

En este sentido, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico realmente ha llenado un lugar que estaba vacío; los médicos en un principio la vieron con recelo, pero deben comprobar que acercarse a este organismo es lo profesional, lo moralmente indicado para tratar asuntos que tienen que ver con la vida de los enfermos y la conducta de los médicos. Su peso es mayor, en estas circunstancias, que el de los tribunales, en los cuales en muchas ocasiones se ventilaban los conflictos con legislaciones que no resultaban muy adecuadas.

Las ciencias médicas han tomado el camino de alta velocidad, y nosotros, con la bioética y su legislación, vamos un poquito atrás, de manera que tenemos que acercarnos y participar todos juntos para el bien de todos, especialmente para el propósito de nuestra vocación y de nuestra convicción, y, naturalmente, no faltar a los principios y valores que regulan una mejor conducta en el ser humano.

## **Perspectiva histórica**

### **de los Comités de Ética**

Carlos Viesca

*Para el doctor Viesca, una serie de acontecimientos determina la medicina actual. A partir de ellos, se hace necesaria una reflexión ética que permita evitar, desde el presente, ante la amplia oferta tecnológica, los errores del pasado.*

*Médico cirujano egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM (1960-1965). Es doctor en Historia y Filosofía de la Medicina, y en Antropología Médica, por la UNAM. Tiene el nombramiento de Investigador Nacional Nivel II. Desde 1976 a la fecha ha contribuido a la formación de profesores de Historia y Filosofía de la Medicina, Ética Médica, Antropología Médica, Ética Médica y Filosofía del Conocimiento. Es responsable del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina en la Facultad de Medicina de la UNAM.*

## **Ética e historia de la medicina**

La medicina es la primera actividad profesional que se involucra plenamente con la ética prácticamente desde su nacimiento. La ética en términos filosóficos es un fenómeno occidental; no obstante, en la actualidad hablamos de ética china y ética hindú, que sí existen, por supuesto; pero estamos forzando; contenidos de algo que se deriva en occidente en el siglo V antes de Cristo, alrededor de la figura de Sócrates.

Prácticamente en ese mismo momento, las escuelas médicas que estaban trabajando en Grecia —la de Hipócrates en primer término— tomaron el problema ético como propio, entendiendo que no se podía seguir trabajando profesionalmente ante una cosa tan importante sin tomarla en consideración. Y sobre todo, coincidía con una revolución tecnológica de la medicina.

Si comparamos la tecnología de ese momento con la de hoy en día, veremos que no tenía nada de tecnología, nada de aparatos. La medicina da un giro: ya no depende de la religión ni de la magia, depende de una actividad profesional. Entonces se plantea una responsabilidad profesional. Es el momento en que nace en la cultura occidental la ética profesional médica, y establece: el médico lo que necesita es una responsabilidad, ser responsable de sus actos y no una serie de reglas ciegas, fijas.

De esa época, tenemos el Juramento Hipocrático que proviene del año 420 antes de Cristo, y que marca justamente como da una reglamentación. Inclusive, el Juramento —que tiene una serie de reglas fijas— al término no plantea un castigo para el médico, sino plantea “que la buena suerte lo acompañe”, pero al final todo esto es producto de su propia responsabilidad en un ejercicio profesional. De ahí en adelante, ética y

medicina han caminado juntas.

## **Los comités de ética**

Si todo funcionara lo bien que quisiéramos, sería completamente inútil cualquier organismo de vigilancia. Un organismo de vigilancia se hace necesario en el momento en que las cosas tienen fallas. Y pueden cometerse fallas en dos sentidos: fallas conscientes que hablarían de culpas y que hablarían de delitos en última instancia, y por otro lado, fallas involuntarias. Éstas últimas darían lugar a organismos de naturalezas diferentes: por un lado tendríamos organismos jurídicos, pues siendo la humanidad como es, son indispensables. Y de otro lado, tendríamos organismos regulatorios o conciliatorios que también cumplen un papel de primera magnitud. Conforme la medicina se va complicando su práctica es más difícil, y la misma medicina va creando hacia dentro situaciones de este tipo. Todos los gremios medievales tenían diferentes mecanismos para incorporar a sus socios, para no dejar que sus agremiados cometieran fechorías y para expulsar a los agremiados que no funcionaban, e inclusive impedirles la práctica profesional.

