

Ética Médica Medical Ethics

Frank Lizaraso Caparó ^{1,a,b,c}, Alfredo Benavides Zúñiga ^{1,d}

¿Por qué la ética es indispensable para el médico?

La ética médica es una disciplina que acompaña al médico a lo largo de su vida profesional. Permite, en su condición de ética aplicada, analizar los problemas éticos para tomar decisiones que utilizan el bagaje de sus valores personales y la conciencia moral que ha adquirido previamente, y puede aplicar desde muy temprano en las aulas universitarias al compaginar sus expectativas vocacionales con sus obligaciones estudiantiles; desde sus primeros contactos con la vida, enfermedad, dolor, muerte y realidades sociales que experimenta en los anfiteatros anatómicos, en los laboratorios experimentales con animales, y luego con los enfermos ⁽¹⁾.

La ética, en su concepto primigenio, analiza las conductas y el comportamiento de las personas y las califica como aceptables o erróneas, a condición de que sean voluntarias y conscientes, expresa, así mismo, la propuesta colectiva de la sociedad. En tanto, la ética médica, en ese mismo sentido, orienta la conducta del profesional médico hacia el acto médico correcto, y propicia el logro de un estándar ideal y de excelencia de las relaciones que debe establecer con los enfermos ⁽²⁾. Por su parte, la deontología médica complementa a la ética médica como un suplemento que se expresa en un código profesional para tipificar, calificar y sancionar los problemas éticos que aparezcan en la relación médico-paciente, en las relaciones de los médicos entre sí y con las instituciones sanitarias. La deontología surge del consenso establecido previamente por los pares y que obliga a los asociados a cumplir como imperativos categóricos de la profesión que inspiran y guían la conducta profesional y que se manifiestan como acciones intencionales ⁽³⁾.

Algo de historia

Probablemente, un primer ejemplo de asistencia relacionada con la salud en la historia de la humanidad se puede achacar a los cuidados que prestaban las mujeres madres, esposas, hijas primitivas para la integridad de los niños y de otros miembros del clan en su rol familiar, el que ejercían mediante el uso de sus manos, al frotar o comprimir los cuerpos o zonas afectadas en su afán de aliviar al enfermo ⁽⁴⁾. La historia de la medicina personifica a quienes de alguna manera eran privilegiados en el manejo de las enfermedades y que fungían como sacerdotes, brujos o chamanes; ellos intervienen como intermediarios entre la persona creyente y el objeto de su adoración, se encargaban de intentar la curación, en la creencia de que esta se producía fuera del dominio del hombre; aunque era evidente que en algunos casos podían entender y manejar las dolencias comprensibles, como en el caso de lesiones y heridas producidas por accidentes traumáticos, heridas de cacería, guerra u otras situaciones; en contraste con la presencia de las enfermedades no comprendidas, que requerían del uso de rituales de una medicina mágica atribuible a malos espíritus o dioses dañinos ⁽⁵⁾.

En Mesopotamia (5 mil años a. C.) se encuentran vestigios de una medicina coherente y práctica, con algunos procedimientos sorprendentemente avanzados para la época, lo que motivó que, durante el reinado de Hammurabi, rey de Babilonia (2000 a. C.), se estableciera una normativa para regular las prácticas de la cirugía, mediante severas sanciones para quienes producían lesiones; esto se puede considerar como una normativa de control de la salud por parte del estado ⁽⁶⁾.

En la historia de la medicina se mencionan algunos indicios relacionados con la denominación de médico, que proviene del latín *medicus*. En griego se adopta el término *medomai*, del mismo significado y luego, adaptado al latín, deriva en el verbo *mederi* 'curar o medicar a una persona' ^(7,8).

1. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

a. Editor de Horizonte Médico.

b. Decano.

c. Doctor en Medicina, Máster con mención en Cirugía Plástica.

d. Secretario de Comité Institucional de Ética e Investigación.

La medicina hipocrática se desarrolla en el núcleo de la cultura griega, en el seno del crecimiento de la filosofía y del conocimiento que surgen en el siglo de Pericles. El proceso duró más de 1000 años; la medicina primitiva griega, vinculada a la mitología, se refería a Asclepio, Esculapio en la versión romana, dios de la medicina, hijo del dios Apolo y de Cronis, prometida de Isquion, a quien Apolo y Artemisa mataron junto con su familia. Arrepentido, Apolo sacó a Asclepio del vientre materno, mediante una cesárea y lo entregó a Quirón, el centauro, quién le enseñó las artes y la medicina ^(4,9).

