaciones vía satélite. La aparición de la computación ha venido a darle un golpe de gracia posibilitando el almacenamiento masivo de datos y la transmisión a distancia de imágenes televisivas. En agosto de 2009, Leo González Pérez publicó en el diario *Clarín* una nota "La tecnología está cambiando la relación médico-paciente". Refiere que en el Hospital Garrahan se está implementando un sistema para la realización de consultas médicas a distancia denominado *Telepresencia* para comunicar

a esa institución con el Hospital Castro Rendón de Neuquén. Esta implementación es un desarrollo del sistema de consultas a distancia que el Hospital Garrahan viene ofreciendo desde 1997 a través de teléfono, faxes y e-mail.

La telemedicina

Esto entra dentro de lo que se está conociendo como **telemedicina**. En ella se pueden considerar prácticas diagnósticas y terapéuticas realizadas a distancia. Hoy la **telerrobótica** permite prácticas como la **telecirugía**, la **telerradiología** y la **teleimagenología**. En estas diferentes áreas de la Medicina, los estudios de costo-beneficio y de recursos técnicos permiten valorar los beneficios tanto técnicos como económicos que aporta este nuevo avance de la Medicina. La **telepsiquiatría** se está desarrollando en forma muy interesante y permite el abordaje de asistencias a lugares alejados de los centros de especialización. Sin embargo, hay signos de precaución en cuanto a la evaluación de los resultados. D. M. Hilty, de la Universidad de California, dice que estas nuevas tecnologías deben ser estudiadas a fondo en lo que respecta a su eficacia. La *Canadian Psychiatric Association* está efectuando estudios estadísticos sobre la aplicación de estas técnicas en niños. Las conclusiones son que pueden ser útiles para aplicarlas en áreas distantes y subdesarrolladas.

Investigadores de la Universidad de California encontraron que algunos tratamientos psicoterapéuticos por teléfono aliviaron en forma interesante cuadros de depresión. Se están reportando buenos resultados en tratamientos psicoterapéuticos a través del teléfono o de Internet en pacientes que, por razones por profesionales, se ven obligados a llevar una vida itinerante.

Problemas éticos

Los adelantos tecnológicos, tanto los de carácter diagnóstico como terapéutico, presentan problemas éticos. La inadecuación en la aplicación de estas prácticas depende de una gran cantidad de factores. Surgen especialmente en aquellos lugares que carecen de las condiciones indispensables para su aplicación. El costo está influido porque implican productos de importación que suelen estar gravados con derechos de aduana que encarecen la práctica. La situación suele complicarse por la promoción que efectúan los medios masivos de comunicación que estimulan los requerimientos de aplicación. El costo que ellos significan hace que el uso sea selectivo y, entonces, surge la cuestión de quién puede beneficiarse y quien queda separado del sistema porqué no alcanza para todos. La situación se agrava cuando estas tecnologías no significan un claro y marcado beneficio para el paciente y entonces encuentran serias dificultades para justificar el costo financiero.

La relación médico-paciente

Uno de los problemas más importantes que se presentan en estas prácticas está referido a la **relación médico-paciente**. Seguramente los distintos capítulos que pueden ser incluidos dentro de la telemedicina que corresponden a distintos abordajes técnicos requieren considerar diferentes cuestiones relativas al problema de la relación médico-paciente.

En otras publicaciones me referí al con-

cepto de **"holding" médico**. Los pacientes requieren **"holding"** o soporte médico. Esto significa ser contenidos, cuidados, acompañados y sostenidos por el profesional y su equipo. En los sistemas de medicina prepagada y/o de seguro de salud, el tiempo cronológico de la atención tiene un gran valor económico-financiero. Esto provoca que dicha cronología sea muy controlada y economizada. Es muy frecuente que los médicos sólo dispongan de 15 minutos para cada consulta. Sin embargo, es muy importante saber que hay casos que requieren un mayor contacto temporal.

Talcott Parsons ha efectuado estudios interesantes buscando la relación que existe entre el paciente y el equipo médico. Observó que en una sala de Psiquiatría había una relación emocional directa entre el equipo médico -que incluye al personal de Enfermería- y los pacientes internados. La conclusión que obtuvo fue que, cuando en el equipo médico había una situación de conflicto, los pacientes se mostraban excitados y empeoraban. En cambio cuando el *staff* funciona en armonía, los pacientes están más calmos y armónicos, y mejoraban.

Por otra parte, los estudios sobre *psicoterapia grupal* muestran que el grupo funciona como una totalidad (o una **gestalt**). Estas observaciones también han sido efectuadas en instituciones y empresas. El funcionamiento de un grupo institucionalizado -o sea, que su funcionamiento se repite en el tiempo- se puede ver con claridad que hay una interacción entre los miembros que lo integran que, cuando es armónica, promueve una actividad claramente positiva y constructiva. Estas consideraciones hacen pensar que el grupo funciona como una familia: como si tuviera un cierto pegamento de carácter familiar.

Es importante que el *staff* o equipo médico logre este clima emocional recreando así el holding médico que cumple una importante función terapéutica.

¿La Medicina sigue siendo una profesión liberal?

¿Cuál es el grado de libertad del médico?

La Medicina: profesión liberal

La medicina fue considerada una profesión liberal que puede ser ejercida con un alto grado de libertad, sin depender de un jefe o de una autoridad. Se define la profesión liberal como aquella que comprende la práctica de una carrera aprendida en un centro universitario y cuyo ejercicio es predominantemente intelectual y que puede ser complementada con actividades manuales, como el caso del cirujano.

El concepto de profesión liberal viene de la evolución de lo que se conoce como arte liberal desde la antigüedad clásica y comprendía los estudios que ofrecían conocimientos generales y capacitaciones intelectuales y profesionales. Eran ejercidas por los “hombres libres” que se diferenciaban de aquellos otros que se ocupaban de las “artes serviles”. Las “artes liberales” comprendían dos grupos de estudios llamados el *Trivium* y el *Cuadrivium*. En conjunto ambos grupos comprendían la Gramática, la Dialéctica, la Retórica, la Aritmética, la Geometría, la Astronomía y la Música.

La Medicina es una profesión que, desde antiguo, ha contado con un importante reconocimiento social hasta prácticamente

mediados del siglo XX pasado. El cuidado de la salud de los pacientes por su trascendencia social fue el factor que ha sustentado el alto prestigio de esta profesión.

La empresa médica prepaga. La obra social

El advenimiento de la empresa médica de carácter prepago y de las obras sociales ha venido modificando el margen de esta libertad profesional y ha venido a cambiar este *status* transformando paulatinamente al médico en un empleado de la institución. En este sentido, el médico se viene enfrentando con situaciones que le impone la dirección de la empresa médica y se ve compelida tener que atender la cantidad de pacientes que se le estipula por cada unidad de tiempo.

La prescripción médica

Hoy podemos preguntarnos si el médico ejerce una profesión liberal cuando ponemos el centro de la atención en, por ejemplo, la prescripción médica. ¿Cuál es el margen de libertad que posee cuando está ejerciendo su profesión al servicio de una institución médica? Sabemos que hoy está obligado a prescribir su receta dentro del listado farmacéutico que la institución establece. Muchas veces el médico debe

informar por escrito la medicación indicada agregando el argumento de justificación. En este caso, cabe preguntarse si el médico es el depositario de la confianza y de los derechos del paciente ¿cómo puede efectuar una mediación entre las necesidades del enfermo y los intereses de la empresa médica?

En un sentido tanto psicológico como social, la práctica médica ha pasado de ser una relación diádica –es decir una relación de “a dos” que se establecía entre el médico y el paciente– a una relación triádica o triangular que se establece entre el médico, el paciente y la empresa médica. La creación de la empresa médica –que se conoce como “prepagas” u obras sociales– ha venido a interferir en la relación entre el médico y el paciente de tal modo que ésta se ha triangularizado, influyendo enormemente en el desarrollo de la función médica y en sus resultados. Esto significa que el médico cuando está prescribiendo –entendiendo por prescribir a la acción de pensar, elegir e indicar tanto los instrumentos terapéuticos como todos los demás elementos que se requieren para el tratamiento– se ve obligado a pensar en lo que el paciente necesita adaptándolo a las instrucciones dadas por la empresa médica. ¿Cuál es el margen de libertad que posee el médico institucional?

Ejemplo de una patología institucional médica

Un joven médico de mi amistad, a cargo del consultorio de psicopatología de un sindicato, recibía permanentemente instruc-

ciones que lo obligaban a atender en forma ambulatoria pacientes que por su cuadro requerían internación, pero que la obra social no podía solventar económicamente. La situación se ponía más dura cuando mi amigo intuía el peligro velado de un reclamo por mala praxis.

No solamente era éste el problema que se presentaba con frecuencia; además estaban los pacientes que “debían” ser atendidos en forma preferencial por pedido expreso de alguna autoridad del sindicato, que pagaba de esta manera algún favor político. Tratar un cuadro de descontrol psicótico en estas circunstancias termina siendo un hecho heroico. Y, por supuesto, sin compensación de ninguna índole. Mi amigo tuvo que abandonar la mutual.

Las equivalencias terapéuticas

Uno de los problemas que se plantean con frecuencia es el de las “equivalencias terapéuticas”. ¿Tienen el mismo efecto terapéutico dos específicos farmacéuticos que poseen en su fórmula el mismo principio activo y que sus precios son diferentes?

El ambiente sanatorial, lo que se llama habitualmente “la hotelería”, en el caso de una internación ¿se cumplen funciones equivalentes cuando se trata de un sanatorio moderno; o cuando se trata de una vieja casona que se la ha querido adecuar para que satisfaga las necesidades de la Medicina actual?

Obviamente se comprende que este tema es mucho más abarcativo y constituye una problemática más compleja. Esta es una mera aproximación.

Medice Cura Te Ipsum

Este es un aforismo que señala al profesional médico la necesidad importante de conocer su cuerpo, su psiquismo, sí mismo como persona y de curar todo lo que él necesite. Para ello necesita además lograr un buen conocimiento de las ciencias, de los avances más actuales, una buena capacidad para la reflexión filosófica y tener una buena comprensión de todo aquello que se entiende por aspectos espirituales, como una sana aproximación a las artes y a las letras. También significa una buena capacidad para encontrar explicaciones de la enfermedad y de los procesos patológicos, y para comprender al paciente como un Ser Humano que es una totalidad que está inmersa en sus circunstancias.

El origen del *Medice Cura Te Ipsum* empezó a ser famoso desde la traducción de la Vulgata latina. Este proverbio proviene de Jesucristo, el cual se encuentra en el Evangelio de Lucas. El **Evangelio de San Lucas o Evangelio según Lucas**, Capítulo 4, Versículo 23, que es el tercer y más extenso de los cuatro Evangelios canónicos del Nuevo Testamento bíblico. Relata la vida de Jesús de Nazaret. Es interesante recalcar que Lucas fue médico. Se conoce como **Vulgata** a la traducción de la Biblia al latín que el Papa Dámaso I encargó a

Jerónimo de Estridón en el año 382. En esa época había dos clases de latín: el **clásico** empleado por la clase alta –por ejemplo, Marco Tulio Cicerón– y el **corriente** llamado Vulgata que estaba destinada al pueblo porque era más fácil de comprender.

La historia cuenta que este acontecimiento ocurriría en Nazaret. Jesús cumpliendo la costumbre judía, entró ese sábado a la sinagoga y luego de leer un pergamino de Isaías agregó refiriéndose a los que estaban allí reunidos: “Ustedes me recitarán estas palabras: *¡Medice cura te ipsum!* (¡Médico, primero cúrate a ti mismo!) continuando con la declaración de que “Nadie es profeta en su tierra”. A este texto, Jerónimo lo habría traducido así: “*Sanador, sánate a ti mismo*”. Es interesante agregar que de este aforismo se habrían derivado otros muy conocidos como: *Consummatum est, Cura te ipsum, Primum non nocere, Mens sana in corpore sano*.

Mi experiencia en la Facultad de Medicina de Rosario

De mi propia experiencia en la Facultad de Medicina de Rosario, recuerdo que cursando el primer año, se efectuó en todos los alumnos un examen médico para conocer cual el estado de salud y en todo caso,

proponer el tratamiento correspondiente. Recuerdo que nos hicieron un estudio radiográfico de tórax haciendo profilaxis de la tuberculosis que en aquel momento era importante. Entonces me efectuaron una prueba de la tuberculina con la técnica de Mantoux. De ahí en más –y durante toda la carrera– tuvimos un contacto cálido, amistoso y frecuente con nuestros profesores, quienes se preocupaban por nuestra salud y por nosotros como personas. Cualquier problema lo consultábamos a ellos. Se ejercía naturalmente una confraternidad –como la postulada por Hipócrates en su *Juramento*– entre nuestros profesores y los “cuasi-colegas” que éramos nosotros, los estudiantes de medicina. No solamente recibimos ese trato de los profesionales médicos sino también del personal de enfermería del Hospital del Centenario (cuyo nombre es en honor del Primer Centenario de nuestra patria). Éste aprendizaje me dejó una impronta para toda la vida. Seguramente en esos años de estudiante se forjó mi vocación por la ética médica. Pero la herencia más importante que me dejó fue un respetuoso cuidado por mi cuerpo y mi salud.

La identificación del médico con su paciente

En el campo de la psicopatología es conocido el fenómeno que se da de la identificación que inconscientemente efectúa el médico con la enfermedad de su paciente. Son conocidos los comentarios que se refieren a los psiquiatras que terminan más enfermos que sus pacientes. Éste es uno de los peligros de esta especialidad. Si el profesional no está suficientemente entrenado para conocer sus propias reacciones emocionales corre el peligro de adquirir esa identificación. En el médico general esto es más peligroso aún cuando establece una relación médico-paciente muy intensa.

Bushnell J, McLeod D, Dowell A y colaboradores, han publicado el “General Practitioner Recognition of Mental Illness in the Absence of a “Gold Standard” en el *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, e informan lo frecuente que es encontrar este tipo de identificación a la patología paciente por parte del médico general.

El contagio médico-paciente- hospital

Otra cuestión es la que se plantea con el contagio biopatológico que se da en las relaciones médico-paciente, paciente-hospital y hospital-médico. Los tres intervinientes médico, paciente y hospital establecen relaciones de ida y vuelta que adquieren una gran importancia en el problema del contagio biopatológico. El Departamento de Salud del Gobierno de Navarra se ha hecho un estudio que ha sido publicado por J. J. Viñes titulado “Responsabilidad por contagio al paciente: desde el profesional y desde el medio”. Una de las conclusiones a la que han llegado es “*que la IN (infección nosocomial)* es un proceso iatrogénico, es decir, está generado por la medicina, está generado, por tanto, por la práctica médica”.

Conclusión

Como conclusión podemos decir que el profesional dedicado al cuidado de la salud ya sea médico, psicólogo u otro de los integrantes del equipo de salud es muy importante que tenga un buen conocimiento de su cuerpo, de su mente y de su propia patología. Esto le permitirá, con toda seguridad, un ejercicio profesional más eficaz y más placentero.

El valor de los principios de la Bioética

El principio de autonomía

En la segunda mitad del siglo XX, la Ética aplicada a la salud, adquirió un desarrollo muy importante con el nombre de Bioética. En Tuskegee, Alabama (Estados Unidos) entre 1932 y 1972 se llevó a cabo un estudio en 399 negros analfabetos, para observar la progresión de la sífilis que no era tratada. Como reacción a este experimento, en 1974, el Congreso de los Estados Unidos creó una comisión para estudiar y desarrollar conceptos éticos destinados a cuidar y proteger al ser humano especialmente en los estudios de investigación médica. Dicha comisión redactó lo que se conoce con el nombre de **Informe Belmont**, que subrayaba el respeto por las personas enfermas en la práctica profesional y que fue el documento inicial de esta nueva disciplina que se llama Bioética. En dicho informe, se estipularon tres principios de la bioética como básicos, estos son los *Principios de Beneficencia*, de *Justicia* y de *Autonomía*. Un año después Tom Beauchamp y James Franklin Chlidress agregaron el cuarto principio de *No maleficencia*. A estos principios ya me dediqué en una nota anterior.

La importancia de estos principios frente a las situaciones éticas dilemáticas

En filosofía, **Dilema** es el nombre que recibe un argumento cuando es presentado en forma de silogismo con "dos cuernos". Por eso se lo llama también *sylllogismus*

cornutus, porque dicho argumento posee una proposición disyuntiva con dos salidas que son igualmente afirmativas. En filosofía se trata de argumentos, pero en medicina se trata de situaciones. Así, una situación es "*éticamente dilemática*", cuando presenta dos posiciones que en apariencia son igualmente positivas.

El valor intrínseco de estos principios

Si analizamos estos principios podemos ver que de los cuatro, uno es de naturaleza diferente de los demás. Tanto en el *Principio de Beneficencia* como en los de *Maleficencia* y *Justicia* podemos ver con claridad que dependen de factores extraños al paciente y que están fuera de él, pero en cambio el *Principio de Autonomía* depende exclusivamente de él. Es más, depende del grado de desarrollo madurativo que haya logrado. Llamamos **autonomía** a la capacidad que una persona ha logrado para tomar sus propias decisiones y autogobernarse en una forma eficaz y suficiente, que le permita solventar sus propias necesidades. La autonomía se va logrando con el desarrollo madurativo de todas las facultades, especialmente las psíquicas. Pero esta autonomía también puede perderse transitoria o definitivamente cuando el individuo padece un proceso patológico. La patología produce una regresión psicológica que funciona como una defensa.

Dilemas éticos determinados por alteraciones de la autonomía

En la **Sociedad de Ética en Medicina (SEM)** de la **Asociación Médica Argentina (AMA)**, las Dras. Margarita Alfano, Silvia Balzano y Liliana Rodríguez Elénico, presentaron el caso de un paciente portador de la enfermedad Corea de Huntington en el que se dio precisamente un problema dilemático basado en el criterio de autonomía del paciente que deseaba su propia muerte.

El caso de los que se someten a una huelga de hambre

Está el caso de quienes –generalmente por razones políticas– se someten a una huelga de hambre. Esto plantea desde el punto de vista ético, un problema que puede ser tomado como una situación dilemática porque enfrentaría dos principios de la Bioética que son: el principio de Beneficencia que le indica al médico salvar la vida, y el de Autonomía, que propone respetar la voluntad del paciente sobre su propio cuerpo y su vida.

En el periódico El Mercurio de Chile, apareció en septiembre de 2010 una nota escrita por el Dr. Jaime Burrows, en la que analiza esta situación diciendo que en el caso de la huelga de hambre, el objetivo del actor es mostrar en forma no violenta el deseo de que se corrija una situación que considera injusta. El terminar con la vida no es el objetivo buscado.

De todos modos, sabemos que el riesgo vital puede existir y entonces el dilema es cuál sería la actitud ética del médico si aparece esa situación. Esto nos aproxima bastante al problema de un paciente que ha efectuado un intento de suicidio. ¿Cuál es la conducta ética? Aquí predomina el Principio de Beneficencia, que significa salvarle la vida.