En el siglo XVIII, ya sin gremios tan establecidos, se plantea que un médico que no cumpla con relaciones de etiqueta, —dicen ellos— va a ser tachado por la congregación médica. Por un lado se desarrolla una medicina más técnica. Aparece la medicina científica en el sentido moderno de la palabra. No diría más científica, pues las otras también lo fueron en el sentido del término para sus momentos históricos.

## **Responsabilidad médica**

A mayor capacidad del médico, mayor es su responsabilidad. Si carece de los elementos técnicos para lograr una reanimación cardiopulmonar, todo el paciente que muera por no poder ser reanimado no será responsabilidad del médico; en cambio, si se tiene el equipo técnico y además el médico lo sabe manejar, en ese momento aumentan sus responsabilidades. Este es un ejemplo entre muchísimos. Podríamos hablar desde la evolución de la cirugía hasta la ingeniería científica para llegar a lo más moderno.

Creo que un médico que no mantiene una actitud humanista no es médico, es un técnico en enfermedades, técnico en salud privada, técnico en salud pública, en lo que se le dé la gana, pero no es médico sino no tiene como principio un interés centrado en la persona humana enferma.

Lo interesante es que en las escuela de medicina continuemos formando y preparando médicos de verdad, médicos que tengan como centro el factor humano, no como conocimiento particular, sino como algo que fundamente toda su actividad.

## **La historia de la medicina**

Una forma muy importante de valorar lo que se hace es entender de donde viene. En el momento que aprendemos la historia de la medicina que practicamos, estamos haciendo un diagnóstico situacional de donde estamos, de qué podemos hacer e inclusive, para donde queremos caminar.

¿Por qué el humanismo en medicina? Porque en cierto momento el crear aparatos, disponer de una tecnología desarrollada y muy provechosa, ha alejado al médico del enfermo.

De cierta forma, la historia permite enseñar al estudiante que está próximo a recibirse de médico, que lo primordial es el enfermo, y debemos encontrar, cada quien en lo particular y todos en lo general, la manera de aprovechar y desarrollar esa tecnología,

pero manteniéndonos cerca del paciente. Llenar la tecnología de contenidos de interés humano.

Otro aspecto importante en el desarrollo de la medicina, es que el conocimiento de la historia nos permite poner las bases para los avances futuros, no repetir errores, no repetir experimentos o inventos que ya están dados, y que ya se vieron que funcionan o no; así, fundamos un conocimiento verdadero, un conocimiento preciso, ¿cómo es que podemos seguir avanzando? ¿Qué es lo inmediato que podemos hacer?

En este sentido, tendríamos dos situaciones de la historia de la medicina: por un lado la que se enseña a los estudiantes que van a ser especialistas en la historia de medicina, aquí hablaríamos más de las técnicas de investigación que de criterios de filosofía de la historia, etcétera; y, por otra parte, la historia de la medicina indispensable para cualquier médico independientemente de la especialidad que vaya a desarrollar o que trabaje en la medicina general. En estos casos, el objetivo es que el médico tenga conciencia de cuál es su profesión, ¿cómo es su profesión? y ¿qué puede hacer?

### **Ética, bioética y deontología**

La ética es una rama de la filosofía que cubre la búsqueda del bien en todos los niveles y en todas las instancias. Entonces, la deontología y la bioética son partes de la ética en general.