Los asclepiades, curadores de esta medicina griega primitiva, aplicaban ideas mágico-religiosas que coexistían con prácticas racionales. Hipócrates de Cos (siglo V a. C.) fue un representante de este movimiento, habló de los deberes éticos de los médicos que se plasmaron en lo que se conoce como el Juramento Hipocrático, que se relaciona con la colección de consejos y observaciones médicas acumuladas en el *Corpus Hipocraticum*, una colección de más de 100 textos que aborda de una manera sistemática la descripción y recomendaciones de las enfermedades desde perspectivas naturalistas, ya que no admitía la intervención de fuerzas divinas en la producción de enfermedades ⁽⁴⁾. Por otro lado, en Grecia no había reglamentación alguna para el ejercicio profesional, ni escuelas de medicina, de modo que los jóvenes que deseaban seguir el oficio, debían buscar sus propios mentores para que los aceptaran como aprendices a cambio de una remuneración, con lo que el maestro quedaba obligado a impartir su ciencia y su arte. En Roma, al inicio del Imperio, el ejercicio de la medicina tampoco estaba regulado por el estado, era una actividad particular, que se ejercía en casa de los pacientes o en casas donde reservaban una habitación o bien, en la vía pública. Con la introducción del cristianismo se fundaron los primeros hospitales para pobres con lo que creció en el imperio la conciencia hospitalaria social ⁽⁴⁾. En el Imperio romano (200 a. C.) se regularizan los estudios de medicina en el *Collegium* y a los estudiantes de medicina se les exigía buena conducta; la enseñanza estaba a cargo de gremios de médicos y profesores asalariados por el *Colegium Arcaetri* que exigía la enseñanza al lado del paciente ⁽⁴⁾.

En el siglo V, el médico persa Ishaq ibn Ali al-Ruhawi escribe el primer código de ética médica conocido como "Ética práctica del médico" o "Deontología médica práctica" basado en los trabajos de Hipócrates, Galeno y Muhmmad ibn Zakariya ar-Razi médico, filósofo y erudito que escribió "La conducta del médico". Maimónides, médico y pensador judío, nacido en Córdoba, España, y que ejerció en Egipto, escribe el "Código de Maimónides" que es reconocido por muchos como lo más cercano al ideal de la profesión médica.

En 1620, los peregrinos (pilgrims) procedentes de Inglaterra arribaron a las costas de Massachusetts en los Estados Unidos, iniciaron la colonización y portaban en su bagaje la medicina inglesa con su farmacopea, aunque sin mayor aporte científico, pues no contemplaban un sistema educativo y regulativo definido. Opiniones populares de la época calificaron al médico como "un hombre educado rudamente, desnudo de conocimiento científico, sucio y peligroso, belicoso con el colega y descortés y sin normas regulativas de su profesión" ⁽¹⁰⁾. Para fines del siglo XVIII, el médico inglés sir Thomas Percival recibe, en 1794, el encargo del Royal College of Surgeons, equivalente de un Colegio Médico, de preparar un documento orientado a determinar la conducta profesional de los médicos que laboraban en hospitales e instituciones de caridad de Londres. Este importante documento fue la base de lo que conocimos después como el Medical Ethics, publicado en 1803, que incluyó por vez primera el término ética médica; sin embargo, algunos autores de hoy que consideran que el código de Percival era una normativa que sobreprotege al médico ⁽¹⁰⁾.

En 1815, en Inglaterra se dicta la primera ley que exige una enseñanza formal de medicina y plantea una reglamentación ética de la profesión médica. En 1846, en los Estados Unidos de Norteamérica se funda la American Medical Association (AMA), que en 1847, publica el primer código ético, que luego se perfecciona en el siglo XX, con un enfoque más liberal en su estructura. A partir de entonces, la ética tiene una importancia creciente en la medicina contemporánea, establece como deber primario del médico atender el llamado del enfermo y darle asistencia profesional óptima, guardar discreción y atender los casos difíciles. Además, enumera una lista de los deberes del paciente, establece la prohibición al médico de publicidad, al uso de pócimas secretas y de patentes de medicamentos o instrumentos quirúrgicos, señala el servicio gratuito al colega, la práctica exclusiva de medicina científica y la exclusión de charlatanes. No se puede negar el influjo en la medicina de esa época de los cambios sociales, dentro de un ambiente de libertad, imaginación, independencia y antropocentrismo que produjeron las revoluciones francesa y americana ⁽¹⁰⁾.

A finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX en el mundo, los descubrimientos científicos y la medicina tecnológica fueron espectaculares y revolucionaron los métodos diagnósticos y de tratamiento. Aparecieron con el carácter positivista de la influencia de Auguste Comte y estuvieron orientados, fundamentalmente, a la explotación de la ciencia, y soslayaban de alguna manera los aspectos de la ética y la filosofía que habían servido de base a la ciencia y a la medicina tradicional ⁽¹⁰⁾.

En la era contemporánea, en 1948, la Asociación Médica Mundial (AMM) emite la Declaración de Ginebra, que intenta actualizar el Juramento Hipocrático y crear una base moral para los médicos, sin embargo, tuvo relativamente poca aceptación ⁽¹¹⁾. Ese mismo año se establece el Código Internacional de Ética Médica, que aconseja a los médicos mantener siempre las más altas normas de conducta profesional, mas no solo por motivos de beneficio personal, evitar la autopropaganda, la dependencia a planes de cuidados médicos y la recepción de dinero al margen de los honorarios profesionales correspondientes, usar la prudencia al publicar descubrimientos científicos y en la aplicación de nuevos tratamientos, la obligación de solicitar la ayuda los colegas, de preservar la vida humana desde la concepción, el aborto terapéutico, la conciencia del médico y las leyes nacionales.

La Bioética se establece a fines de la década de los setenta en los Estados Unidos como producto de una serie de situaciones vinculadas con transgresiones éticas en la investigación biomédica que determinaron la aparición del informe Belmont, documento que ha servido de base para su desarrollo y el principialismo bioético, basado en los principios de autonomía, beneficencia y justicia y que fueron complementados con la incorporación del principio de no maleficencia y la generación de la bioética clínica, que se incorpora como una efectiva herramienta para el respeto irrestricto de los derechos humanos. Estos últimos se fundamentan, en gran parte, en el pensamiento pragmático de la medicina norteamericana, con bases filosóficas y religiosas heredadas del conservadurismo luterano de los primeros inmigrantes que poblaron Norteamérica y que se extendieron hasta nuestros días, en espera que las nuevas generaciones puedan establecer las condiciones que permitan implementar comités de ética para la investigación, los comités asistenciales de ética clínica, la aplicación de consentimiento informado, los debates para los problemas relacionados con la sexualidad y reproducción humana, los cuidados al fin de la vida y los cuidados paliativos y a muchos otros temas aún en debate que requieren un esfuerzo adicional para incorporar la bioética en el pensamiento del Sistema Nacional de Salud y, en especial, del médico peruano en su lenguaje universal y en las actitudes individuales y sociales que preconiza ⁽¹²⁾.

La realidad peruana

El Colegio Médico del Perú fue creado en 1964 como una organización jurídica autónoma de derecho público interno para la vigilancia ética, la promoción del desarrollo profesional y el bienestar médico, así como garantizar la atención de salud de calidad y seguridad del paciente. Desde 1969 cuenta con un Código de Ética y Deontología que ha intentado cubrir las expectativas históricas de la medicina mundial. En 2000 y 2007, se realizan las revisiones y adaptaciones al código vigente a través de un análisis sistemático de los problemas que realmente se plantean en la práctica médica en el Perú, que incluyen los nuevos enfoques de la gestión, la incorporación de la bioética en el ámbito profesional, los contrastes de los avances científicos, las actitudes de la comunidad respecto a temas controvertidos, dilemas éticos al inicio y fin de la vida, los alcances y limitaciones de la medicina social, la investigación biomédica y los experimentos en seres humanos; temas que aún no se han definido y que, seguramente, requieren una actitud permanente del Colegio a adoptar nuevas propuestas a los incesantes cambios que la medicina científica y la tecnología, seguramente, modificarán ^(3,13).

La experiencia de los comités ético-deontológicos del Colegio Médico del Perú, por otro lado, han permitido avizorar algunas de las debilidades a las que se exponen los médicos en las nuevas condiciones del ejercicio, y que se expresan a través de las demandas de los pacientes que, generalmente, responden a situaciones relacionadas con malos resultados de procedimientos de diagnóstico y tratamiento realizados por los médicos, a la expedición de certificados médicos deficientes, malas relaciones entre colegas y otras quejas como parte visible que resulta de una relación médico-paciente muchas veces de carácter conflictivo, que se sustentan en una visión negativa que han adquirido los usuarios del sistema de salud público peruano ⁽¹⁴⁾.