Declaración de Malta de la Asociación Médica Mundial sobre las Personas en huelga de hambre (Malta 1991, Marbella 1992)

Este es un documento escrito por WMA

(*The World Medical Association*). Expongo a continuación solamente una parte de dicho documento:

1.1. Cada ser humano tiene la obligación moral de respetar el aspecto sagrado de la vida. Esto es especialmente evidente en el caso de un médico que aplica sus conocimientos para salvar la vida y actuar en beneficio de sus pacientes.

1.2. Es deber del médico respetar la autonomía que el paciente tiene sobre su persona. El médico necesita el consentimiento informado de sus pacientes antes de aplicar sus conocimientos para ayudarlos, a menos que existan circunstancias de emergencia, en cuyo caso el médico debe actuar en beneficio de los pacientes.

2. Este conflicto es aparente cuando una persona en huelga de hambre, que ha dejado instrucciones claras de no ser resucitado, entra en coma y está a punto de morir. La obligación moral fuerza al médico a resucitar al paciente, incluso cuando va contra los deseos de éste. Por otra parte, el deber fuerza al médico a respetar la autonomía del paciente.

Conclusión

El objeto de esta nota es hacer un estudio de esta declaración para poder captar el espíritu ético que la anima. En una síntesis de su contenido se puede decir que desarrolla una propuesta para que el médico que está al cuidado de una persona en esta situación, deba abordarla en un primer momento priorizando el Principio de Autonomía que es la forma de respetar su voluntad, pero teniendo muy presente que en cuanto los signos vitales indiquen peligro de muerte, deba actuar de acuerdo al Principio de Beneficencia que obliga siempre a cuidar la vida. Esto significa que es el estado vital de esa persona la que debe indicar la actitud ética del médico. Si hay peligro de muerte no hay autonomía en el paciente.

El embarazo asistido y la edad de la madre

El diario *La Nación* publicó el 23 de marzo lo siguiente: *"Con 63 años, una holandesa soltera se convirtió en la mujer de mayor edad de esa nacionalidad en dar a luz, pese a que la legislación de su país sitúa en 45 años el límite para que se pueda ser sometida a técnicas de fertilización asistida."* *"Para lograr su embarazo, la mujer, cuya identidad no se dio a conocer, recurrió a un tratamiento de fertilización asistida a partir de óvulos donados, que le fueron implantados en Italia por un polémico ginecólogo..."* Agrega que *"...en la Argentina, las sociedades médicas relacionadas con la fertilización asistida desaconsejan el uso de técnicas como la ovodonación en mujeres mayores de 50 años."* Esto fue consignado por el diario holandés *De Volkskrant* diciendo que la mujer dio a luz a una niña, cesárea mediante. La mujer, una jurista soltera, dijo *"Asumo todas las consecuencias"*. La nota aclara que en la Argentina las sociedades médicas desaconsejan realizar tratamientos de esta índole en mujeres mayores de 50 años, pero no hay una ley que regule estas prácticas.

Esto plantea un problema ético de gran importancia, que está referido al futuro de ese niño.

La importancia de la edad de los padres, especialmente de la madre: el maternaje

El maternaje es un concepto que se refiere a la importancia de la función que cumple la madre en el crecimiento y desarrollo de su hijo tanto en lo físico corporal como en lo psíquico mental. Según Recamier "se refiere al conjunto de procesos psico-afectivos que se desarrollan e integran en la mujer en ocasión de su maternidad". En el campo del psicoanálisis se ha estudiado muy especialmente esta función. Winnicott señaló que la madre puede experimentar una ambivalencia hacia su bebe. La maternidad es tan importante que produce un desarrollo evolutivo en toda la familia, cosa que plantea interesantes puntos de vista en el estudio de la dinámica psico-socio-afectiva del grupo familiar. La función de maternaje plantea un verdadero desafío tanto a la madre como al padre e incluye a todo el grupo.

M. Mahler y J. Bleger han estudiado la fuerte relación que existe entre el niño y la madre desde el nacimiento hasta los primeros años de vida. Esta relación tiene todas las características de una verdadera simbiosis: esto significa un vínculo entre ambos que uno incide en el otro fuertemente tanto el funcionamiento biológico

como el psicológico.

R. Spitz ha publicado en su libro "*El primer año de la vida del niño*" (1965) la importancia del contacto materno filial. Describió un cuadro que denominó *depresión anaclítica*, que aparece en los niños de pocos meses de edad que al ser hospitalizados se los separa de su madre. A los pocos días, el niño va perdiendo la expresión de su cara entrando en una inmovilidad tanto facial como corporal que da la impresión de irse alejando del mundo que lo rodea. Algunas semanas después se instala un cuadro severo que puede llevarlo a la caquexia, al marasmo y a la muerte. Si a este niño se lo restituye al contacto materno precozmente, vuelve el expresión a su rostro y entra en un franco contacto emocional y afectivo con la madre volviendo a un desarrollo normal siempre que la separación no haya sido prolongada.

Según Spitz el comportamiento de la madre puede provocar lo que llamó las "enfermedades tóxicas del niño", cuando la relación con el niño es insuficiente y actúa en forma de toxina psíquica proporcionando al niño estímulos negativos.

La maternidad implica una crisis evolutiva que involucra no sólo al niño, sino también a la pareja parental y a todo el grupo familiar. La madre se desempeña en este

desarrollo poniendo en juego los resortes de su propia fórmula persona. Por eso cabe preguntarse: ¿porqué un embarazo a los 60 años? ¿Qué necesidades personales insatisfechas están buscando resolverse? ¿Por qué no pudieron solventarse en una edad más temprana? Éstos y muchos otros interrogantes están implícitos en las motivaciones que de una manera u otra influirán en las relaciones con el hijo y seguramente lo harán destinatario de la implícita obligación inconsciente de redimir y/o satisfacer los deseos maternos insatisfechos.

Otros problemas están relacionados con el curso ulterior que tomará la vida de ese niño o niña. El jardín de infantes, la escolaridad primaria, la pubertad, la adolescencia y la juventud con las crisis propias de esos momentos del desarrollo, ocurrirán en medio de una desarmonía que surgirá como consecuencia del desajuste en la cronología de las edades cercanas a la declinación de la biología, de la psicología y de los intereses inherentes a los adultos mayores, y que supuestamente pueden provocar una desarmonía y una desadaptación en las atenciones y los cuidados maternos y/o paternos necesarios durante dichos momentos del desarrollo filial, que como se sabe ocurren a través de las crisis vitales propias de la evolución.

Medicina romántica y Medicina pragmática

El romanticismo

En la primera mitad del siglo XIX aparece la época del romanticismo y del idealismo alemán. Esta corriente filosófica estaba representada especialmente por Fichte, Schelling y Hegel. El romanticismo se desarrolló especialmente en el resto de los países europeos creciendo junto con el empirismo; de aquí partiría posteriormente el positivismo.

Para los empiristas ingleses el origen del pensamiento estaba en la percepción sensible. En cambio para Kant, las ideas estaban atrapadas en la estructura de la mente: era como si cada mente tuviese una forma particular de dar forma al pensamiento. El espíritu del hombre estaba por encima de lo individual. Esto daría pie al idealismo alemán: una intuición trascendental apprehendería al espíritu. Fichte señala lo esencial de dicho espíritu; Schelling, de la belleza, y Hegel, de la razón.

El romanticismo desarrolla aspectos totalmente opuestos a los del racionalismo y otorga un prestigio importante sobre todo lo que tiene que ver con el espíritu aprovechando lo que encuentra en el desarrollo de las ciencias del espíritu y no en las ciencias

exactas y las de la naturaleza. Todo lo que es superlativo, inconmensurable e infinito es fuertemente jerarquizado en desmedro especialmente de lo que es cuantitativamente medible. Lo sintético es más importante que lo analítico y la intuición supera a la razón. El agregado de un componente estético es característico de los patrones del enfoque romántico. La búsqueda de la belleza es lo primordial.

El romanticismo influyó en las ciencias en general y marcó fuertemente a la medicina. Confiriendo prioridad a los sentimientos, el romanticismo se desarrolla como un movimiento cultural y político especialmente en Alemania y en el Reino Unido desde el fin del siglo XVIII adquiriendo una fuerza revolucionaria que ataca al racionalismo de la ilustración, al dar prioridad a los sentimientos. Con él romanticismo se terminan el juego de las reglas estereotipadas. Lo que busca es una libertad auténtica. Esto llega a constituir su rasgo revolucionario incuestionable. El romanticismo se jerarquiza como una manera de concebir, sentir y vivir la naturaleza. El romanticismo se proyecta en las corrientes vanguardistas del siglo XX y en el surrealismo.

La medicina romántica

Giorgio Comasini hizo un estudio de la medicina romántica describiéndola como una filosofía de vida que les lleva al desarrollo de una concepción antropológica de la enfermedad y especialmente de su forma de asistirla. Esta dedicación por parte del médico a su ciencia y a su arte adquiere tal magnitud que se torna un verdadero apostolado cuasi religioso. Novalis describe ésto en términos de que tal enfoque romántico es de “naturaleza degradada por el morbo” y que el médico es alguien que al paciente lo libera, lo espiritualiza y lo torna sublime gracias a la enfermedad.

La medicina romántica tiene su propia ética. Si un médico es consultado por un paciente está siendo atendido por otro colega y lo requiere porque desea una segunda opinión, éste por razones éticas no debe atenderlo hasta tanto sea con el consentimiento del primero.

La medicina pragmática

Un concepto predominante en este enfoque es que “la curación se realiza como en un taller de reparaciones”. La perfección de la técnica es la que comanda y exige que el médico tenga un profesional científicamente formado. La tecnología adquiere una

importancia relevante. Se desestima aquel criterio que era predominante en los viejos clínicos franceses, en el que el diagnóstico debía surgir del estudio semiológico del paciente, basado en las técnicas de observación, palpación, auscultación y percusión, y que, por lo tanto, los datos provenientes del laboratorio y de los demás estudios técnicos (radiografías, electrocardiograma, etcétera, etcétera) tenían importancia para confirmar el diagnóstico surgido del estudio clínico previo.

En la medicina pragmática adquiere una gran importancia todos los estudios que la tecnología ofrece actualmente: las radiografías y todas las demás pruebas que arrojan “datos objetivos”. La práctica médica se hace más impersonal. El médico trabaja en equipo. El “equipo médico” absorbe toda la responsabilidad tanto del diagnóstico, como del pronóstico, del tratamiento y de los resultados. La historia clínica tiene una gran importancia y pasa de mano en mano, de profesional en profesional, de equipo en equipo médico.

Uno de los riesgos es que el paciente se “despersonaliza”, porque hay una fuerte tendencia a atender a la enfermedad más que al enfermo como persona.

Propedéutica en ética: análisis ético

Propedéutica: *preparación para el estudio de una materia, ciencia o disciplina, en este caso, es preparación para un análisis ético.*

Siempre me ha resultado interesante efectuar el análisis ético de un comportamiento humano. Intentemos hacerlo en el caso que expongo a continuación aparecido en un periódico chino.

Ética moribunda en manos de los médicos

La siguiente nota publicada en Internet (*) refiere que en China, se publica un diario español titulado "Pueblo en línea". Este es un dato muy significativo porque muestra la vinculación del pueblo chino con los países de habla hispánica. Lo interesante es que en dicho medio acaba de aparecer una nota que tiene un fuerte contenido ético que se titula "Ética moribunda en manos de los médicos". En ella se informa cómo un médico del hospital de Wuhan, de la provincia de Hubei, efectuó una operación quirúrgica a un paciente - que era un trabajador migrante- y después de haberla concluido, como el paciente no pudo pagarles sus honorarios, se dispuso a retirar los puntos de la sutura y dejar la herida abierta.

Comenta el mismo periódico que un acto de esta índole plantea interrogantes sobre la ética de algunos médicos chinos de la actualidad. La nota agrega un comentario subrayando cómo algunos médicos y hospitales importantes priorizan la ganancia por encima de la vida humana.

Análisis

Para poder efectuar un análisis, lo primero que surge es la necesidad de encontrar un esquema referencial para poder chequearlo. O sea, encontrar un esquema de pensamiento, una idea, una filosofía que sirva para estudiar la conducta o el comportamiento que se está analizando. E. Pichon Riviére desarrolló ampliamente el concepto del ECRO (esquema conceptual, referencial y operativo) especialmente aplicado al psicoanálisis.

Ojo por ojo y diente por diente

El primer esquema que surge es el que está referido al "pensamiento retaliativo" como norma de conducta ética. Se puede pensar que el médico de la nota, se maneja con un esquema de "ojo por ojo y diente por diente", que es el principio de la ley del Talión. Esto significa que en términos psicoanalíticos su juez interno le ordena que

actúe vengativamente.

El término "talión" proviene del vocablo latino *talís* que corresponde a idéntico o semejante. Lo que esta expresión significa es tomar una medida proporcional al daño producido y devolverla en forma de castigo. Esto constituye el sentido que está implícito en la venganza. La raíz emocional psicodinámica que promueve la reacción de venganza se encuentra en los niveles inconscientes del psiquismo. O sea, que en lo inconsciente funciona la *venganza retaliativa*.

En el Código de Hammurabi (1792 a. C.) se utiliza este principio de reciprocidad. Una de las penas consistía en la mutilación de una parte del cuerpo que estuviese en proporción con el daño causado. Así, por ejemplo, si un hijo golpeaba a su padre, se le cortaban las manos.

No hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti

A Confucio (551 a. C. - 479 a. C.) se le atribuye esta expresión: "no hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti". Fue un filósofo chino que creó el confucianismo y llegó a tener una gran importancia en la historia china. Un sacerdote jesuita Matteo Ricci fue quien introdujo a este filósofo en Europa. Esta misma idea la expone Rabbi Hillel (60 a. C.- 10 d.C.) en el judaísmo. Esta expresión es tan importante que en los libros de ética figura como "regla de oro de la ética".

Kant con su imperativo categórico viene a constituir una versión moderna y racional de aquella norma: "Actúa de tal manera que la máxima de tu voluntad pueda servir en todo momento de principio de una legislación general." O dicho de otro modo: "Actúa de tal manera que, tanto en tu persona como en la de los demás, utilices siempre a la humanidad como un fin, y no como simple medio."

Ama a tu prójimo como a ti mismo

Marcos, 12,28-34: dice: *"En aquel tiempo, uno de los letrados se acercó a Jesús y le preguntó: ¿Cuál es el primero de todos los mandamientos? Jesús le contestó: El primero es: Escucha, Israel: El Señor, nuestro Dios, es el único Señor, y amarás al Señor, tu Dios, con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente y con todas tus fuerzas. El segundo es: **Amarás a tu prójimo como a ti mismo.** No existe otro mandamiento mayor que éste. Le dijo el escriba: Muy bien, Maestro; tienes razón al decir que El es único y que no hay otro fuera de El, y amarle con todo el corazón, con toda la inteligencia y con todas las fuerzas, y amar al prójimo como a sí mismo vale más que todos los holocaustos y sacrificios. Y Jesús, viendo que le había contestado con sencillez, le dijo: No estás lejos del Reino de Dios. Y nadie más se atrevía ya a hacerle preguntas".*

Las emociones que operan en nuestro psiquismo

En nuestro psiquismo operan emociones que pueden agruparse en dos polos opuestos: el amor y el odio. El amor conduce a la constructividad; el odio en cambio, a la destructividad.

De cada uno de estos polos se desprende una ética diferente. Del primero surgen comportamientos que buscan evitar lo malo porque ello promoverá una respuesta vengativa que va hacia la destructividad. Del segundo, en cambio, surgen comportamientos que buscan desarrollar lo bueno porque ello promoverá respuestas positivas que tienden hacia el mejoramiento y la constructividad.

*<http://spanish.peopledaily.com.cn/31619/7568264.html>

Cuestiones éticas de la actualidad

Los "vientres prestados" y/o alquilados

¿Qué fue el caso Baby M, en Estados Unidos? Melissa Stern había prestado su vientre para la anidación de un óvulo fecundado que resultó ser justamente Baby M. Cuando los padres biológicos de dicho óvulo fecundado reclamaron a la niña, Melissa se rehusó a cedérselos porque se había encariñado con la criatura. Esto ocurrió en Nueva Jersey y el tribunal terminó otorgando la custodia a los padres biológicos. Éste fue el punto inicial del que surgieron los "contratos de gestación". Parece ser que todo esto ha traído controversia legal entre varios países -como España, Francia, Holanda- en los cuales están prohibidos estos contratos cuando son de carácter comercial, pero lo permiten cuando no hay cuestiones de dinero de por medio. En Bélgica y Ucrania se admiten ambas formas. En la India, la "maternidad alquilada" se ha convertido en una industria, después del 2008 en el que la Corte Suprema sentenció la "maternidad comercial".

Faltaría considerar la ética inherente a esta problemática. Se plantean algunos interrogantes. Por ejemplo, en el caso de la madre que gesta a su hijo dentro de su

vientre durante nueve meses ¿no prepara mentalmente el maternaje que le va a ofrecer a su hijo? Esta preparación no existe con la misma calidad en el caso de la madre que alquila otro vientre. Otro punto es la ausencia del trabajo del parto. Y además, también ¿qué pasa con la mente del padre que carece de esos nueve meses de convivencia con la futura madre?

El paciente debe participar en las decisiones médicas

En el Curso de Bioética, organizado por la Fundación de Ciencias de la Salud (Madrid) la Doctora Beatriz Ogando señaló que el paciente puede, quiere y debe participar en la toma de decisiones sobre su salud". Como sabemos, esto es lo opuesto de lo que se hacía anteriormente cuando era el médico quien decidía por el paciente. De este modo se planteaba una toma de decisiones de carácter paternalista en la que el médico asumía toda la responsabilidad. Por suerte esto se ha modificado y la toma de decisiones adquiere un carácter horizontal entre el médico y el paciente de tal modo que la responsabilidad es asumida por ambos. Agrega la doctora Ogando que "ambos tienen que llegar a acuerdos, y en ese proceso no es raro que se generen con-

flictos de valores”.

En dicho Curso de Bioética es fundamental “fomentar la práctica de la deliberación entre los profesionales sanitarios para que se hagan las cosas de la forma más adecuada y prudente”.

El profesor Diego Gracia, presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud ha encontrado un cambio importante en los médicos que están en formación y atribuye esto a la influencia del ejercicio de la democracia en ese país, porque esto les permite comprender mejor el juego de la participación. Agrega el doctor Gracia que la enseñanza debe cumplir con dos objetivos que son: la transmisión de conocimientos y habilidades, y el cambio de actitudes básicas. Este último es el más crítico porque allí se estrellan todos los intentos.

La ética del primer contacto en la atención médica

En El Día, periódico de Santo Domingo - República Dominicana, ha aparecido una nota en la que el doctor Fulgencio Severino, representante en el Consejo Nacional de la Seguridad Social del Colegio Médico Dominicano, subraya la necesidad de que la atención médica desde su primer contacto atienda fundamentalmente las “evidencias científicas determinadas por la clínica”. Esto ha sido publicado para enfatizar que el accionar médico sea un hecho

científico y no un acto en el que se atienden más los objetivos de obtener beneficios económicos. Esta cuestión está destinada a limitar a lo estrictamente necesario la prescripción de estudios tecnológicos que siempre insumen costos elevados, siempre justificados por el alto costo de los aparatos e instrumentos empleados. Estos estudios diagnósticos deben ajustarse estrictamente a las necesidades clínicas del caso y sobre todo que es totalmente antiético servir a los intereses de la ganancia financiera.

Poner la inteligencia al servicio del amor

El acto médico debe ser un acto de amor al servicio del sufrimiento humano y la inteligencia debe ser puesta al servicio de ese amor.

Saint Exupéry se refirió al sistema de oposiciones que se da entre el bien y el mal, lo sublime y lo aberrante, lo mejor y lo peor, la verdad y la mentira y, especialmente, que “es necesario poner la inteligencia al servicio del amor”. Esto fue publicado en El Nuevo Diario de Nicaragua por el doctor Juan B. Arrien, Ph. D. Agrega que es imperioso educar para humanizar la sociedad, para modificar el contexto de deshumanización y violencia en el que vivimos.

Estos conceptos deben ser aplicados al quehacer médico.

El Hospital Universitario

Me formé en la Facultad de Medicina de Rosario. El aprendizaje práctico y clínico lo efectué en el Hospital del Centenario que estaba anexo a la facultad. Dicho hospital tenía un gran prestigio porque en él se había desarrollado la cirugía en forma muy importante. La escuela de cirugía de Rosario había logrado un gran reconocimiento en el mundo médico. Sus maestros de la talla de Artemio Zeno, Tejerina Fotheringan, Alberto Baraldi, Rafael Babini, Bernardo Dell'Oro, Teodoro Fracassi y muchos otros, habían dado su nombre a salas de cirugía de varios hospitales europeos y rusos. El doctor Lelio Zeno fue pionero de la cirugía plástica y estética.

En ese hospital se atendían pacientes que venían de todas partes del país. La asistencia era gratuita porque al paciente se le informaba que podía ser eventualmente estudiado por los estudiantes de medicina. Con esa condición se le brindaba una atención de excelencia totalmente gratuita. En esa época las universidades eran estatales y gratuitas. Las universidades privadas no se habían institucionalizado todavía, en nuestro país. Actualmente, existen en nuestro medio varios hospitales universitarios privados. Hasta donde llega mi conoci-

miento, dichos hospitales universitarios constituyen el lugar donde el estudiante de medicina efectúa su aprendizaje y su práctica médica. El incentivo para atraer al estudiante es que el aprendizaje que se efectúa en la institución X, va a ser con "salida laboral".

Cada uno de estos hospitales universitarios está vinculado a una empresa de salud prepaga. Los pacientes provenientes de estas empresas de salud al ser atendidos en dichos hospitales, constituyen el "material ilustrativo" que es usado para el aprendizaje de esos futuros médicos.

El tema ético que se plantea es que: 1) el paciente que paga por su atención, es utilizado como material de ilustración para que el aprendiz de médico efectúe su aprendizaje, y 2) el estudiante paga también por su aprendizaje. La institución recibe un doble pago. Justamente el problema ético surge porque en primer lugar no se le pide autorización al paciente para esta utilización docente. Ni siquiera se le informa. Generalmente el paciente está creyendo que está siendo atendido por un profesional ya capacitado.

¿Qué problemas surgen de esta situación?

Puedo contar algunas anécdotas

A un amigo mío que padecía de una estrechez uretral que le dificultaba la micción, se le indicó una uretrografía contrastada. Para esta práctica es necesario, primero inyectar en la uretra un líquido de contraste que es opaco a los rayos X, y luego obtener una radiografía de esa zona. La placa muestra la sombra del conducto uretral cuando la práctica ha sido bien realizada. Pero en este caso, como el aprendiz de médico inyectó el líquido fuera del conducto, el estudio fracasó. Esto ocasionó una pérdida de tiempo y un gasto inútil efectuado por el paciente que tuvo que pagar los materiales empleados. Esto significó que el paciente pagó por el aprendizaje en el aprendiz. El urólogo que había solicitado ese estudio se vio privado del mismo y tuvo que recurrir a otras técnicas, cosa que significó nuevos gastos y una pérdida de tiempo en el tratamiento.

Otro paciente, también de mi conocimiento, a raíz de una hemorragia hemorroidal, tuvo que efectuarse una endoscopia anal. Es fácil imaginar la posición corporal

en la que se realiza dicha práctica. Cuando ella se realizó, el paciente se encontró con que el médico responsable del estudio, estaba rodeado de cinco estudiantes observando el espectáculo. Al paciente no se le había informado, ni se le había pedido autorización para dicha demostración.

A mí personalmente me ocurrió –al consultar a una otorrinolaringóloga de la prepa a la que estoy afiliado– que justamente cuando yo estaba con la boca abierta y con el laringoscopio en posición, apareció un grupo de estudiantes que venían a completar la ilustración de la clase que había sido dictada por dicha colega. Le hice notar que no me había pedido autorización para usar-me para su clase, pero la disculpa llegó tarde.

Mi reflexión me lleva nuevamente a recordar a aquel Hospital del Centenario en el que con tanto respeto se le informaba sistemáticamente a cada paciente que su asistencia iba a ser gratuita a cambio de ser aprovechada para el aprendizaje de los nuevos médicos.

Ética de la investigación médica

El médico como un detective en acción

Comparar al médico –especialmente al clínico– con el detective es sumamente interesante. Así como ocurre con el detective, la función del médico es detectar dónde está el problema patológico.

Sherlock Holmes, el más célebre detective de la ficción fue creado por un médico: Sir Arthur Conan Doyle, que se inspiró en su profesor de medicina quien lo estimuló por la lógica de sus razonamientos clínicos.

Irving M. Copi, en *Introducción a la lógica* (Eudeba, Buenos Aires, 1972), estudia el problema de la investigación científica y la compara con la función del detective, escribe los siguientes pasos: 1) el problema: por ejemplo se ha cometido un crimen; 2) hipótesis preliminares: sobre quién lo cometió y cuál fue la motivación; 3) reunión de hechos adicionales: estudio del lugar, hora, personas relacionadas con el hecho, etc.; 4) formulación de la hipótesis: por ejemplo, el crimen lo cometió el mayordomo porque el occiso había descubierto que estaba sustrayendo dinero de su caja de seguridad; 5) la reunión de consecuencias adicionales: efectivamente el mayordomo tenía fuertes deudas de juego; 6) la verificación de las consecuencias: efectivamente luego se comprobaron las fuentes de donde venían

las amenazas al mayordomo.

Aplicando los pasos desarrollados por I. Copi a nuestra cuestión, podemos pensar que el médico comienza por:

1) El problema clínico: comienza por tomar conocimiento del problema médico del paciente. Siguiendo los pasos clásicos de la semiología clínica cumple con la anamnesis, el interrogatorio, la inspección, la palpación, la auscultación, etc. Con esto el médico capta la problemática del paciente. Esta captación suele tener un carácter de conjunto gestáltico en donde se destacan los datos de captación empírica.

2) Hipótesis clínicas preliminares: en la mente del clínico aparecen una serie de conjeturas sobre cuál puede ser la enfermedad o lo que provoca el padecimiento del paciente. Esto surge en función de la experiencia clínica del profesional, que cuanto más rica, mayores y más precisas serán las hipótesis clínicas.

3) Reunión de datos adicionales: que es toda la información que proviene de los estudios de laboratorio, imágenes, etc.

Es importante destacar que los pasos 2 y 3 se interaccionan de tal manera que el paso 3 puede brindar información que promueve nuevas hipótesis clínicas. Por lo tanto, son interdependientes.

4) Formulación de la hipótesis clínica operativa: esta hipótesis constituye lo que conocemos como el diagnóstico que es lo que permite configurar el tratamiento y pasar a la fase terapéutica.

5) Fase terapéutica: se entra entonces en la fase del tratamiento propiamente dicho que constituye la etapa del accionar médico en procura de resolver el cuadro clínico del paciente.

6) Respuesta clínica: la respuesta del paciente al tratamiento que está recibiendo constituye una etapa de nuevas hipótesis que se transforma en una fuente de aprendizaje para el médico. Constituye una fase de enriquecimiento recíproco tanto del paciente como en el médico, especialmente cuando los resultados son exitosos.

Los condicionantes éticos de todo este proceder están dados por algunos principios a tener en cuenta: 1) el principio de *primun non nocere* que se basa en el “principio de no maleficencia” y significa “como cosa principal, no provocar daño”; 2) por parte del profesional, efectuar un buen ejercicio de “compromiso y responsabilidad”; 3) sentir la satisfacción del descubrimiento; 4) desarrollar también la satisfacción del enriquecimiento científico, ético y personal en cuanto a los valores humanos.

Investigación médica experimental

Otro capítulo constituye la investigación médica experimental. Esto merece un fuerte desarrollo ético. Sólo mencionaré las declaraciones que surgieron a raíz de experimentos médicos realizados en el ámbito de la Segunda Guerra Mundial.

Fueron hechos deplorables muchos de los experimentos que se hicieron sin tener en cuenta las condiciones del paciente. Los responsables sufrieron las condenas correspondientes. De allí surgieron los siguientes:

Código de Nuremberg

Este código desarrolla una serie de principios que están destinados a reglamentar la experimentación con seres humanos. Fue publicado el 20 de agosto de 1947 y en él se estipulan los principios que deben orientar toda experimentación médica que se efectúe con seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial (WMA) promulgó un conjunto de principios éticos que deben guiar especialmente toda la comunidad médica y además, a las personas que se dedican a la experimentación con seres humanos. Constituye seguramente el documento más importante en la ética de la investigación en este campo. Aunque no es un instrumento legal, su autoridad surge de la consistencia de codificación interna y de la influencia que ha conquistado en el nivel internacional.

Sobre las éticas y lo ético en Medicina

La ética como disciplina del comportamiento humano.

La ética en medicina como disciplina del comportamiento médico.

La palabra ética viene del griego *ethos* que significa costumbre. La palabra *moral*, viene del latín y también significa costumbre. Ambos términos se refieren a las costumbres y a la forma de vivir. Hoy preferimos especificar que este término **ética** se refiere al comportamiento humano. Esto lo podemos referir al comportamiento en la forma de vivir, en el ejercicio de la profesión o en cualquier otro quehacer de la conducta humana. Para decirlo en forma sencilla, lo que interesa es estudiar lo bueno y diferenciarlo de lo malo en el comportamiento humano. En forma sintética se puede definir a la ética como la disciplina que estudia la bondad o la maldad de los actos humanos. La **ética en medicina** se refiere al comportamiento médico en el ejercicio de la profesión.

Cuando uno se pregunta qué es la ética y se dispone a investigar sobre el tema, se puede ver en un somero recorrido de la historia del pensamiento humano, que aparecen diversas éticas. El criterio utilizado en la forma de pensar es el que las define.

Para Platón y Aristóteles lo ético consistía en el desarrollo de las virtudes. La actividad

intelectual conseguía la mayor felicidad. Para poder dedicarse a la intelectualidad se imponía la ética del amo y el esclavo: esto significaba que para realizar la actividad intelectual, por ejemplo la filosofía, en forma intensiva no le quedaba tiempo para ocuparse de las tareas necesarias para el mantenimiento personal. Por lo tanto era necesaria la presencia del esclavo para que se ocupara de dicho mantenimiento.

Para John Stuart Mill lo importante es desarrollar una ética utilitarista: solamente una actividad intelectual perfecta logra la felicidad. Lo ético es desarrollar toda aquella actividad que logre la mayor felicidad.

Max Scheler desarrolla una ética de los valores: tienen el carácter de ser absolutos e intencionales. La intención juega un rol importante en la calificación de los valores y en la evaluación de los comportamientos basados en ellos. El comportamiento y la vida se enriquecen en la medida que la persona descubre nuevos valores y los desarrolla. El compromiso, la responsabilidad, la amistad, la lealtad, son ejemplos de estos valores.

Immanuel Kant propone la ética del deber: *"Obra sólo según aquella máxima que puedas que-rer que se convierta en ley universal"*. Éste pensamiento se conoce con el nombre de imperativo categórico. La ética se maneja por normas que provienen

de la propia conciencia y no del exterior. Están gobernadas por la razón y no por los caprichos personales.

Epicuro desarrolla la ética hedonista o del placer. El bien se desarrollaba en todo aquello que produjese placer, especialmente el placer corporal. Epicuro decía: "el principio de todo bien es el placer del vientre... no sé qué idea me forjaría acerca del bien... si suprimiese los placeres del deber y del comer, del oído y de la vista y los de Venus". Para Epicuro el placer como objetivo importante de vida era la clave de la felicidad; para esto es fundamental desarrollar la capacidad para experimentar el placer en forma total e indefinida. El desarrollo de esta disposición está calificado cuando se logra la mayor maximización del placer.

Hume, Ayer y Stevenson son los promotores del emotivismo. Es un enfoque individualista que se centra en el "interés por sí mismo". La "relación con el otro" y la convivencia es aceptada o rechazada. Esto depende de que la relación provoque satisfacción o disgusto. Las condiciones de la vida social plantean limitaciones que requieren ser toleradas. Si esto no ocurre, la relación es rechazada. Las éticas posmodernas se ubican dentro del emotivismo. Por lo tanto, la ética está regida por los afectos y la voluntad; nunca por el intelecto ni por la razón. La fórmula puede ser sintetizada en: "yo acepto esto", o "yo rechazo aquello".

Marx y Engels aportan un enfoque social de la ética y postulan que "lo bueno" es todo aquello que promueve una sociedad sin clases diferentes especialmente de carácter socioeconómico.

Hare propone el decisionismo o preferencialismo haciendo que los principios éticos surjan de decisiones libres que hacen que una cosa se valore más que otra. Son las propias decisiones y las propias preferencias las que dan el marco ético de cada per-

sona, siempre que las mismas no sean completamente irracionales y que puedan lograr un cierto marco de consenso social para ser aplicadas. Esto de alguna manera significa que cada uno va promoviendo las normas del grupo social al que pertenece. Las decisiones generalmente aprovechan los principios éticos conocidos para adaptarlos a las propias necesidades. Respetan los principios éticos del pasado porque son el producto de la experiencia acumulada en siglos, pero surge la necesidad de cambiarlos y adaptarlos a las circunstancias de la actualidad.

La ética en medicina

En mi opinión la ética que mejor puede ser aplicada al comportamiento médico surge de las ideas de Jaime Barnes.

Jaime Balmes, fue jesuita filósofo y teólogo original que no pertenece a ninguna escuela o corriente en particular. Escribió sobre una ética basada en el desarrollo de lo bueno. Distingue dos conceptos: 1) desarrollo, y 2) lo bueno.

1) El concepto de desarrollo se ha comprendido mejor en biología: es un proceso por el que un organismo evoluciona desde su origen hasta alcanzar el mayor grado de madurez. A su vez, madurez es el punto de desarrollo en el que se ha logrado el más alto grado de eficacia en la funcionalidad.

2) El concepto de lo bueno surge de la evaluación de lo que el comportamiento produce. O sea, del producto y de las consecuencias que surgen de un comportamiento dado.

La aplicación de estos conceptos tan simples al comportamiento de todo profesional del campo de la medicina –incluido el equipo médico en su totalidad– significa el ejercicio de un aprendizaje permanente y una aplicación de lo mejor en la praxis médica.

Ética de las decisiones trascendentes

En la Asociación Médica Argentina (AMA) se realizó el viernes 4 de mayo una jornada organizada por la Sociedad de Ética en Medicina (SEM), en la que se reunieron dos grupos de estudiantes avanzados de medicina: uno proveniente de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Rosario (IUNIR) y el otro proveniente de los cursos de cuarto, quinto y sexto año de medicina de la UBA.

Cada grupo abordó el tratamiento de ético de un tema específico. Los de Buenos Aires se ocuparon de un problema ético del comienzo de la vida: el aborto. Los de Rosario en cambio, trataron un problema ético del final de vida.

El intercambio efectuado por los jóvenes estudiantes fue de muy alto nivel. El haberlos escuchado me promovió el enriquecimiento conceptual al estilo de la mayéutica socrática y que desarrollo a continuación.

La cuestión semántica contenida en el término "aborto"

Es conocido que se viene discutiendo el tema de legalizar el aborto. Esta cuestión es pensada y vivida en forma muy diferente por los distintos sectores de la comunidad. La cuestión es si "aborto sí" o "aborto no". Los argumentos que apoyan tanto una posi-

ción como la otra se derivan de la corriente del pensamiento filosófico y/o religioso de la mente que está en cada una de las posiciones adoptadas.

Los aportes que hicieron los estudiantes de la UBA estuvieron bien sustentados y fueron enriquecedores. En todas las intervenciones, el término que se utilizó fue "aborto".

Este tema merece un pequeño desarrollo. En el Diccionario de la Real Academia Española, uno de los significados del término "aborto" es: *"interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas. Puede constituir eventualmente un delito."* Una decisión tomada en forma deliberada pone una carga mayor y más pesada en la cuestión.

Un aborto provoca la destrucción –y por lo tanto la muerte– de lo que se está gestando. Esto siempre es así, independientemente de que se piense que lo que se está gestando sea un ser humano, un embrión, o simplemente un conjunto de células. El aborto es muerte: es un término que está lleno de muerte. La psicopatología nos enseña que una idea cargada de muerte provoca un fuerte rechazo interno que termina siendo causa de una patología contratórica. La decisión de provocar un aborto

deja siempre una cicatriz patológica mental.

¿Por qué es así? La "interrupción de un embarazo" es una semántica que esta impregnada –o "preñada"– de muchos significados. En primer lugar, podemos decir que es una vida que está naciendo, que se está formando, que tiene una proyección al futuro, que implica la incertidumbre de lo que va a venir. En segundo lugar, un embarazo siempre tiene una historia -que cómo se produjo el embarazo- que está relacionada con las dos personas intervinientes, con todo lo acontecido para que esa unión se concretara. En tercer lugar, el embarazo está lleno de significados vinculados con la vida de los implicados. En cuarto lugar, tanto el embarazo como la interrupción del mismo, es siempre trascendente: tiene repercusión en la vida ulterior de los protagonistas.

Cuidar la mente de quien toma las decisiones trascendentes

El grupo de la Escuela de Medicina del Hospital Italiano de Rosario abordó un problema relacionado con la muerte. El final de la vida de un paciente en coma cuya duración y su estado clínico hacían pensar en un cuadro irreversible que obligaba a tomar una decisión trascendente. El grupo estaba formado por una médica clínica, un neurólogo, una abogada, una psicóloga y una administradora de la obra social responsable.