En el 2012, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) elabora un informe cuya autora es Karen Hussmann, experta en políticas públicas, temas anticorrupción y estados frágiles sobre los riesgos de la corrupción

en el campo de la salud. El documento titulado "Vulnerabilidades a la corrupción en el Sector Salud: perspectivas de América Latina en los subsistemas para los pobres", señala, de una manera muy explícita, algunos de los factores que propician graves falencias en los sistemas de salud peruano y colombiano. Enfatiza las numerosas causas que debilitan, en especial, la utilidad del sistema peruano, entre las que destacan una serie de actitudes negativas de médicos peruanos en su atención en los servicios públicos, como es el caso de derivar a los pacientes públicos a la práctica privada, inducir a los enfermos a atenderse en sistemas de salud donde la cobertura de seguro de salud no se aplica, como en el caso del Seguro Integral de Salud (SIS) ⁽¹⁵⁾. Así mismo, describe la participación de médicos que ofrecen y/o pagan sobornos con el fin de obtener ventajas para empresas privadas; en el mismo sentido, esta situación se aplica a empleados de organizaciones de la sociedad civil que malversan fondos o recurren a sobornos con el fin de conseguir contratos públicos o con el objeto de incrementar sus ingresos personales. En una participación muchas veces irresponsable de los médicos en los procesos de gestión, estas situaciones terminan en un preocupante incumplimiento de normas éticas, deontológicas y legales que repercuten negativamente en la salud de las comunidades y de la población peruana en general, y reflejan de alguna manera, en el criterio de mucha gente, de que la corrupción es algo "incorrecto", pero no siempre es ilegal. Como resultados de estos procesos irregulares, no es fácil discriminar cuando las falencias o la mala atención que se proporcionan a los enfermos en los sistemas de salud públicos obedezcan a la corrupción o a la ineficiencia con que los médicos prestan la atención, asociados a un financiamiento inadecuado.

En el año 2013, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, se transforma en la Superintendencia de Salud (SUSALUD), cuya finalidad es promover, proteger y defender los derechos de las personas al acceso a los servicios de salud, y supervisa que las prestaciones sean otorgadas con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad, con independencia de quien la financie ⁽¹⁶⁾. La misión de este organismo puede contribuir a la mejoría de la atención en los centros asistenciales públicos; sin embargo, será difícil prever una mejoría significativa en el contexto de los requerimientos de una medicina cada vez más exigente y sofisticada que rebasa las condiciones que pueda brindar el estado al sistema de salud. Otro fenómeno que se ha observado en los últimos años es el aumento de facultades de medicina a nivel nacional, con un incremento rápido y a veces no congruente del número de médicos y de especialistas que se requieren y, sobre todo, que no está relacionado con la capacidad instalada de los puestos de trabajo y de las condiciones que se requieren para ejercer ⁽¹⁷⁾. El Estado deberá ser muy cuidadoso para justificar plenamente los términos necesarios en el número y condiciones requeridas para la formación de los nuevos médicos, tanto en sus aspectos técnico científicos, éticos y de investigación que se precisen en el contexto de las nuevas condiciones del ejercicio profesional.

Es necesario, pues, que las instituciones formadoras de recursos humanos, como dispusieron en sus recomendaciones en el Congreso Peruano de Educación Médica 2006, se reafirmen en que la docencia médica debe asumirse de una manera muy especial, comprometida con el desarrollo social de la comunidad, con respeto por sus valores culturales y sociales. Así mismo, propender a la capacitación los nuevos médicos en el respeto a los derechos de los usuarios de los servicios de salud para que se establezcan estrategias necesarias con el objetivo de lograr que las nuevas generaciones de médicos asuman sus roles como ciudadanos con responsabilidad social ^(18,19). El año 2011, la OMS establece, al referirse al Consenso Global sobre Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina ⁽²⁰⁾, que hay que "hacer bien lo que se debe hacer y rendir cuenta de cómo, por qué y para qué se hace"; como función ineludible en su participación ética en la atención de los pacientes y, sobre todo, tener cuenta el énfasis en la ética social de sus responsabilidades; más allá de establecerse como un acto individual, sino evaluar la envergadura de sus responsabilidades con las necesidades de la población, rendición de cuentas, transparencia, comportamiento ético, respeto a los intereses de las partes, respeto al principio de legalidad, respeto a la normativa internacional de comportamiento y respeto a los derechos humanos más allá de los intereses personales y de éxito profesional personal y contribuir así a colaborar con la salud corporativa de la población ⁽²¹⁾.