El paciente estaba en terapia intensiva, por un coma que se venía prolongando en aproximadamente cuatro meses, con los cuidados clínicos y biológicos necesarios para dicho caso. El problema planteaba la necesidad de tomar decisiones importantes de distinta índole: médicas por la gravedad clínica, relativas a la obra social por el alto costo diario de la internación y especialmente familiar. Cada una de estas áreas

implicaba tomar decisiones fuertemente trascendentes especialmente sobre la prolongación o la no prolongación de la vida y de las consecuentes circunstancias.

Una mente obligada a enfrentar este tipo de decisiones relacionadas con el sufrimiento y la muerte, en la medida en que están vinculadas con la condición humana que también es inherente a quien toma la decisión, producen siempre un fuerte impacto, expresado u oculto, que requieren un cuidado especial para poder ser emocionalmente metabolizados. Esto impone la necesidad de cuidar la mente que toma decisiones trascendentes.

En mi práctica psicoterapéutica he tratado a varios pacientes que padecieron de cuadros psíquicamente traumáticos con un sufrimiento posterior prolongado. Esto ha ocurrido especialmente cuando la decisión se refirió a poner punto final a una vida y especialmente tomada por una sola persona. En cambio, he observado que este problema se diluye cuando estas decisiones son abordadas por grupos de personas, más aún si ellas constituyen un grupo familiar.

La importancia del Comité de Ética

Esto trae a colación destacar la importancia que juega el que Comité de Ética, que es integrado por profesionales de la salud: médicos, enfermeros, auxiliares, etc.; abogados, clérigos de distintas religiones, vecinos, etc. Cuanto más heterogéneo es la constitución del Comité de Ética, más equilibrados son sus funcionamientos, sus deliberaciones y más adecuadas son sus decisiones. Esto provoca un alivio emocional importante tanto en sus integrantes como en las personas que están involucradas con el caso, las circunstancias y las consecuencias comprometidas.

El compromiso médico

El compromiso médico

La profesión médica supone un compromiso por parte de la persona que ha de llevar el título de médico. La calidad del desempeño en esta profesión plantea como condición importante una sincera y profunda vocación que impone una actitud de calidad profundamente humana. El profesional médico se encuentra frente al desafío de implementar la aplicación de los conocimientos de la ciencia dentro de un marco de calidad y calidez humanas. Esto no significa que él debe manejarse con el equilibrio necesario para abordar seriamente la patología e implementar la terapéutica dentro de un marco importante de humanidad. Esto es por una parte un desafío y por otra, un compromiso.

La calidad de la atención debe ser una apuesta personal al enfrentar la lucha contra la enfermedad. Es importante que el médico se involucre en su quehacer hasta donde este involucrarse no signifique quedar aprisionado.

Este compromiso tiene su origen desde la más remota antigüedad, pero donde se destacó especialmente fue en las culturas griega y árabe.

Hipócrates y el compromiso médico

Hipócrates (siglo V a.C.) dejó en la medicina tanto occidental como árabe, una tradición que se mantiene hasta hoy siglo XXI. Ello se debe, en gran medida, a la acción de **Galeno**, un griego que ejerció la medicina en la Roma imperial del siglo II. Entre las cosas que dejó Hipócrates está el célebre **juramento hipocrático**, cuya vigencia se mantiene hoy día. Este juramento forma parte del *corpus hipocráticum* y se piensa que tiene sus orígenes en la obra de los pitagóricos. Galeno afirma que Hipócrates se vio en la necesidad de crear dicho juramento cuando empezó a enseñar su medicina a sus discípulos. Es importante señalar aquí que los escritos de Galeno constituyeron el núcleo de la instrucción médica y de la enseñanza de la práctica casi hasta nuestros días.

Desde el Renacimiento, algunas escuelas médicas comenzaron a imponerlo al aprendizaje de medicina, como una condición al concluir su enseñanza. Después de la Segunda Guerra Mundial, se fue generalizando la práctica de dicho juramento.

En el período clásico de la civilización griega, el arte de curar no estaba orientado por la magia, sino por las respuestas clínicas de los pacientes. La observación de la

clínica adquirió importancia. En este período se crearon los primeros escritos relacionado con el concepto ético del compromiso médico. Lo básico era que el médico actuara siempre teniendo en cuenta el beneficio del enfermo, cosa que quedó para la posteridad incluido en el “*primum non nocere*”.

El pensamiento ético que está en el Juramento Hipocrático, se ha mantenido en el tiempo con algunas variantes determinadas por los conceptos éticos y las circunstancias imperantes en cada comunidad. En la **Declaración de Ginebra de 1948**, se redactó la actualización que expongo a continuación:

Versión del juramento hipocrático de la Convención de Ginebra

En la Convención de Ginebra de 1948, se propuso una actualización del juramento hipocrático con el texto siguiente:

En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores. Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones. Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí. Mantendré, en todas las medidas de mi medio, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos. No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, partido o clase. Tendré absoluto respeto por la vida humana. Aún bajo amenazas, no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor.

El compromiso médico en algunas comunidades

El **Grupo de Bioética de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria** ha elaborado un conjunto de principios éticos para los médicos de familia que deben cumplir como si fueran un juramento. Son los siguientes:

1) **Dedicación:** el centro de interés profesional de ser la atención de la salud.

2) **Respeto:** respetar en el paciente su dignidad, su intimidad, su derecho a tomar sus decisiones y mantener el secreto sobre la información que adquiere.

3) **Proximidad emocional y afectiva:** con el paciente.

4) **Lealtad:** en la información y en todo aquello pertinente a la atención de la salud.

5) **Prudencia:** en la conducción del tratamiento.

6) **Honradez:** manteniendo al día los conocimientos médicos, consultando a otro colega cuando sea necesario.

El **Sindicato Médico del Uruguay** propone que la profesión médica se identifica por su saber y por el compromiso en la aplicación práctica de dicho saber. También aclara que el saber debe ser considerado como conocimiento y como ética en la praxis de un compromiso en la aplicación y regulación de las acciones médicas.

El **saber médico** es el patrimonio de la profesión médica. Éste saber es necesario porque interviene muy activamente en el desarrollo social. Por lo tanto, debe ser reconocido por la sociedad.

El **compromiso en la práctica del saber** debe expresarse dentro del cuerpo de profesionales en cuanto a la capacidad de su desarrollo, y debe reflejarse en la comunidad en el involucramiento de la gestión sanitaria.

Crisis del método clínico

Anamnesis vs. Entrevista

La medicina basada en la evidencia

Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez (Rev. cubana med v.37 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 1998) escribe con claridad que estamos asistiendo a una crisis del *método clínico* en el ejercicio de la medicina en general. Esto incluye muy especialmente la práctica de la psiquiatría.

En la medicina general, el método clínico era aquel que comenzaba en el primer contacto con el paciente, con el interrogatorio o anamnesis y continuaba con la inspección, la palpación, la auscultación y la percusión. Se completaba con las pruebas de laboratorio, radiografías y otros estudios que eran necesarios para llegar al diagnóstico. Estas pruebas eran utilizadas en forma complementaria. Lo importante era lo que se podía "captar" en el paciente.

En el campo de la psiquiatría lo que ha sido jerarquizado para el conocimiento del paciente es lo que llamábamos **anamnesis**. Hoy lo hemos cambiado por el concepto de **entrevista**. Este cambio trae una diferencia radical en el conocimiento del paciente y en la relación médico-paciente que se establecerá luego. Es importante saber que un muy buen primer contacto es fundamental para el destino futuro del paciente.

La anamnesis vs. entrevista

La anamnesis es un cuestionario pautado

formado por una serie de preguntas destinadas a investigar el padecimiento del paciente. En el caso de la práctica psiquiátrica este cuestionario se especializa en estudiar el funcionamiento mental y el comportamiento del enfermo.

José Bleger en su artículo sobre la entrevista hace un estudio diferenciando la anamnesis psiquiátrica de lo que se conoce ahora como entrevista, encarando el estudio del contacto y de la relación entre el paciente y el profesional desde el primer momento en que éste se produce entre ambos protagonistas.

En su estudio, Bleger hace una gran diferencia entre la anamnesis y la entrevista. Dice que la anamnesis –que se realiza entre dos personas: el paciente y el profesional– funciona como una situación triangular formada por tres: el profesional, el paciente y la enfermedad. Esto ocurre porque en el paciente se produce psicológicamente una disociación interna entre: 1) él como persona y 2) su enfermedad, que es vivida como “un cuerpo extraño metido dentro de su persona”. De esta manera, la dinámica de la anamnesis se da en una situación triangular formada por el médico, el paciente y la enfermedad. El médico interroga al paciente y éste responde sobre enfermedad. Este procedimiento sólo le da

al profesional una información parcial referida al padecimiento, pero no le permite conocer a la persona enferma, en el repertorio de sus funcionamientos personales, de sus defensas, de su forma de pensar, de resolver sus problemas, etc. Por otra parte, crea en el paciente una fuerte relación de dependencia con el profesional, que disminuye su capacidad de tomar decisiones y adoptar una actitud más realista frente a su padecimiento. Desde el punto de vista técnico, la anamnesis funciona como si fuera un interrogatorio policial.

Beckman y Frankel, –expuesto por Moreno Rodríguez mencionado antes– han hecho un estudio computando con reloj, como se dan los tiempos en las anamnesis de los contactos clínicos. Dicen que los enfermos son interrumpidos –tiempo promedio– a los 18 segundos de comenzar a hablar. En algunos casos, a los 5 segundos. La mayoría de las interrupciones se producen después del primer síntoma. Sólo el 20% de los casos pudo completar el relato de sus padecimientos. En el mismo artículo se menciona que De la Sierra –otro autor– dice que “interrogar y examinar un paciente nuevo requiere las mejores condiciones de cooperación por parte de frenos del enfermo y de entrenamiento por parte del médico, un mínimo de 30 minutos, sin los cuales el *método clínico* no puede ser aplicado.”

La primera entrevista es crucial, porque es el **primer contacto** que el paciente tiene con el profesional, y esto deja una impronta –que tiene las mismas características del *imprinting* estudiado por Lorentz– que dura todo el tratamiento, y a veces, toda la vida. Esta impronta produce en el paciente un apego de importancia fundamental, creando una relación médico-paciente que optimiza la evolución del tratamiento.

La medicina basada en la evidencia

Este tema merece que le dediquemos una mención en esta cuestión en la que estamos abordando la importancia del paciente como persona.

Medicina basada en la evidencia es una expresión que se ha generalizado en castellano como equivalente a la expresión inglesa *Evidence-based Medicine* (EBM). En inglés el término *evidence* significa **dato de fuerte poder probatorio**, del cual surge “la evidencia” que se está queriendo probar. Exagerando, podríamos decir que es “la evidencia fuerte del diagnóstico” de la enfermedad. Frecuentemente, estas evidencias surgen de la combinación de la clínica con los estudios que ofrece la tecnología.

El objetivo principal de la EBM es que el médico fundamente su actividad en datos científicos de calidad fuertemente probatoria empírica y no en teorías, conjeturas, suposiciones o creencias personales. Las herramientas básicas de la EBM son el estudio crítico de la literatura biomédica y los métodos racionalmente fundados de toma de decisiones clínicas o terapéuticas.

La EBM comenzó su desarrollo a mediados del siglo XX, especialmente de los años 60 en adelante, cuando se empezó a aplicar el diseño de los “ensayos clínicos”. Los trabajos pioneros son de Cochrane en 1972, de John Wennberg en 1973, de Ivan Illich y Thomas McKeown en 1976. David Eddy lo expresó más claramente en 1982. Luego hubo un desarrollo muy importante, primero en un círculo restringido y luego se generalizó.

Indudablemente, la EBM aporta un progreso realmente importante en la medicina. Pero también plantea un problema: que el profesional se apoye excesivamente en los estudios complementarios y que esto lo empuje a una concepción del paciente como un “mecanismo enfermo” y de olvidarse de la persona con su dolor, sus sentimientos, sus afectos y sus otras circunstancias.

El médico de cabecera

Un personaje de la medicina no muy tenido en cuenta es el **médico de cabecera**, que cumple una función de importancia capital. Con este término se denomina al médico que –como su nombre lo indica– atiende a toda la familia. A veces se da esta atención durante muchos años y esto posibilita al profesional que conozca la historia familiar y la de cada uno de los integrantes. Éste conocimiento provee una información de importancia capital para un mejor control de la patología de la persona que se enferma dentro de este grupo familiar.

La WONCA (*World Organization of Family Doctors*, es el nombre corto de la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*) es la organización internacional que congrega a las universidades, academias, asociaciones médicas y otras instituciones que se dedican o se interesan en la medicina general y/o medicina de familia. Esta institución se fundó en el año 1972 con un conjunto de 18 miembros que con el tiempo se enriquecieron llegando a la actualidad con un conjunto de 120 organizaciones en una veintena de países. Es interesante acotar que los miembros de la WONCA totalizan un conjunto de 250.000 médicos generales y/o médicos de familia. Esta institución

está afiliada a la OMS (Organización Mundial de la Salud). Su misión está destinada a mejorar la calidad de vida a través de la promoción de sus valores. Sus objetivos apuntan a fomentar y mantener niveles altos de atención en medicina general y en especial, en medicina de familia. Atiende al contexto de la familia y de la comunidad referido especialmente al cuidado personal, integral y permanente del individuo y de su grupo familiar.

Además, fomenta el desarrollo de instituciones académicas para los médicos generales y de familia, promoviendo un intercambio activo de conocimientos y de información entre los miembros y las instituciones adheridas, sostiene un foro para el intercambio activo de dichos conocimientos y comentarios pertinentes. También desarrolla la investigación educativa y las actividades de prestación de servicios médicos.

Vinculado con este tema es importante mencionar el uso del CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) que se está desarrollando muy velozmente en Europa. Esta clasificación se utiliza actualmente en Dallas historias clínicas electrónicas para codificar las crisis de atención, los problemas de salud, y los motivos de consulta de los pacientes. Éste desarrollo se destaca en Noruega, los Países Bajos y

Bélgica. Se lo está utilizando no solamente en la clínica diaria sino también en los servicios de urgencia y para la investigación y de educación en medicina.

La WONCA efectuó en 1987 una primera publicación denominada *International Classification of Primary Care* (ICPC-1). En 1998 se publicó la segunda edición original en inglés, con el acrónimo ICPC-2. Actualmente, la ICPC-2 está disponible en 20 idiomas. En el año 1991 se publicó la primera versión española CIAP-2-E estadió imponible en formato electrónico. El encargado de la traducción al español fue el doctor Juan Gervas, miembro del Comité Internacional de Clasificación de la WONCA.

La función “psico-socio-económico-médica” del médico de cabecera

El médico de cabecera y/o de familia tiene un contacto directo del paciente inmerso en su grupo familiar y social (y esto ocurre con cada uno de los miembros de la familia) le ofrece un conocimiento de la historia personal y de la familia, a lo largo del tiempo que va llevando su vinculación profesional, con las vicisitudes familiares, económicas, laborales y sociales, que le permiten una captación comprensiva de todos los factores que pueden estar influyendo —a veces decisivamente— en el padecimiento que aparece en uno o en varios de los integrantes del grupo familiar.

El estudio de la psicopatología demuestra que la disfunción psico-emocional que aparece en uno de los integrantes es el producto de la patología de todo el grupo familiar. En las patologías graves, el psicótico es el producto de la psicosis familiar. Se puede decir que la “locura de la familia” grita a través del enfermo.

Recuerdo un paciente que estaba internado en el hospital psiquiátrico desde hacía tiempo. Había ingresado con un cua-

dro de una fuerte excitación psicomotriz muy difícil de controlar y que había cedido fácilmente con la sola internación, alejado de su familia. La evolución había sido tan buena que le permitió un comportamiento útil para el ambiente hospitalario. Era servicial, de buenos modales, respetuoso, buen compañero. Un buen día, el director del hospital pensó que se lo podía reintegrar a su ambiente familiar y, efectivamente, se hizo esa prueba. Se lo mandó a su casa, pero duró muy poco esa externación. Al cabo de una semana, lo trajeron con el mismo cuadro de excitación psicomotriz que había originado su ingreso al hospital.

Este es un caso que permite una enseñanza muy clara. En el ambiente hospitalario, el paciente mostraba un comportamiento normal, podríamos decir “sano”. En cambio, en su ambiente familiar aparecía su patología mental. Podríamos decir que “la familia lo enfermaba”. Otra forma de teorizar este cuadro es pensar que “el paciente se hacía cargo de la locura familiar”.

Recuerdo otro paciente que padeció de un accidente cerebrovascular, vinculado a una hipertensión arterial de varios años de duración sobre una arterioesclerosis generalizada. En ese momento estaba sufriendo una seria dificultad económica provocada por la crisis política que estaba pasando su país. En sus antecedentes figuraban problemas en sus relaciones conyugales y familiares. El comportamiento de su esposa había influido en este caso, por sus ambiciones y exigencias desmedidas, que no estaban de acuerdo a la realidad de la economía de la familia. El médico de cabecera (y de familia) conocedor de estos problemas pudo intervenir muy eficazmente aconsejando una mayor consideración de esta problemática. Esto benefició enormemente al paciente que pudo lograr una mejor recuperación en un clima más favorable.

Diez consejos útiles para la práctica médica

En el *Archives of Otorinolaringology*, Vol 90 de julio de 1969, Irving H. Page y Bernard Wortis publicaron un interesante y sintético código de normas de conducta médica que hoy, 30 años después, siguen siendo vigentes como una guía para la práctica profesional. Estas normas fueron retomadas por los Dres. José Díaz Novas (1), Bárbara Rosa Gallego Machado (2), y Maricel Durán Cortina (3), y agregando algunas consideraciones a cada una de esas recomendaciones las publicaron en la Revista Cubana Med Gen Integr 2004; 2003.

1. *“Nada sustituye lo que se asimila en el contacto directo con el paciente: una buena anamnesis, un examen clínico minucioso y la perspicacia clínica que resulta de la experiencia. La clínica no puede ser aprendida sólo en el laboratorio o a través de lecturas o conferencias.”*

En medicina hemos aprendido mucho de nuestros maestros, de los libros, de los congresos, pero la enseñanza se completa con lo que se aprende con el paciente.

2. *“La buena práctica médica es trabajosa y exige dedicación. No es posible atender apresuradamente a nuestros pacientes siguiendo horarios rígidos. Exponga claramente la realidad al paciente o a la familia*

durante el tiempo que sea necesario.”

Los autores agregan que nunca se debe abandonar al paciente. Con esto quieren decir que aunque creamos que no haya solución terapéutica, siempre se puede y se debe hacer algo por el paciente. El mero contacto, cumple una función terapéutica.

3. *“Sea optimista: muchas enfermedades son autolimitadas y aliviadas sin mucha interferencia del médico (el catarro común es un buen ejemplo, frecuentemente tratado de forma exagerada).”*

Es importante tener criterio médico: distinguir aquellos casos que requieren una rápida atención, de los otros que necesitan un seguimiento prolongado. La capacidad de observación es fundamental.

4. *“Sea paciente. Un período de observación es, en ciertas ocasiones, el único camino para un diagnóstico correcto. No trate de impresionar a su paciente o a sí mismo con una cantidad innecesaria de exámenes complementarios.”*

Es importante el criterio clínico que adecue el tiempo de observación y la operación terapéutica. No abundar en estudios diagnósticos que no sean realmente necesarios.

5. *“No sea demasiado sabio. Recuerde que las enfermedades más comunes ocurren con mayor frecuencia, piense primero en ellas.”*

Los autores mencionados agregan con

mucho sentido común en la siguiente regla: *"piense primero en lo común, sin olvidar lo raro"*. Las enfermedades comunes son las más frecuentes; la frecuencia merece ser respetada. Los casos de diagnóstico difícil que merecen una mayor dedicación.

6. *"No realice en sus pacientes ningún examen que usted no haría en sí mismo, o en sus familiares en idénticas circunstancias. No indique exceso de exámenes que eventualmente puedan colocar a su paciente en riesgo de complicaciones iatrogénicas."*

Los exámenes y estudios complementarios deben ser realizados con criterio de sentido común. Los autores agregan muy adecuadamente que los estudios deben ser "del más barato al más caro, del más simple al más complejo, y del menos riesgoso al más agregado", respetando las emergencias que imponen optar los procedimientos que brindan una respuesta inmediata independientemente de su costo y riesgo.

7. *"Use las nuevas drogas con cautela. Es preferible manejar pocos medicamentos básicos con pericia y seguridad, que utilizar los medicamentos más novedosos, que aún no poseen una sólida base experimental. Muchas enfermedades iatrogénicas son consecuencias del uso indiscriminado o excesivo de drogas, como por ejemplo, los antibióticos, los tranquilizantes, los esteroides y los antiinflamatorios. Por otro lado, es importante considerar el aspecto psicológico de los casos y usar el sentido común. También forma parte del arte de la medicina sacar provecho del uso del placebo, eficaz en muchos casos."*

En este punto, es necesario respetar la experiencia que se ha ido logrando a través

de los años de profesión. Esta experiencia es la que enseña el valor de la droga o del medicamento para el caso que se presenta en la actualidad, independientemente y a pesar de los nuevos fármacos que aparecen. La experiencia tiene un gran valor para corregir la seducción que surge de la promoción de nuevos medicamentos realizada por los laboratorios farmacéuticos.

8. *"Conózcase a sí mismo: sus fortalezas y debilidades, extraiga frutos de su insatisfacción con el trabajo, cultive su curiosidad acerca de las enfermedades, pero trate tan bien al enfermo como a la enfermedad. Cuando tenga dudas, consulte a los más experimentados, cultive el sentido del humor y el verdadero sentido de la humildad. No permita que la admiración de los pacientes influya en su raciocinio y conducta."*

La maestría clínica depende del hecho de captar inteligentemente la problemática médica.

9. *"Cultive la discreción en relación con nombres de enfermedades delante de pacientes, familiares y sus amigos."*

Evite el nombre técnico de las enfermedades tanto para el paciente como para los familiares y amigos. El nombre técnico es de carácter teórico y suele distorsionar la mente en su contenido.

10. *"Saque una lección a partir de sus errores: equivocarse ocasionalmente es humano, pero cada error deberá transformarse en una enseñanza, y obviamente jamás ser repetido."*

La experiencia médica se va formando a través de pruebas de acierto y error. El error se torna útil cuando cumple una función de corrección y enriquecimiento en el conocimiento médico.

Creencia y espiritualidad en medicina

El médico en su quehacer profesional, al enfrentarse con el paciente no solamente se encuentra con el cuerpo sino además abarca los aspectos que incluyen el psiquismo –con sus sentimientos, afectos, emociones, pensamientos, las relaciones con los demás, etc.– y sobre todo las **creencias**. Este segundo grupo que trasciende al cuerpo, nos encontramos con la **espiritualidad**.

La creencia

El médico, cuando comienza su formación cree en sus maestros, en las informaciones que recoge de sus libros, de las clases magistrales, de los trabajos prácticos y sobre todo de la experiencia en el contacto con los pacientes. Los psicoanalistas comienzan creyendo en las enseñanzas de S. Freud, luego agregan creencias que le provienen de M. Klein, de Winnicott, de Fairbairn, de Lacan y de tantos otros investigadores de esta disciplina, completando su formación con las enseñanzas que le llegan de sus maestros, colegas y pacientes. Es imposible adquirir una capacitación profesional sin creencias.

José Ortega y Gasset escribió en “Ideas y creencias” que el hombre necesita saber cómo es el mundo, cómo es su entorno, con qué cosas convive, como una necesidad imperiosa de la vida humana. El ser

humano necesita saber para orientarse, ubicarse en el mundo, acomodarse en el mundo y hacer que de alguna manera ciertas cosas del mundo se acomoden a él. Esto significa hacer interpretaciones y tener convicciones. Ortega distingue dos tipos de convicciones: las **ideas** y las **creencias**.

Las **ideas** son los pensamientos que surgen del conocimiento de la realidad, a la elaboración de dichos conocimientos, a la creación de ideas en función de la imaginación. Dentro de este grupo están incluidos desde los pensamientos vulgares de la vida cotidiana hasta las proposiciones más elaborados de la ciencia.

El otro grupo de convicciones son las **creencias**. A estas Ortega le da gran importancia, tan es así que dice que: “Las ideas se tienen; en las creencias se está.” Las creencias y las ideas no son sentimientos, ni voliciones, pertenecen al área de nuestro conocimiento, son pensamientos. Un pensamiento puede ser una idea o una creencia; esto depende del rol que juegue en la vida de la persona. La diferencia depende de su significación en la vida de ese sujeto. Las creencias no quedan limitadas al área de la religión. Pueden ser científicas, filosóficas, relacionadas con la cotidianidad y también con el sentido de la vida y la existencia misma.

Las ideas son pensamientos explícitos, se los puede poner en palabras. Las creencias no siempre se pueden verbalizar, hay un área de las creencias que habita en la zona más íntima de la mente. En parte son conscientes y en parte, inconscientes.

Generalmente constituyen los supuestos básicos de nuestras argumentaciones.

Esto constituye un verdadero enfrentamiento con el "intelectualismo" que tiende a considerar que los pensamientos conscientes son los que determinan nuestra vida. Hemos descubierto que los fuertemente determinantes de nuestras decisiones son de carácter inconsciente. Las creencias se incorporan porque están en el ambiente en el que se convive. Ejerce mucha influencia la herencia cultural y las circunstancias que rodean a la vida misma de esa persona.

La espiritualidad

Kart Jaspers (1883-1969) que escribió "Psicopatología General", fue médico psiquiatra. Comenzó trabajando en el hospital psiquiátrico de Heidelberg, en el mismo lugar donde había trabajado Emil Kraepelin unos años antes. Luego se dedicó a la filosofía dictando la cátedra de esta materia en la Universidad de Heidelberg. Abordando este tema dice: "si preguntamos desde dónde y hacia dónde hemos de vivir, tendremos seguramente la contestación" si pensamos en la espiritualidad.

Jaspers señala, comenzando por la ciencia moderna y el empirismo, que al preguntarnos por la realidad en que vivimos nos encontramos con un límite que el método científico (empírico) no puede superar. Agrega que el ser humano se encuentra frente a la disyuntiva de resignarse y quedarse allí, como saltar a la "trascendencia". Este salto le permite al individuo encontrar lo que llega a ser el sentido de la vida.

El médico suele encontrarse con esta

cuestión en aquellos enfermos de patología prolongada, de patología grave y especialmente en aquellos casos que se encuentran en el final de la vida. En esta situación el cuidado mental constituye todo un desafío profesional y ético.

La Dra. Laura Weiss Roberts, M.D. y Allen R. Dyer, M.D. han publicado en American Psychiatric Publishing, Inc. "*Ethics in Mental Health Care*", un libro en el que desarrollan un abordaje interesante de este tema.

Al considerar la importancia del abordaje de estos aspectos, proponen que el médico debe interesarse en una forma muy cuidadosa por los intereses espirituales del paciente. Es importante interrogarle: *¿qué importancia tiene para usted la espiritualidad o la religión?* O bien: *¿cuál considera usted que es el sentido de su vida?* Naturalmente, si esto promueve un diálogo, este se desarrollará de acuerdo al nivel intelectual del paciente.

Esto puede ser continuado con: *¿qué importancia tiene su fe o su creencia en su vida?* *¿Usted cree que su fe ha influenciado en la forma como usted se cuida en su enfermedad?*

También es importante indagar si el paciente pertenece a una comunidad religiosa o espiritual, y en este caso interrogar si esa comunidad le ofrece continencia, si el sentirse contenido constituye un soporte importante.

La muerte es inevitable y es cuestión central de la existencia humana. En un sentido filosófico hay dos situaciones de gran importancia que son: la finitud y la trascendencia. La finitud se refiere a la muerte del ser humano. La trascendencia es el interrogante que plantea el más allá de la muerte. Los seres humanos tenemos la necesidad de reflexionar sobre esta realidad. Por eso el cuidado terapéutico en el fin de la vida adquiere una gran importancia.

Los comportamientos éticos producen cambios estructurales que pueden llegar a ser profundos

Una fuerte prueba de ética: la renuncia del Papa Benedicto XVI, Joseph Ratzinger

Ha ocurrido un acontecimiento que no se producía desde hace seis siglos en la Iglesia Católica Apostólica Romana, y en el mundo. Esto califica al acontecimiento como un hecho históricamente extraordinario y de una importancia fundamental. Digo fundamental porque es “fundante” de un comportamiento ético que, seguramente, tendrá trascendencia histórica. Benedicto XVI, dejó el Pontificado el 28 de febrero. No es el primer papa que renuncia en la historia de la Iglesia Católica, el último fue Gregorio XII (1406-1415) en el siglo XV. Horas después del anuncio de la dimisión del papa Benedicto XVI, un rayo alcanzó la cúpula de la basílica de San Pedro, en el Vaticano. Muchas son las circunstancias que envolvieron en el misterio al fenómeno atmosférico que la protagoniza, lo que puede contribuir a que quede incluida en los anales de un día ya histórico para el pequeño Estado Vaticano. El diario La Nación publicó en su edición del sábado 16 de febrero de 2013 una editorial titulada: “Benedicto XVI: cuando la renuncia marca una virtud”, agregando “La dimisión del Papa debe ser interpretada como una inteligente visión de la historia y una humilde aceptación de los límites humanos”. Podemos analizar esto desde distintos ángulos.

Desde el punto de vista **ético**, si enten-

demo a la Ética como disciplina que estudia el comportamiento humano en el sentido del desarrollo de “lo bueno”, podemos decir que la renuncia de Benedicto XVI surge en virtud de como él mismo expresa: “las fuerzas no me dan”, y se entiende que es especialmente frente al fuerte conflicto por el que está pasando la Iglesia. Esto significa, tomar conciencia -o sea tomar un buen conocimiento- de la realidad en la que se encuentra inmerso en este momento de su papado. También significa, tomar conciencia del grado de responsabilidad al respecto. Y también tomar un claro conocimiento de sus limitaciones personales –especialmente físicas– para enfrentar la conducción de la gravedad del problema y poder llevarla a soluciones razonablemente satisfactorias.

Desde el punto de vista **espiritual**, significa tomar conciencia de la suma importancia del compromiso personalmente adquirido al asumir el cargo de Papa, o sea del jefe de la Iglesia Católica que convoca nada menos que 1.168 millones de fieles católicos en el mundo (según cifras del Vaticano). Y este compromiso implica la conducción espiritual responsable de principios religiosos y morales de una iglesia que tiene una historia de por lo menos 2000 años. Considerándolo evaluativamente se puede decir que “es una carga muy pesada”.

Desde el punto de vista **psíquico**, significa tener que enfrentarse con sentimientos y

emociones muy profundas que tocan mucho a lo que podríamos decir sintéticamente, es “la necesidad de superación”, que es una poderosa fuente de búsqueda de progreso, desarrollo, evolución, mejoramiento, etc. y que requiere la necesidad imperiosa de enfrentar y resolver los problemas encontrados en el curso del desenvolvimiento de su misión pastoral.

Una “fuerte” prueba de ética

La renuncia de Benedicto XVI aparece en un momento en el que la Iglesia Católica está pasando por una crisis. “Crisis” significa cambio. La renuncia del Papa aparece en medio de una crisis institucional. Toda crisis produce una movilización de los estratos más profundos de una institución, especialmente de aquellos que se han mantenido inmovilizados durante mucho tiempo. En la Iglesia Católica hacía 6 siglos que no ocurría una renuncia papal. Esto hace suponer que la renuncia de Benedicto XVI posee un poder de cambio de estructuras y comportamientos que –supuestamente– se han mantenido inmovilizados institucionalmente durante 6 siglos. No sería una extravagancia pensar que Joseph Ratzinger debe haber captado consciente o inconscientemente todo esto, junto con la magnitud de su significado. Estas consideraciones nos permiten inferir que la renuncia a este papado implica una fuerza ética formidable. Un comportamiento ético produce un efecto beneficioso. Eso es de esperar.

Primeros indicios del cambio ético: el Papa Francisco rompe con el protocolo

Veamos algunas publicaciones de nuestro país
www.eluniversal.com

La llegada del Papa Francisco al Vaticano ha traído aires nuevos a la Iglesia Católica. En sólo unos días, la naturalidad y el humor del pontífice argentino, ha seducido a la prensa y a la opinión pública con su carisma. “Es muy natural y se comporta igual en

público que en privado”, explica el vaticanista, Marco Polito, autor del libro Joseph Ratzinger. “Benedicto XVI también era irónico y tenía humor en privado, pero en público siempre se mostró muy rígido. Hay un contraste entre los dos papas: Josep Ratzinger solo improvisaba durante sus brillantes meditaciones teológicas pero su timidez le llevaba a seguir el protocolo al pie de la letra; todo lo contrario que Jorge Bergoglio quien, desde su primera aparición pública se ha saltado el guión, dejando en el olvido la rigidez de sus predecesores”
www.telemundoareadelabahia.com

El nuevo Papa Francisco sigue marcando diferencias con gestos humanos que se alejan del protocolo y rompen con la tradición. Ayer, el Papa sorprendió a los guardias suizos que protegen el Vaticano, cuando le acercó una silla a uno de ellos y le llevó un sándwich, disconforme con la idea de que el hombre haya estado de pie toda la noche.

Recientemente, cuando el Sumo Pontífice salió de su departamento en la residencia Santa Marta –donde decidió quedarse a vivir al menos temporalmente en lugar de mudarse al departamento papal– se encontró con un guardia suizo custodiando la puerta. El argentino Jorge Bergoglio le preguntó si había estado despierto toda la noche y recibió un sí como respuesta.

“¿De pie? –indagó el Papa– ¿No se ha cansado?” “Es mi deber, Su Santidad, por su seguridad”, le respondió, intimidado, el guardia. Ante esta situación, el Sumo Pontífice regresó a su departamento. Minutos más tarde volvió, cargando una silla, que depositó donde estaba su interlocutor.

“Al menos siéntese y descanse”, le pidió Jorge Bergoglio, despertando una fuerte sorpresa en el guardia, quien rechazó la oferta, porque “las reglas no lo permiten”.

“¿Las reglas?”, preguntó el Papa. “Sí. Mi capitán, Su Santidad”. A lo que Francisco respondió: “Bueno, pero yo soy el Papa y le pido que se siente”.

Evaluación del efecto ético

El efecto “papa Francisco”

¿Cómo efectuar una evaluación de la ética?

La teoría de la evaluación ética está basada en la **hermenéutica**, que es la disciplina de la *interpretación*.

1) La ética está constituida por un conjunto de normas y de valores.

2) Dichas normas y valores se canalizan a través de un comportamiento ético.

3) A su vez, este comportamiento produce efectos que pueden ser primarios, y que pueden ramificarse en secundarios, terciarios, etc.

4) Esos efectos constituyen un campo de observación donde se puede evaluar el grado de eficacia del comportamiento ético.

La teoría del caos y el efecto mariposa

En la teoría del caos se estudia lo que se conoce como **efecto mariposa**. Es un concepto que se refiere a la meteorología y dice que dadas las condiciones iniciales en un determinado sistema caótico, una mínima variación de ellas provoca evoluciones en el sistema con grandes consecuencias. Por ejemplo, una pequeña perturbación inicial, experimenta un proceso de ampliación que llega a generar un efecto considerablemente grande en un determinado plazo de tiempo.

Su nombre proviene de un proverbio

chino que dice: *“el aleteo de las alas de una mariposa se puede sentir al otro lado del mundo”*, que se lo comprender mejor diciendo: *“el aleteo de las alas de una mariposa puede provocar un tsunami al otro lado del mundo”*, o simplemente *“el aleteo de las alas de una mariposa puede cambiar el mundo”*.

En la teoría del caos, este nombre fue utilizado a partir de un estudio efectuado por el meteorólogo y matemático Edward Lorenz al efectuar predicciones del clima atmosférico.

Este juego de relaciones e interrelaciones de causa-efecto se da en todos los acontecimientos de la vida. Así, un pequeño cambio llega a producir grandes resultados. El aleteo de una mariposa en el Amazonas puede producir un huracán en la costa atlántica norteamericana.

La consecuencia de esto es que en sistemas complejos como en el estado del tiempo meteorológico, o en la bolsa de valores, o en los juegos de la política, o en los sentimientos religiosos de multitudes se dan estas mutaciones y movimientos que producen cambios asombrosos.

Esta expresión se popularizó al ser usada como argumento de algunas novelas y películas que poco tienen que ver con la teoría

del caos. Un ejemplo es una novela escrita por Ray Bradbury titulada "El ruido de un trueno". Unos cazadores viajan en el tiempo hacia la prehistoria y accidentalmente matan a una mariposa de aquella época. La consecuencia es que cuando vuelven al presente se encuentran con que el mundo ha cambiado en una forma totalmente diferente del que habían dejado al comienzo.

Veamos un ejemplo a través de la óptica de la ética.

El efecto "papa Francisco"

En publicaciones anteriores comenté en relación a la renuncia del papa Benedicto XIV, que dado que en la historia de la Iglesia Católica la renuncia de un papa había ocurrido seis siglos antes, en esta ocasión este acontecimiento tan insólito provocaría, seguramente, cambios profundos muy importantes en la institución religiosa. Agregué que los cambios serían fundamentalmente éticos. Afortunadamente, así está ocurriendo.

Lo muestran las noticias que aparecen en los diarios. Por ejemplo:

"Papa Francisco crea comisión para investigar banco del Vaticano (26 de junio, 2013, La Nación)

El papa Francisco ha tomado una de las decisiones más esperadas en este inicio de pontificado: el nombramiento de una comisión de investigación para reformar el llamado Banco del Vaticano, el Instituto para las Obras de Religión (IOR), envuelto desde hace años en numerosos escándalos financieros.