En conclusión, es innegable que la formación médica es la base que permitirá a las nuevas generaciones de médicos alcanzar los niveles que se requieren para lograr las capacidades que garanticen un impecable ejercicio profesional que se adapte a las cambiantes condiciones que la medicina del siglo XXI impone, y que requiere, por sobre todo, un enfoque humanista congruente con las exigencias y las expectativas de los pacientes en su contexto individual y en su dimensión social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Girela-López E. Ética en la educación médica. FEM. 2013; 16 (4): 191-195
2. Rojas A, Lara L. ¿Ética, bioética o ética médica? Rev Chil Enferm Respir. 2014;30(2):91-94
3. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología [internet]. Lima: Colegio Médico del Perú; 2007. Disponible en: http://medicina.unmsm.edu.pe/etica/images/Postgrado/Instituto_Etica/Codigo_etica_cmp_OCT-2007.pdf
4. Cárdenas Arévalo Jorge. La Maravillosa Historia de la Medicina [internet]. Trujillo; 2001. p. 172. Disponible en: <https://bit.ly/2CZy00g>
5. Frisancho Velarde O. Concepción mágico-religiosa de la Medicina en la América Prehispánica. Acta Med Per. 2012; 29(2): 121-127
6. Sampedro A, Barbón JJ. Los ojos en el código de hammurabi. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009; 84: 221-222
7. Cárdenas Arévalo Jorge. ÉTICA, DEONTOLOGÍA, BIOÉTICA. El arte de los comportamientos inteligentes [internet]. Trujillo; 2001. p. 80. Disponible en: <https://bit.ly/2CZy00g>
8. Corominas J. Breve Diccionario etimológico de la lengua castellana. 3 ed. Madrid: Gredos,1973. p. 388.
9. Pérez Tamayo R. De la magia primitiva a la moderna. 1a ed. Mexico: Fondo de Cultura Economica; 1997.
10. Fernández de Castro-Peredo H. Ética Médica en la Literatura del Siglo XIX. Gac. Méd. Méx. 2005; 141(4): 323-334
11. Declaración de Ginebra. Adoptada por la 2ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ginebra, Suiza, Septiembre 1948 y enmendada en 1968 Sydney, Venecia y Estocolmo. <https://bit.ly/2OZ1KLw>
12. Escobar Triana J, Aristizábal Tobler C. Los principios en la bioética: fuentes, propuestas y prácticas múltiples. Revista Colombiana de Bioética. 2011; 6:76-109
13. Ortiz Cabanillas P. Acerca del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú: Fundamentos teóricos. Acta Med Per. 2008; 25(1): 46-47
14. Mendoza F Alfonso. La experiencia del Colegio Médico del Perú. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(4):670-75
15. Hussmann K. Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional) [internet]. Centro Regional para America Latina y El Caribe, Panama. 2011. Disponible en: <https://bit.ly/2up4fNn>
16. Perú, Presidencia de la República. Decreto Legislativo N° 1158. Decreto Legislativo que dispone de medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud.
17. Mayta-Tristán P, Cuentas M, Núñez-Vergara M. Responsabilidad de las instituciones ante la proliferación de escuelas de medicina en el Perú. Acta Med Peru. 2016;33(3):178-82
18. Murillo Peña JP. Historia de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina: Esfuerzo y persistencia tras un sueño. Lima: ASPEFAM; 2018. 114 p.
19. Gual A. Responsabilidad Social en la formación de los médicos. Educ Med. 2011; 14 (3):133-135
20. Boelen C, Woollard R. Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. Educ Med. 2011; 14(1): 7-14.
21. Altuzarra R. La enseñanza de la medicina en la era de la globalización. Rev Chil Cir. 2014; 66(1): 11-12.

Correspondencia:

Alfredo Benavides Zúñiga
 Dirección: Calle Toribio Pacheco 257. Miraflores.
 Teléfono: 365 2300 anexo 160
 Correo electrónico: jbenavidesz@usmp.pe

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Frank Lizaraso Caparó  <https://orcid.org/0000-0002-0866-5803>
 Alfredo Benavides Zúñiga  <https://orcid.org/0000-0001-8725-8255>