La oficina de prensa del Vaticano publicó hoy el documento firmado por el papa el 24 de junio en el que se anuncia la creación de esta comisión, formada por cinco miembros, y que tendrá carta blanca para investigar todo lo que ocurra en la sede del banco de Dios."

"Obispo es detenido en Roma por lavado de dinero (28 junio, 2013 – Reuters)

Roma.- Un clérigo del Vaticano sospechoso de intentar ayudar a amigos ricos ingresando ilegalmente millones de euros a Italia fue arrestado el viernes como parte de una investigación del Banco Vaticano, dijeron fuentes policiales y su abogado."

"Brasil vive la llegada del papa Francisco como una visita histórica (22 de julio, 2013, La Nación)

El papa Francisco, apellidado un "extraño rebelde", llega esta tarde a Río de Janeiro, la ciudad menos religiosa dentro del país más católico del mundo y nadie, como ha confiado la presidenta Dilma Rousseff a sus ministros, "es capaz de adivinar lo que él dirá" al millón de jóvenes de 60 países que lo esperan para una fiesta de alegría religiosa.

Las publicaciones en los periódicos nos vienen informando los cambios que se están produciendo. El nuevo papa, Jorge Bergoglio, primer papa sudamericano, argentino y jesuita de una historia de 2000 años de la Iglesia Católica está generando, en mi opinión, un cambio que puede compararse al efecto mariposa y que podíamos llamar **"efecto papa Francisco"**. Su modo principal es "enseñar ética dando el ejemplo".

Las transiciones de la Ética

La ética como disciplina del comportamiento humano ha sido influida por las costumbres, el pensamiento y los estilos de vida en las distintas épocas de la evolución humana. Especialmente ha sido fuertemente conformada por las diversas corrientes filosóficas. Con la intención de poder tener una visión abarcativa de esta cuestión, podríamos considerar tres grandes épocas.

Primer momento o periodo: la ética basada en la creencia

Abarca la edad antigua y todo el medioevo

El pensamiento principal en el que se basaba la ética es la creencia, especialmente en el "más allá". "La vida terrenal constituye un momento de paso y de preparación para la vida celestial después de la muerte". Por lo tanto, todo pensamiento y todo desarrollo mental giraban en torno del trascender y de la **trascendencia** de este mundo terrenal y finito para después ser compensado en el otro, celestial y eterno. La idea de "pecado" era sumamente importante: podía ser "mental", "verbal" y/o "corporal". Podía ser pecado no obedecer la autoridad paterna o materna. La ética estaba fuertemente regida por el **credo** y la **creencia**.

Se dio la simultánea aparición del surgimiento de las ciudades y la formación

de una clase media floreciente. El desarrollo cultural fue estimulado por el crecimiento de instituciones monásticas y la aparición de algunas universidades. Hubo una fuerte dedicación de algunas corrientes de pensamiento en la que se destacaban el desarrollo de pensamientos de la filosofía griega y romana y muy especialmente de la judeocristiana.

Segundo momento o período: la ética entre la duda y la prueba

Abarca la modernidad

La Modernidad surge en el siglo XV después de que ocurriese en cambios emblemáticos a nivel mundial como: el descubrimiento de América, el desarrollo de la imprenta, las reformas protestantes y el Renacimiento. En ese momento de la historia del pensamiento científico surge una necesidad muy importante: probar o testear la realidad. Aparecen dos personajes que marcan el inicio de una época muy importante: Galileo y Descartes. Ambos fueron casi contemporáneos, Galileo precedió ligeramente a Descartes.

René Descartes (La Haye, Turena francesa, 31 de marzo de 1596 - Estocolmo, Suecia, 11 de febrero de 1650), también llamado **Renatus Cartesius**, fue un filósofo, matemático y físico francés. Se lo considera

el padre de la geometría analítica y de la filosofía moderna. En general, hay un acuerdo en pensar que fue uno de los personajes más destacados de la revolución científica.

Descartes comenzó dudando de todo lo que había conocido y aprendido. Sintió fuertemente la necesidad de encontrar un pensamiento del cual "no se pudiese dudar con toda seguridad". Mientras estaba tan involucrado pensando en esta búsqueda, se dio cuenta –tomó conciencia– de que "él estaba pensando en su propia duda". Esto lo iluminó –en términos psicoanalíticos, logró *insight*, o sea una visión interior– y comprendió que si estaba pensando es porque estaba existiendo. De aquí surgió el célebre principio "pienso, luego existo" (*cogito ergo sum*), que viene a constituir un elemento fundamental de una nueva filosofía.

Embarcado en estas investigaciones, agregó el estudio del método de toda investigación científica e inventó "la segmentación metodológica". Una síntesis de este método se reduce a los siguientes pasos: 1) toda investigación debe comenzar por segmentar o separar en partes el objeto que se está estudiando; 2) cada segmentación debe ser estudiada a fondo, y 3) reunir los datos obtenidos de cada una de las investigaciones en una síntesis. Como se ve, el método estipula análisis y síntesis.

Galileo Galilei (Pisa, 15 de febrero de 1564 – Arcetri, 8 de enero de 1642) fue astrónomo, filósofo, matemático y físico fuertemente vinculado con la revolución científica. Se interesó fuertemente en las ciencias y las artes. Entre sus contribuciones están el desarrollo del telescopio y la primera ley del movimiento. Se lo puede considerar como el padre de la astronomía moderna, de la física moderna y de la ciencia en general. Seguramente uno de los aportes más importantes fue la importancia

de la **experimentación** en la investigación científica. Su trabajo experimental es considerado complementario a los escritos de Francis Bacon en el establecimiento del moderno método científico y su carrera científica es complementaria a la de J. Kepler.

Las consecuencias que se fueron dando con estos descubrimientos, seguramente dio lugar al desarrollo de las que hoy conocemos como ciencias duras (la física, la química, etc.) y que tuvieron un auge importante en el pensamiento empirista lógico. Los avances actuales de la ciencia y de la medicina son una muestra de ello.

Tercer momento o período: la ética en la incertidumbre y en el cambio de valores

La posmodernidad

¿Cuándo termina la modernidad? ¿Qué es lo que hace bisagra entre la modernidad y la posmodernidad? H. Küng dice que el paso de la modernidad a la posmodernidad se lo establece demasiado precipitadamente en un breve lapso. Algunos lo hacen comenzar en torno al tiempo de la Primera Guerra Mundial, porque significó para Europa "el derrumbamiento del milenario imperio alemán y del zarismo"... la caída "de los 400 años de estatismo eclesiástico protestante, junto con la moderna teología liberal". Otro de gran importancia es la llegada del hombre a la luna. Pero lo que no se puede dejar de lado en esta consideración son la Segunda Guerra Mundial, el estallido de las bombas atómicas, muy especialmente los campos de concentración y el Holocausto. Parece que estos acontecimientos son fundamentales y fundantes para tomarlos como contexto de justificación de un cambio de era caracterizado por el desconcierto y la incertidumbre. J. P. Sartre escribe sobre la náusea. I. Prigogine escribe "El fin de las certidumbres".

Los valores de la ética

Cuando hablamos de la ética, la entendemos como la disciplina que estudia el comportamiento humano en función de los valores. Aquí, el concepto de valores adquiere una relevancia fundamental. Generalmente, se los piensa en forma polarizada, como lo bueno y lo malo, la verdad y la mentira, la honestidad y la falsedad.

El ser humano tiene una fuerte tendencia a la simplificación clasificando los valores en escalas.

Escalas de valores

a) La **escala de polos opuestos**: La más conocida y más sencilla es la "**escala de polos opuestos**", que ubica a los valores en extremos opuestos; por ejemplo: bueno y malo, fácil y difícil, inocente y culpable.

b) La **escala de valores múltiples**: Una segunda escala de "**valores múltiples**" gradúa la evaluación en extremos opuestos de valores intercalando grados intermedios; esto permite emitir juicios de valor en una forma más proporcionada y más ajustada a la realidad. Esta constituye una gran ventaja pues no obliga a ser totalmente categórico al emitir un juicio y permite manejarse en grados relativos.

c) La **escala de la normalidad**: Esta escala

se centra en la normalidad, o sea en el comportamiento normal. Sabemos que este concepto se basa en la norma estadística, de modo que la evaluación surge de la comparación de conductas en grupos o comunidades. Este sistema evaluatorio es comparado con la campana de Gauss, de modo que los comportamientos de mayor valor ético son los que se pueden ubicar en la zona central de dicha campana.

d) La **escala de valores absolutos**: Es una evaluación que tiene fuertes connotaciones vinculadas con la filosofía escolástica que, quizás, se practique aún en algunas culturas y comunidades cerradas.

Duración o temporalidad de los valores

Los valores pueden ser divididos según su tiempo de duración en los de: a) larga duración, b) corta duración, y c) media duración.

Por ejemplo, un valor de larga duración es emprender una carrera profesional que lleva años de realización; o desarrollar un emprendimiento empresarial. Un valor de corta duración es organizar las vacaciones anuales. Uno de duración media es planificar el dictado de un curso cuatrimestral.

Este criterio de duración de valores tiene importancia para determinar el valor del efecto ético de un comportamiento.

Los valores en función de la personalidad

La personalidad tiene una relación directa sobre la elección y el manejo de los valores que rigen el comportamiento ético. Algunos atribuyen la elección de valores al “libre albedrío” que es un concepto aceptado por algunas corrientes de pensamiento.

Aquí, considero importante señalar el aporte de la escuela psicoanalítica. S. Freud desarrolló la hipótesis de un aparato psíquico que tuvo dos configuraciones diferentes. El primero –conocido como “primera tópica”– constituido por tres niveles psíquicos: consciente, preconsciente e inconsciente, y el segundo esquema de aparato psíquico –que es el que interesa a los fines de este desarrollo– conocido como “segunda tópica” constituido por el yo, el superyo y el ello. El superyo dicta las normas y funciona como un juez interno que diferencia lo bueno de lo malo, lo útil de lo inútil. Según este esquema es el superyo quien elige y administra los valores éticos. Dicho superyo se va formando desde los primeros momentos de la vida por la incorporación psíquica de modelos de comportamientos (patterns o clichés de conducta) aprendidos de los padres y maestros de la infancia, de la escuela, la parroquia y el barrio.

Los valores y la psicopatología

Si los valores están fuertemente relacionados con la personalidad, entonces estarán también determinados con su patología. Entre las personalidades enfermas

encontramos una que se destaca especialmente: es la personalidad de acción. También se la llama *personalidad fáctica*, porque la facticidad es el rasgo más destacado. Las personas que entran dentro de este perfil se caracterizan porque actúan casi impulsivamente. Su accionar no está determinado por meditaciones profundas y prolongadas. Se guían por una serie de decisiones rápidas de aciertos o errores guiados más por el azar que por la reflexión. Su humor se maneja en la bipolaridad que va de la elación a la depresión. Su ética está determinada por valores de corta duración; por ejemplo, abordan emprendimientos de resultados rápidos. Por lo tanto, pueden lograr éxitos rápidos que suelen ser seguidos de fracasos dolorosos.

Otra personalidad es aquella cuyo su funcionamiento psíquico se desarrolla con una tendencia a la introversión. Todo proyecto es meditado detenidamente insumiendo un tiempo importante. Por lo tanto –dado el gasto psíquico– tiene una fuerte tendencia a manejarse con valores de larga duración.

Una tercera tipología cuyo funcionamiento transcurre entre períodos de gran mentalidad organizativa, con prolijidad en los análisis, que se alternan con otros de gran productividad fáctica. La característica de esta alternancia se evidencia también en una alternancia de valores de larga y de corta duración.

Valores absolutos y valores relativos en ética

La ética es la disciplina que estudia el comportamiento humano en función de los valores de este. Se pueden hacer varios abordajes en el estudio de estos valores; uno de ellos es analizarlos por su carácter **absoluto o relativo**.

Una gran diferencia entre el valor absoluto (o noúmeno como “cosa en sí”, según E. Kant) y el valor relativo (o valor personal o cultural). El término valor absoluto no debe confundirse con su acepción matemática. El valor absoluto tiene este carácter en un sentido filosófico y no debe ser confundido con puntos de vista culturales o individuales. En cambio en lo relativo es más subjetivo y depende más de puntos de vista personales y culturales. Hoy se puede decir que tanto el pensamiento filosófico como la ética vienen evolucionando de valores absolutos hacia valores relativos.

De estos dos conceptos aplicados a la ética puede decirse que surgen dos éticas diferentes: la ética absolutista y la ética relativista.

La ética absolutista

La ética absolutista desarrolla la idea de que una única ética debe ser aplicada a todas las situaciones. Constituye una forma de pensar rígido y no permite adaptaciones

a problemas particulares. Una característica de ella es el “no cambio”. Por supuesto, no acepta otras formas de pensar. Tuvo un gran desarrollo durante toda la Edad Media.

“El Estado soy yo”: la famosa expresión de Luis XIV de Francia sintetiza el contenido esencial del absolutismo, que es un régimen político en el cual una sola persona ejerce el poder total y absoluto sin límites. Esta fue la característica de los gobiernos absolutistas, dictatoriales y totalitarios. La idea es que existe una sola ética que requiere ser aplicada a todas las situaciones sin ningún cambio, ni adaptaciones a problemas particulares. No da ninguna oportunidad a cambios.

En la actualidad se lo suele ver en personas que presentan un fanatismo político ideológico, que tratan de imponer sus ideas a las demás personas y se aferran a la ideología política de un determinado partido. Los mártires de la historia fueron los que pagaron tributos a esta ética absolutista.

Esta ética se da en las personas que presentan un fanatismo a ultranza en las cuestiones que tienen que ver con la moral, con la religión, con la política. A veces el fanatismo aparece también en el manejo de negocios o de instituciones dedicadas a la enseñanza, a la salud, a la empresa, etc.

También se puede observar que este fanatismo ético aparecen en el grupo familiar: relacionados a los problemas de la educación, de la sexualidad, etc.; o en el ejercicio profesional: a la resistencia a introducir cambios relacionados con los nuevos conocimientos científicos.

La ética relativista

Matt Slick, de un Ministerio Protestante de Apologética de Estados Unidos, ha desarrollado el tema. Se conoce como relativismo ético una posición opuesta a la anterior en la que no existen los absolutos morales ni en lo bueno y lo malo. Una categoría del relativismo ético y lo que se conoce como "ética situacional": los condicionamientos de la situación inciden en el marco ético de la evaluación. El relativismo cognitivo sostiene que toda verdad es relativa. Ningún sistema utilizado para determinar la verdad tiene más valor que cualquier otro sistema. Esto postularía la creencia de que el pensamiento racional pueda descubrir y verificar la verdad con carácter absoluto, o sea la "verdad absoluta". Esto significa que puede ser tomado como verdad que el conocimiento puede ser comprobado por cualquier investigador, en cualquier punto de la tierra, siempre que al realizar la prueba se utilice el mismo método de investigación.

Esto lleva a creer que este relativismo es contradictorio. Sin embargo, el relativismo está ganando bastante apoyo en la sociedad moderna.

El éxito de la ciencia va desarrollando cada vez más la idea de que los conoci-

mientos verdaderos se encuentran dentro de la misma ciencia. Lo que fortalece esta idea es que cuando la ciencia no puede responder algo, esta sostiene que la verdad va a ser lograda con el devenir de la investigación.

José M. Barrio Maestre, profesor de la Universidad Complutense de Madrid, dice que el relativismo tiene un origen filosófico, es un concepto que ha ido evolucionando configurándose como un modelo de pensar y de vivir y seguir extendiendo en general y que actúa como si fuera "un reflejo social condicionado". De aquí surge una forma de pensar en la que "todo es relativo".

Con esto se quiere decir que la verdad no es una y única, sino que hay varias verdades. Según un concepto de Edmund Husserl, el filósofo de la fenomenología, esta se trata de una tesis que se autodestruye. Es imposible pensar algo sin tomarlo como verdadero. San Agustín decía que quien desea engañar en el fondo desea ser engañado.

Aristóteles establece como principio fundamental de la lógica al "principio de la no contradicción" que postula que es imposible que dos proposiciones contrarias, sean a la vez verdaderas en el mismo sentido. Sin embargo, posteriormente aparece la lógica dialéctica que postula la importancia de abordar el análisis de las contradicciones, porque las proposiciones suelen contener conceptos de carácter sincrético. El análisis de dicho sincretismo facilita la resolución de las contradicciones contenidas en las proposiciones.

Ética y dialéctica

La palabra **dialéctica** viene del griego *διαλεκτική* (dialektiké) y significa literalmente: *técnica de la conversación*. En latín tiene igual significado. Hoy se la considera una rama de la filosofía cuyo sentido ocupa un área que ha variado importantemente a lo largo de la historia. En sus orígenes se refería a un método de conversación que tenía un contenido de razonamiento lógico.

En Sócrates, el diálogo y la palabra constituyen herramientas para ayudar a pensar a los hombres y poder provocar un cambio o transformación en su pensamiento sin el afán de querer dominarlos. Parece que Sócrates no sabía hacer buenos discursos pero sí sabía preguntar y responder. Esto llegó a constituir un método para filosofar que se lo conoce con el nombre de **mayéutica**. Este es un término griego que significa "dar a luz" ("dar a luz a un nuevo conocimiento") y proviene del hecho de que la madre de Sócrates era comadrona y ayudaba en los partos a nacer los niños. La comparación entre la aparición de un niño y la de una idea es muy clara. La invención de este método del conocimiento se remonta al siglo IV a. C. Sócrates lo utilizaba combinado con la llamada "ironía socrática".

En la dialéctica se considera de mucha importancia a la **contradicción** y Heráclito

fue el primero que le dio un lugar importante. Dijo que la contradicción no paraliza sino que dinamiza. Hay quienes consideran a Heráclito como el "padre de la dialéctica".

Para Platón la dialéctica era el método racional para orientar el conocimiento hacia el mundo de las ideas. Un ejemplo claro de la aplicación del método dialéctico está en sus *Diálogos*. Su finalidad era el conocimiento del Mundo Inteligible y de sus relaciones con las ideas. El objetivo principal era el conocimiento de la Idea de Bien. El concepto de idea era de carácter lógico.

Para Aristóteles toda base filosófica implica un ejercicio dialéctico. Le dio una gran importancia a la demostración refutativa.

Estos antecedentes muestran que el ejercicio de la actividad dialéctica logra justificaciones y pruebas que sólo pueden obtenerse por la confrontación de puntos opuestos.

Este tema ha sido desarrollado por otros filósofos. Aquí interesa mencionar muy especialmente a J. W. F. Hegel que llama "dialéctica" a una concepción filosófica basada en la relación que existe entre: **devenir, contradicción y cambio**.

Hegel ubica esta combinación triádica en cambio del lugar ocupado por los principios de identidad y de no contradicción clásicos. La dialéctica de Hegel propone un desarro-

llo de tres pasos: 1) un primer concepto, llamado **tesis**, se enfrenta con 2) un concepto opuesto, o **antítesis**, que plantea un conflicto con el anterior y que se resuelve en 3) un nuevo concepto originado en los dos anteriores, llamado **síntesis**. Esta síntesis se constituye en una nueva **tesis** que origina el comienzo de un nuevo ciclo. Así este triángulo formado por tesis, antítesis y síntesis adquiere un movimiento que produce un permanente cambio. Según Hegel esto explica el cambio de la Historia. Cuando el desarrollo dialéctico se detiene se producen alienaciones (enajenaciones que son procesos fuera de lo establecido) que cuando quieren envergadura determinan rupturas del sistema (la evolución se torna revolución) y que suelen ser el inicio de un nuevo desarrollo dialéctico.

La dialéctica y la ética en medicina

Cuando se unen la ciencia y la filosofía se crean métodos integrales que combinan la experiencia, la intuición y el sistema de valores éticos. En el quehacer profesional médico se integran una *dialéctica interna* y una *dialéctica externa*.

En la dialéctica interna, el profesional "dialoga consigo mismo" en un diálogo de opuestos contradictorios dentro del marco de sus valores éticos. Aquí la ética individual del mismo se pone en juego primero al realizar el esclarecimiento diagnóstico y luego al tomar las decisiones relativas al tratamiento.

En la dialéctica externa aparecen los problemas intrínsecos de cada una de estas etapas en las que permanentemente se oponen decisiones a tomar tanto en relación con el problema médico propiamente dicho referido a la patología del paciente, como el que incluye a éste como persona,

que además está inmerso en un juego de las relaciones familiares, profesionales y sociales.

Es importante tener presente que toda **reflexión** (tesis) promueve una **oposición** (antítesis) y entonces aparece el momento dialéctico busca llegar a un **acuerdo** (síntesis) y tomar una decisión. Tener esto consciente y practicarlo en forma sistemática constituye una muy buena gimnasia ética y profesional. Es necesario saber que en este movimiento, es importante que se haga la práctica de la autonomía y se ejerza una necesaria libertad acorde con la responsabilidad profesional.

E. Pichón Riviére decía que en la relación psicoterapéutica se da permanentemente una "espiral dialéctica" entre el terapeuta y el paciente. Dicha espiral se establece dentro de cada contacto (o sesión) entre ambos participantes, pero también se desarrolla en el lapso entre contacto y contacto que produce un cambio tanto en el paciente como en el profesional.

Esto puede ser aplicado a la relación médico-paciente –concepto que se puede extender a la relación equipo de salud-paciente– con los tres pasos dialécticos descriptos. Es importante saber que está dialéctica implica un movimiento que se sale de los límites personales y pasa al grupo de trabajo en el que este individuo se desempeña provocando una espiral dialéctica de promoción del comportamiento ético. Este mismo autor desarrolló una teoría que llamó del "cono invertido", ubicando en el vértice del cono un comienzo dialéctico que se va ampliando a medida que la espiral dialéctica va subiendo por las paredes del mismo hasta llegar a la base del mismo, en donde se integraría el conjunto grupal.

Ética de las actitudes operativas en medicina: el abordaje explicativo y el abordaje comprensivo

La relación médico-paciente constituye una experiencia vital insólita por su doble condición: la de ser simétrica en su calidad humana y la de ser asimétrica en su carácter técnico. El médico se ve exigido a efectuar en su tarea, una doble lectura: la de su paciente, en el sentido de lo que a este le acontece, y la de sí mismo, en el sentido de lo que **a él** le acontece en su tarea **con** dicho paciente. Esta doble lectura lo obliga a una disociación instrumental por la cual, por una parte observa a su paciente y, por la otra se observa a sí mismo.

En su actividad, el médico tiene la posibilidad de adoptar dos actitudes con su paciente: la naturalista o la fenomenológica. Estas dos actitudes pueden ser alternantes, o excluyentes. Algunas especialidades médicas son fuertemente naturalistas y otras inevitablemente fenomenológicas.

La operación médica es compleja porque la observación de su paciente se mueve por fases, oscilando entre momentos de captación comprensiva y momentos de elaboración explicativa. El médico trata de "comprender" y "explicarse" el acontecer del paciente: por momentos necesita "comprenderlo" y por momentos necesita "expli-

carse" su padecimiento. "Comprenderlo" es una acción transitiva, mientras que "explicarse" es una acción reflexiva. En el momento comprensivo, comparte con su paciente la convivencia de ese acontecer patológico, mientras que en el momento reflexivo, el médico teoriza y su mente funciona en lo explicativo.

Comprender y explicar son, repito, dos fases que se alternan sucesivamente durante la operación médica. Cada una implica, por parte del médico, una actitud mental diferente: comprensiva una, explicativa la otra.

El abordaje explicativo naturalista

En el caso de las ciencias naturales —o ciencias de la naturaleza— el científico busca explicaciones que determinen las causas que provocan determinados efectos. La explicación es la puesta en palabras de una relación de causa-efecto. El investigador aborda el estudio de estos fenómenos naturales considerando que los hechos que estudia y maneja están constituidos por elementos que configuran acontecimientos, hechos y fenómenos totalmente ajenos al observador científico que los estudia y maneja. Por ejemplo, un ataque epiléptico (efecto) está ocasionado por una disritmia

cerebral (causa). El abordaje naturalista estudia y considera que esta patología es un fenómeno limitado al que lo padece. Esto determina como consecuencia que surjan determinadas operaciones terapéuticas basadas en el esquema de "controlada la causa se resuelve el efecto". El paradigma de este abordaje lo encontramos en las ciencias naturales cuyo mejor ejemplo es la física.

El abordaje comprensivo fenomenológico

Este otro abordaje es más abarcativo. El estudio del paciente aborda los fenómenos patológicos fuertemente vinculados con la personalidad del paciente y sus relaciones con el medio familiar y social en el cual está inmerso. Es más: tiene muy en cuenta la forma en que el paciente se relaciona con el médico y especialmente el vínculo que establecen. Trata de comprender la patología en sus relaciones con toda esta trama. El afecto y la empatía que está en juego en ese sistema de relaciones, y especialmente en la relación médicopaciente, adquiere una particular importancia. Este abordaje hace que estos factores entren a cumplir una función terapéutica.

En el ejemplo del ataque epiléptico un estudio más abarcativo generalmente muestra que esa patología se presenta en una personalidad acompañante que tiene características funcionales que están relacionadas con dicho ataque. Lo que suele verse es que el ataque epiléptico se presenta en una "personalidad epileptoide" cuyo funcionamiento psíquico se caracteriza por oscilaciones que van de la bradipsiquia (lentitud mental) a la taquipsiquia (rapidez mental). Cada uno de estos momentos produce consecuencias acordes. La bradipsiquia se caracteriza por provocar lentitud y una "pegajosidad" en la relación entre el paciente y su interlocutor que produce, casi inevitablemente, un conflicto. Por otra parte, la taquipsiquia que es la consecuencia de la lentitud anterior, se expresa con ataques verbales o personales que llevan a consecuencias sociales.

Con esta problemática, el médico, para cumplir mejor su función necesita comprender al paciente abarcando el tratamiento específico del control de las convulsiones y agregar un cuidado adecuado de su comportamiento en el manejo de sus relaciones familiares y profesionales. Además, prestar una especial atención y cuidado en la relación de empatía entre el médico y el paciente.

Claves éticas en el tratamiento de la salud mental

La Dra. Laura Weiss Roberts es una psiquiatra americana que se ha dedicado a la ética en psicopatología. Ha estudiado los elementos esenciales para desarrollar una ética aplicada a la atención de la salud mental y armado un conjunto de claves éticas para la práctica profesional.

Las habilidades clínicas e interpersonales debieran desarrollarse dentro de un marco de bienestar y solvencia. Inicialmente deberían manifestarse en la solución de un problema ético que va más allá de las guías escritas, leyes y códigos. La formación clínica y, sobre todo si hay una actitud natural favorecedora, permite a los profesionales de la salud mental resolver los problemas incluso con sutilezas y matices para poder ver más allá de lo superficial, las motivaciones ocultas o inconscientes. Estas habilidades -que pueden tornarse en hábitos - llegan a constituir la base de la evaluación de las cuestiones morales y permiten resolver exitosamente los dilemas éticos.

La práctica profesional que realiza el psiquiatra, psicopatólogo, psicólogo o psicoanalista requiere tener en cuenta un conjunto de actitudes y aptitudes internas favorecedoras.

La primera y esencial clave ética, es **desarrollar la habilidad de identificar los perfiles éticos propios de cada tratamiento, especialmente teniendo en cuenta las cualidades éticas propias del paciente** y que intervendrán inevitablemente en la cura del mismo. Esto significa una especial sensibilidad y habilidad para aplicar principios éticos, tales como el respeto por las personas teniendo presentes los principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia. A esto es importante agregar los criterios de verdad y de fidelidad.

Es necesario incluir una franca apreciación por la toma de decisiones alternativas en la praxis que puede ser diferente, por ejemplo en la decisión de hospitalización para una persona mayor con comienzos de enfermedad de Alzheimer, o un adulto con un desorden bipolar, o un joven con el síndrome de Down.

En la atención de la salud mental es importante discernir en un paciente su trayectoria cultural, religiosa o de creencias espirituales, y un cuadro de historia personal con valores a través de los cuales el paciente ha captado o ha comprendido su proceso patológico. Esto es importante especialmente frente a la decisión que debe tomar. En el tratamiento de un adicto,

el profesional debe tener muy en cuenta cuáles son los márgenes de la capacidad de autonomía del paciente.

La segunda clave es la **habilidad para captar como pueden influir tanto la historia personal del paciente y como también el conocimiento que éste posee sobre su padecimiento, en el desarrollo del tratamiento**. En este sentido es importante tener en cuenta en aquellos casos de pacientes que han sido derivados por un colega, la influencia que produce cuando este incluye sus opiniones sobre el diagnóstico y especialmente cuando, por ejemplo, solicita la prescripción de un ansiolítico.

La tercera clave es la **habilidad para identificar las áreas de la propia experiencia clínica y trabajar sin tener en cuenta sus propios límites**. Esto es muy importante porque trabajar fuera de los límites de las propias capacidades terapéuticas seguramente va a significar una atención que estará también fuera de los intereses del paciente equivalente a una especie de abandono de este.

La cuarta clave es la **habilidad de anticipar riesgos éticos en situaciones problemáticas**. Estas situaciones se refieren usualmente un aparente justificativo ético para un uso del poder que asegura la protección del paciente. Por ejemplo, el tratar a un paciente con HIV que no quiere informarlo a su pareja sexual.

La quinta clave es la **habilidad para recabar información requiriendo consultas de adicionales informes** con el objeto de clarificar y resolver el conflicto. Esta cuestión puede incluir la lectura de prácticas clínicas o de guías éticas, o las conversaciones con un supervisor, o buscando consejo que tiene una experiencia especializada o recabando consultas de carácter legal, etc.

La sexta clave es la de **tener cuidados éticos adicionales con el fin de cuidar y proteger la tarea terapéutica**. Esto significa tomar las medidas necesarias como para que tanto el profesional como el paciente tengan la protección física y legal necesaria para llevar a cabo la terapia en condiciones saludables. Es importante tener en cuenta que tanto el paciente como el profesional requieren ser cuidados y protegidos.

Estas claves significan una base ética en la práctica de la enfermedad mental y también en otros campos clínicos de la medicina. Constituyen un conjunto de componentes conductuales que son potencialmente observables y mensurables. Su realización práctica evita errores y consecuencias negativas.

¿Qué rasgos especiales tiene la ética médica?

Se espera que en los médicos se destaquen ciertos rasgos especiales como la **capacitación** científica, la **identificación** con el paciente y la **autonomía** para practicar su profesión.

Capacitación

La formación médica se realiza en un largo período que se mide por años. Por lo tanto, se necesita que logre un alto nivel de capacitación. Caso contrario las consecuencias de su práctica pueden ser fatales. Esto se complica más si se tiene en cuenta el rápido progreso tanto de los conocimientos médicos como de la tecnología. Los nuevos progresos incluidos los de la ética, obligan a mantener los conocimientos con la mayor actualización para que estén acordes a los cambios del medio social.

Identificación

La identificación con el paciente tanto en su preocupación como en su dolencia y padecimiento es de importancia capital en la práctica médica. Para poder solventar el tratamiento el médico debe desarrollar la capacidad para "ponerse en el lugar del enfermo" y captar emocionalmente –en forma controlada– sus vivencias en relación al sufrimiento, al dolor y al miedo a la

muerte. Esto permite proporcionar una mejor ayuda y lograr una mayor respuesta al tratamiento. Lo que el paciente aprecia como muy importante es cuando percibe que el médico atiende tanto a la persona enferma como a la enfermedad propiamente dicha.

Autonomía

La autonomía del médico, que es su capacidad de autodeterminación, ocupa un valor central en la ética del médico. Esto ha venido cambiando con el transcurso del tiempo. El médico tradicional se manejaba con una amplia autonomía para tomar las decisiones de cómo tratar a sus pacientes, guiándose por un criterio de autoridad paternalista. Esto provocó una cantidad de errores médicos lamentables. Con el progreso de la ciencia y de la ética se ha promovido una evolución de mayor madurez tanto en el pensamiento médico como en la sociedad, la relación de autoridad paternalista de carácter vertical se ha venido transformando en una relación horizontal que lleva a compartir la toma de decisiones y, por lo tanto, la responsabilidad del tratamiento médico. A esto se agrega la aceptación de la autonomía del paciente y la creación, por parte de la sociedad, de organismos que

regulan la actividad médica. También el Juramento Hipocrático que los médicos juran cuando reciben su título y muy especialmente la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial que ha redactado un código que se profesa públicamente como un juramento.

Cada país tiene su propia ética, pero los fundamentos, los códigos aunque varían se aproximan bastante entre sí. Tienen características comunes: el interés por el paciente, la no discriminación por raza, religión, otros derechos humanos, la confidencialidad, el secreto profesional, y la atención de toda persona que está pasando por una emergencia médica.

¿Qué debe respetar la ética médica?

Además de respetar los cuidados y abordajes de la patología del paciente, es fundamental que se respeten los derechos humanos. Los derechos humanos especialmente importantes para la ética médica son *el derecho a la vida, a no ser discriminado, no sufrir tortura ni trato inhumano o degradante, libertad de opinión y expresión, derecho a acceso igualitario a los servicios públicos y en la atención médica.*

¿Quién establece la ética y lo que es ético?

Durante siglos los médicos establecieron sus propias normas de conducta que a medida que iba transcurriendo el tiempo se fueron expresando en los códigos de ética. Luego fueron apareciendo los organismos locales, nacionales y mundiales que intervi-

nieron en la elaboración de dichos códigos. La AMM ha desarrollado una serie de declaraciones éticas sobre las conductas de los médicos en forma general sin tener en cuenta particularidades regionales. Estas particularidades pueden ser de valor diferente según el país en el que son aplicadas. En algunos pueden llegar a tener fuerza de ley.

En la mayoría de los países se han elaborado códigos de ética médica, que han sido elaborados con la participación importante de las sociedades de profesionales médicos. En nuestro país, la Asociación Médica Argentina con la participación especial de la Sociedad de Ética en Medicina –que es pionera en nuestro medio– ha elaborado su propio código de ética para el equipo de salud, incluyendo a todos los profesionales que participan en la atención de la salud: médicos, enfermeros, asistentes, entre otros.

En la actualidad se han desarrollado otras sociedades de ética médica entre las que merece ser nombrada la Comisión Académica de Ética en Medicina –a la que pertenezco– dentro del ámbito de la Academia Nacional de Medicina. Además también es importante referir que prácticamente en todos los hospitales se han constituido los correspondientes Comités de Ética Médica, también promovidos por la Sociedad de Ética Medicina a la que también pertenezco.

La ética de los canacos

Maurice Leenhardt fue un pastor francés, misionero y antropólogo que se especializó en el estudio de la vida de los canacos, un pueblo primitivo de la Melanesia en la Nueva Caledonia. Escribió el libro *Do Kamo* que constituye un estudio interesante de la ética de dicha cultura primitiva. Un elemento clave para entender determinados recelos de la obra de Leenhardt es su condición de misionero protestante. La Melanesia ocupa algunos puntos de la Nueva Guinea. Se ubica en el rosario de archipiélagos que se desgrana y se curva en una línea paralela a las costas de Australia, encerrando de esta manera el Mar de Coral.

El canaco representa un antiguo grupo humano de Nueva Caledonia. La antropología ha demostrado que el caledonio tiene en su estructura física, esqueleto y músculos, detalles que recuerdan a los del hombre de Neanderthal y que son aún más primitivos que los de este hombre de la prehistoria. Su mandíbula cuadrada, sus órbitas, su piel, sus dedos gordos -lo que explica por qué, hoy en día, los canacos patean la pelota de fútbol con los dedos de los pies sin torcérselos - y muchas otras particularidades, han llevado a algunos estudiosos a ver en ellos un grupo distinto de aquel que alcanza al *Homo sapiens*.

Desde el punto de vista cultural, el aislamiento de estos hombres en su isla ha sido lo bastante grande como para que el estudio de su lengua y de sus costumbres ofrezca un interés real.

Es interesante estudiar la forma de pensar del canaco. Si se le preguntaba a alguno de ellos respecto de las opiniones de alguna persona del lugar, contestaba: – *No conozco el vientre por él*. Si el sujeto es un poco más evolucionado puede llegar a decir: – *No conozco el pensamiento por él*. Esto hace pensar que el canaco ubica el pensamiento en el vientre. Si este personaje le preguntara a otro por su pensamiento, la pregunta sería: *¿Cuál es tu vientre?* Por su condición de continente el vientre es el lugar del pensamiento aunque no cumpla ningún papel en la función del pensar. Esto significa que para el canaco, el pensamiento procede de las vísceras.

La pareja y el mundo genético

Existe una fuerte similitud entre la mujer que da a luz y la tierra fecunda. Esta cualidad le da a la mujer un valor de fecundidad que es comparada con la de los cultivos. Parece ser que es la costumbre de muchos pueblos del mundo, y confirma la idea de

que esta comparación está bien fundada.

Surge una pregunta que es: si los canacos habrán atribuido al valor de fecundidad acordado a la mujer solamente o la habrán extendido a la pareja. Parece ser que el melanesio ignora el papel esencial del hombre en la tradición de la vida. Esto hace pensar que el canaco considera que la mujer no es para el hombre sino para el niño: "crear y criar al niño". Los esposos no conocen la consecuencia de su unión que es la procreación, pero sí conocen como consecuencia general que es la transformación psíquica y psicológica de ambos. Se deduce que la mujer casada está preparada para recibir "las semillas" de los niños a nacer. El esposo brinda un compañerismo y una protección profunda por la esposa. Toma parte de todas las penurias durante el parto incluidos en la categoría de los ritos de la *couvade*.

La noción de expiación de la culpa

Uno de los indicios más generalizados de las costumbres religiosas que se estudió en los polinesios es el desarrollo de este concepto: la expiación de la culpa se reduce a una devolución del mal a su lugar de origen, que puede ser un transporte mítico o figurado. En casos de incesto, la gente horrorizada abandona el lugar y se van a vivir lejos, dejando a los incestuosos continuar su vida allí donde estén. Parece ser que consideran que ni el suelo ni el hábitat han sido contaminados pero sí que el orden del mundo ha sido perturbado. "No hay más espacio" porque el mal lo ha ocupado. Es necesario escapar de él.

El acto y el compromiso

El discurso del canaco es tan sobrio que se enriquece con la palabra actuada –o sea, transformada en acción–. Parece que no hay distancia entre palabra y acto. La acción está comprometida desde el momento mismo en que es pronunciada la palabra que la implica. Cuando ocurre una mala acción, la expresión que la señala es: – *Un hombre ha hecho una palabra mala*. Esto da a entender que se están tomando medidas para ajustar la cuenta de esa acción. El adulterio está ubicado dentro de esta calificación y es señalado por un predicado: es un hecho malo. Como la mujer es considerada un bien ajeno, el adulterio es tomado como "algo robado".

El matrimonio mantiene el concepto de "fuente de vida" y conserva una extraordinaria solidez. El comportamiento sexual ocupa un lugar de honor. Las jóvenes madres saben que el comportamiento sexual en el matrimonio es absolutamente sano. El joven melanesio desarrolla la esperanza de conquistar a la joven que, según la tradición, debe ser su mujer. Cuando la mujer se encuentra encinta, el marido ejerce la tarea de crear de un estado psíquico y psicológico "para recibir los genes, enviados por la benevolencia de los antepasados". El marido es el responsable de que el niño se desarrolle con toda felicidad. El casamiento está fundado por un acuerdo social que comporta una responsabilidad. La relación entre los esposos es una disciplina de inspiración colectiva. Un embarazo es el anuncio de la llegada de un niño que es de toda la comunidad: es una alegría para todos. El niño es de todos y su cuidado está complementado por la comunidad.

Ética de la investigación en la práctica médica

La medicina es una ciencia y es un arte. Como ciencia necesita seguir avanzando en los conocimientos. Por lo tanto, el médico ejerce una actividad que implica un ejercicio de permanente investigación y actualización en la información de las investigaciones y progresos que están realizando otros profesionales. Investigación e información constituyen dos pilares del avance de la medicina.

Por esto es esencial un conocimiento básico de los métodos de investigación para lograr una práctica médica actualizada. Además de la búsqueda individual y personal del médico es importante que intervenga en programas de investigación organizados por instituciones científicas como las que funcionan en los hospitales, en los centros médicos o las agrupaciones de profesionales médicos.

El procedimiento más frecuente de investigación para el médico en ejercicio es el ensayo clínico. A esto se agregan los estudios de experimentación clínica en los que se prueban los diversos procedimientos médicos o los fármacos en estudio. Es frecuente que un médico ensaye un nuevo medicamento con su paciente. Esto impone

que lo haga tomando todas las precauciones necesarias. Aquí es cuando se pone en juego la responsabilidad principal del médico que es el cuidado de la salud y el bienestar del paciente, por una parte, y la necesidad –que a veces es imperiosa– de ensayar nuevas técnicas buscando una mayor eficacia.

El principio ético que aquí debe reinar es el de *primum non nocere*. Es decir que de los cuatro principios de la bioética –que son el de: 1) autonomía, 2) beneficencia, 3) no-maleficencia, y 4) justicia– el que importa es el de no maleficencia, que obliga a tomar todos los cuidados necesarios para no provocar daño en el paciente.

Esto implica necesariamente, que existe una situación básica de conflicto –que puede llegar a ser inconsciente– en el ejercicio profesional del médico, porque tiene que enfrentarse siempre con una cuota de incertidumbre en cuanto a las consecuencias del ejercicio de su profesión. Cuando se plantea esta disyuntiva en el médico debe predominar la función de curar (que es la de cuidar) sobre la de investigar (que es la de conocer).

Suelen aparecer algunos conflictos de intereses por que la función de investigar puede ser aplicada a procedimientos que estén vinculados con intereses financieros, generalmente foráneos a la institución médica. En estos casos el interés ético del médico debe centrarse en la salud y el bienestar del paciente. Esto lo impone el Juramento Hipocrático.

En la medida en que el médico comprenda y tenga una idea muy clara de las reglas básicas de la ética de la investigación, no debe tener ningún problema en efectuarla como algo integrado a su práctica profesional.

Durante los siglos XIX y XX médicos notables realizaron experimentos en pacientes como una práctica integrada –y hasta comprometida– en la asistencia médica, sin haber informado previamente a sus enfermos. Se realizaron experimentos de pacientes sin su consentimiento previo. Después de la Segunda Guerra Mundial, estas situaciones fueron revisadas e investigadas. Cuando fue necesario, la investigación llegó a efectuarse exhaustivamente. Algunos médicos fueron juzgados y condenados por el tribunal de Nuremberg (Alemania). De ahí surgió lo que hoy se conoce como el Código de Nuremberg, que está sirviendo como documento básico de la ética de la investigación médica.

Entre los requisitos básicos del Código de Nuremberg, el más importante es el del consentimiento voluntario dado por el paciente que va a tomar parte en la investigación.

En 1947 se creó la Asociación Médica Mundial, cuyos fundadores tomaron medidas para que los médicos conocieran sus obligaciones. En 1954, la AMM adoptó un conjunto de "Principios para los que realizan investigación y experimentación". Estos principios fueron estudiados y revisados durante 10 años y finalmente fueron adoptados como la "Declaración de Helsinki" en 1964. Esta declaración fue posteriormente revisada nuevamente en 1975, 1983, 1989, 1996 y 2000. Constituye un breve resumen de la ética de la investigación.

Posteriormente se han publicado otros documentos sobre la ética de la investigación en general. En 2002 el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, publicó "*The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries*" en el Reino Unido.

Estos principios han sido incorporados por muchos países en las leyes y regulaciones de la profesión médica, especialmente en las organizaciones internacionales.

El médico de cabecera

La medicina del siglo XX, impulsada por el desarrollo científico y técnico, se fue consolidando como una disciplina más resolutive, aunque sin dejar abandonadas las prácticas médicas experimentadas hasta ese momento. Entonces comenzó a ser la medicina basada en evidencia que se apoyaba en un paradigma biologicista basado en componentes biológicos, psicológicos y socioculturales.

El siglo XIX originó un desarrollo muy importante de la medicina basado en el incremento científico y técnico. Esto permitió que la medicina se desarrollara como una disciplina más resolutive, con un criterio basado en la evidencia. Provocó un paradigma predominantemente biológico pero, además, admite y propone modelos de salud - enfermedad relacionados con factores biológicos, psicológicos y socioculturales.

El médico de cabecera

El médico de cabecera o médico de familia ha sido el protagonista de la medicina de comienzos del siglo XX, encargado de la enfermedad y de la curación. Este término se refiere a la persona que efectuaba un tipo de medicina en el que la atención pri-

maria era la práctica necesaria y suficiente, tanto en el medio urbano como en el rural. Era –y sigue siendo– un profesional sanitario que ejerce predominantemente en su consultorio y que va al domicilio del paciente. En los medios rurales suele ser el único facultativo disponible para esta atención.

Su desempeño ha ejercido y sigue ejerciendo, una función muy importante porque la forma de practicar la medicina le permite un conocimiento del paciente que abarca además de su enfermedad, su familia, su profesión su economía, su historia personal tanto familiar como de trabajo, que le da un conocimiento muy abarcativo del "ser humano y sus circunstancias" como dijera Ortega y Gasset. Por lo tanto, esto le permite actuar con un mayor grado de eficacia terapéutica al abarcar en su comprensión, el problema de: 1) la enfermedad; 2) la persona del paciente; 3) sus relaciones con su médico familiar, y 4) las relaciones con su trabajo y su medio social. Es decir, que el médico de cabecera efectúa empíricamente el tratamiento de lo orgánico relacionado con lo psicosocial.

WONCA o *World Organization of Family Doctors*

Este es el nombre corto de la *World Organization of National Colleges, Academies (WONCA) and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians*. Es la organización internacional formada por universidades, academias y asociaciones interesadas en la práctica de la medicina general o medicina de familia. Fue fundada por 18 miembros en el 1972 y hoy integra 120 organizaciones de 99 países.

Actualmente, los socios suman más de 250 000 médicos generales o médicos de familia. La WONCA es una organización afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Valores generales de la atención clínica

Se propone que la atención clínica se desarrolle atendiendo muy especialmente los siguientes valores: 1) la dignidad en el trato con el paciente y sus familiares; 2) la calidad científica, técnica y humana; 3) el compromiso de seguimiento del dolor y del sufrimiento; 4) el mantenimiento y la mejora de habilidades, conocimientos y actitudes de los profesionales, y 5) el uso adecuado de los recursos.

Se busca, de este modo, lograr una atención clínica de calidad que facilite la prestación de servicios según las necesidades de los pacientes.

Valores específicos del médico de atención primaria

Este programa se completa con el desarrollo de los siguientes puntos:

1. El razonable control de la incertidumbre clínica.
 2. El control prudente de los tiempos de atención.
 3. El establecimiento de una relación personal prolongada en el tiempo con el paciente, su familia y su comunidad.
 4. La organización flexible necesaria para garantizar la accesibilidad efectiva a los cuidados necesarios.
 5. La polivalencia en la prestación de cuidados.
 6. El rechazo a la tiranía del diagnóstico.
- Con ello se logra la prestación de cuidados tan cerca del paciente como sea posible y se establece una adecuada escalada en la respuesta a los problemas de salud.

La relación médico - paciente y la acción médica

La acción médica tiene por objeto aplicar los conocimientos científicos, los mejores sentimientos humanos y el arte de curar (curar, significa cuidar) para restablecer la salud alterada por la enfermedad o dolencia en función de la determinación de las causas que alteran la salud y la aplicación de los tratamientos necesarios para prevenir, curar, rehabilitar y también educar al paciente dentro del marco de la ética.

La actitud del médico debe adecuarse al paciente y a las circunstancias en las cuales se da el contacto médico por la relación médico - paciente. Teniendo en cuenta la edad, el estado psíquico, en qué momento y lugar se hace el contacto médico (domicilio, consultorio, hospital, sala de guardia, etc.) y el estado clínico del paciente.

Es importante que en esta evaluación se tengan en cuenta la personalidad, el nivel socioeconómico, el grado de autonomía del paciente en el sentido de si puede tomar decisiones o no, con responsabilidad.

En la relación que se establece en este acto importante que el profesional tenga muy presente que el objetivo es obtener el beneficio de la salud del paciente, su equilibrio emocional y, si es posible, mejorar su calidad de vida.

Jorge Luis Falcón Salazar (Consejo Estatal

de Bioética, México) desarrolló los siguientes deberes y derechos de los pacientes y de los médicos.

Los derechos y deberes de los pacientes

Derechos (de acuerdo con la Asociación Médica Mundial)

- Elegir el médico (esto no es fácil dentro del régimen de la medicina prepaga o de las obras sociales), derecho a la información sobre su enfermedad y dar su consentimiento, que se conoce con el nombre de consentimiento informado, a compartir con el médico las decisiones respecto del tratamiento, a morir con dignidad, a recibir o rehusar apoyo espiritual.

Deberes

- Lealtad y respeto, cumplir con el tratamiento indicado, colaborar en el cumplimiento de normas institucionales, tratar con respeto a enfermeros, otros enfermos y personal del nosocomio, firmar el documento de salida o de no aceptación de tratamiento propuesto, cuidar las instalaciones de unidad sanitaria.

Los derechos y deberes de los médicos

Derechos

- Ejercer su profesión una vez cumplidos

los requisitos legales, recibir trato digno, remuneración justa, intervenir sin autorización en casos de urgencia o emergencia, no prestar servicios en casos especificados por la ley y código de ética, solicitar junta médica en casos que estime pertinente, propiedad intelectual sobre sus trabajos, al buen nombre y honra y al debido proceso y defensa.

Deberes

- Hacer del cuidado del paciente su primera preocupación, tratar a cada paciente gentil y consideradamente, respetar la dignidad y privacidad, respetar su puntos de vista, dar información a los pacientes, respetar el derecho de involucrarse en decisiones sobre su atención, ser honesto y confiable, mantenerse actualizado, reconocer límites de competencia profesional, asegurarse de que sus creencias no afecten el cuidado de su paciente, trabajar con colegas en la forma que mejor sirva a los intereses del paciente.

Responsabilidad médica

El médico incurre en falta de responsabilidad profesional cuando no previene o evita un daño en el paciente o cuando realiza una práctica médica distinta a la que corresponde.

Actualmente la relación médico - paciente es de carácter horizontal a diferencia de la relación autoritaria y paternalista antigua y tradicional. Este equilibrio en la relación entre el profesional y el enfermo se basa especialmente en el principio de autonomía de la bioética, que significa el reconocimiento de la importancia de la autonomía del paciente en el sentido de que le corresponde asumir su parte de la responsabilidad del hecho médico. El uso adecuado de los principios de la bioética disminuye mucho la comisión de errores por negligencia y favorece que el médico adopte una actitud de autocrítica.

El consentimiento informado ofrece la oportunidad de un intercambio importante, sincero y amable entre el médico y el paciente, en el cual el paciente adquiere información sobre su enfermedad y su tratamiento, y el médico logra el equilibrio de la distribución razonable y equitativa de la responsabilidad.

Lección de ética del papa Francisco

Como un homenaje al papa Francisco y un reconocimiento a sus valores éticos, en esta columna repito textualmente las 20 expresiones más importantes dichas en sus discursos pronunciados en Cuba y en Estados Unidos (septiembre de 2015). Estas son sus expresiones:

“1. El poder tecnológico, en manos de ideologías nacionalistas o falsamente universalistas, es capaz de producir tremendas atrocidades.

2. Aún son muchos los graves problemas no resueltos, pero es evidente que si hubiera faltado toda esa actividad internacional (de la ONU), la humanidad podría no haber sobrevivido al uso descontrolado de sus propias potencialidades.

3. La reforma y la adaptación a los tiempos es siempre necesaria, progresando hacia el objetivo último de conceder a todos los países, sin excepción, una participación y una incidencia real y equitativa en las decisiones. Tal necesidad de una mayor equidad, vale especialmente para los cuerpos con efectiva capacidad ejecutiva, como es el caso del Consejo de Seguridad, los organismos financieros y los grupos o mecanismos especialmente creados para afrontar las crisis económicas.

4. Los organismos financieros interna-

cionales han de velar por el desarrollo sustentable de los países y la no sumisión asfixiante de estos a sistemas crediticios.

5. La limitación del poder es una idea implícita en el concepto de derecho.

6. Ningún individuo o grupo humano se puede considerar omnipotente, autorizado a pasar por encima de la dignidad y de los derechos de las otras personas singulares o de sus agrupaciones sociales.

7. El panorama mundial hoy nos presenta, sin embargo, muchos falsos derechos, y –a la vez– grandes sectores indefensos, víctimas más bien de un mal ejercicio del poder.

8. Cualquier daño al ambiente, por tanto, es un daño a la humanidad.

9. El abuso y la destrucción del ambiente, al mismo tiempo, van acompañados por un imparable proceso de exclusión. En efecto, un afán egoísta e ilimitado de poder y de bienestar material lleva tanto a abusar de los recursos materiales disponibles como a excluir a los débiles.

10. El mundo reclama de todos los gobernantes una voluntad efectiva, práctica, constante, de pasos concretos y medidas inmediatas, para preservar y mejorar el ambiente natural y vencer cuanto antes el fenómeno de la exclusión social y económi-

ca, con sus tristes consecuencias de trata de seres humanos, comercio de órganos y tejidos humanos, explotación sexual de niños y niñas, trabajo esclavo, incluyendo la prostitución, tráfico de drogas y de armas, terrorismo y crimen internacional organizado.

11. Los gobernantes han de hacer todo lo posible a fin de que todos puedan tener la mínima base material y espiritual para ejercer su dignidad y para formar y mantener una familia, que es la célula primaria de cualquier desarrollo social.

12. La crisis ecológica, junto con la destrucción de buena parte de la biodiversidad, puede poner en peligro la existencia misma de la especie humana.

13. La guerra es la negación de todos los derechos y una dramática agresión al ambiente.

14. Si se respeta y aplica la Carta de las Naciones Unidas con transparencia y sinceridad, sin segundas intenciones, como un punto de referencia obligatorio de justicia y no como un instrumento para disfrazar intenciones espurias, se alcanzan resultados de paz. Cuando, en cambio, se confunde la norma con un simple instrumento, para utilizar cuando resulta favorable y para eludir cuando no lo es, se abre una verdadera caja de Pandora de fuerzas incontrolables.

15. El reciente acuerdo sobre la cuestión nuclear en una región sensible de Asia y Oriente Medio es una prueba de las posibilidades de la buena voluntad política y del derecho, ejercitados con sinceridad, paciencia y constancia.

16. La dolorosa situación de todo el Oriente Medio, del norte de África y de otros países africanos, donde los cristianos, junto con otros grupos culturales o étnicos e incluso junto con aquella parte de los miembros de la religión mayoritaria que no quiere dejarse

envolver por el odio y la locura, han sido obligados a ser testigos de la destrucción de sus lugares de culto, de su patrimonio cultural y religioso, de sus casas y haberes y han sido puestos en la disyuntiva de huir o de pagar su adhesión al bien y a la paz con la propia vida o con la esclavitud.

17. Sin el reconocimiento de unos límites éticos naturales insalvables y sin la actuación inmediata de aquellos pilares del desarrollo humano integral, el ideal de “salvar las futuras generaciones del flagelo de la guerra” y de “promover el progreso social y un más elevado nivel de vida en una más amplia libertad” corre el riesgo de convertirse en un espejismo inalcanzable o, peor aún, en palabras vacías que sirven de excusa para cualquier abuso y corrupción, o para promover una colonización ideológica a través de la imposición de modelos y estilos de vida anómalos, extraños a la identidad de los pueblos y, en último término, irresponsables.

18. El gaucho Martín Fierro, un clásico de la literatura en mi tierra natal, canta: “Los hermanos sean unidos porque esa es la ley primera. Tengan unión verdadera en cualquier tiempo que sea, porque si entre ellos pelean, los devoran los de afuera”.

19. La medida y el indicador más simple y adecuado del cumplimiento de la nueva agenda para el desarrollo será el acceso efectivo, práctico e inmediato, para todos, a los bienes materiales y espirituales indispensables: vivienda propia, trabajo digno y debidamente remunerado, alimentación adecuada y agua potable; libertad religiosa, y más en general libertad del espíritu y educación.

20. El narcotráfico por su propia dinámica va acompañado de la trata de personas, del lavado de activos, del tráfico de armas, de la explotación infantil y de otras formas de corrupción.”