La deontología médica es un tipo de ética que da reglamentos precisos y normas de conducta para la práctica de la profesión médica. Se distingue de la ética porque no obliga a un razonamiento filosófico por parte de quienes la practican, en cambio les da una serie de recetas: Tú debes de hacer esto. Y se diferencia de lo que sería una norma jurídica porque no tiene una penalización. En el aspecto deontológico se acepta como una responsabilidad propia de acuerdo con la actividad.

La bioética es una propuesta que empezó siendo médica a fines de los años 60 de este siglo (desde el campo de la medicina), y se ha generalizado en otras actividades, planteando que es un tipo de ética enfocada a resolver los problemas relacionados con la vida.

En este sentido, lo que empezó como una forma de ética médica ha crecido, engloba una bioética ecológica, una bioética para la construcción de viviendas humanas, una bioética para el uso de armas nucleares; aspectos diferentes y más amplios en algunas de ellas que permitirían hablar de bioética médica dentro de la bioética.

Ahora, esto tampoco es igual que ética profesional médica, ¿por qué razón? Porque está planteando principios filosóficos o deontológicos nuevos, los que escoja cada corriente en particular relacionados con la ética y con el curso que sigue la vida.

La ética médica debe tomar los planteamientos de la bioética en la actualidad, se orienta a plantear la responsabilidad filosófica en busca del bien paciente, de la medicina y de la práctica médica de acuerdo a una serie de principios filosóficos que pueden manejarse, o deontológicos, de todas las variedades éticas posibles, con un campo muy preciso.

En el Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina pensamos que la enseñanza de la bioética es indispensable. Hay que enseñar bioética médica y ética médica en las escuelas de medicina. Hace cien años había que enseñarles la ética médica de ese momento.

La medicina ha tenido problemas. Cuando se quiso volver ciencia dura —hablamos de 150 años de atraso—, se decidió no ligarla con la filosofía pues se decía que era una

disciplina que le estorbaba, y había razones muy buenas para sostener esta posición, pero con esto se alejaba de la filosofía moral y se perdía esta perspectiva.

Nos encandilamos diciendo que la ciencia no tiene una moral, la ciencia busca el bien de la humanidad y todo lo que sea científico es bueno. Varios años después nos dimos cuenta que la ciencia sí tiene una moral, no es aséptica en términos éticos y se pueden producir aberraciones científicas. Hay que retomar ese camino.

En ese sentido se inscribe otra vez la bioética filosófica y la ética médica filosófica de la enseñanza. ¿Qué se puede lograr? ¿Vamos a convertir en buenos a los malos? Yo creo que no. Pero lo que sí podemos plantear es darle a cada estudiante de medicina los elementos para que razone, para que establezca lo que él considera como principios de bien en su situación profesional, y darle algunos elementos muy concretos en cuanto a cómo manejar eso en su relación con los pacientes.

Se va a buscar el bien del paciente. Correcto. Se va a buscar el bien del médico, también correcto. ¿Cómo hacemos para poder lograr ambos objetivos? Sobre todo viene un problema muy grave: si viviéramos en una sociedad uniforme, estandarizada, ¿realmente tendríamos problemas de carácter ético? Podríamos tener problemas de carácter jurídico. Si todos estamos de acuerdo en que una cosa es buena, hay que hacerla o hay que buscarla. Y el que no la busca puede quedarse simplemente al margen por omisión; o si busca cosas contrarias va a quedar en culpa. Ahí el problema es jurídico.

Pero si tenemos una sociedad plural en donde se debe y se puede coexistir con personas que piensan diferente, que tienen valores distintos y que los viven en forma genuina, entonces tenemos que conciliar posiciones morales de carácter diferente. Ahí tenemos otra de las grandes utilidades y de las necesidades para la ética médica y la bioética en la actualidad.

## **Enseñanza de la bioética**

Los alumnos cada vez se interesan más por la bioética. ¿Qué es lo importante? Que nosotros, los profesores, seamos capaces de explicarles la importancia que reviste esta disciplina en la práctica médica. Si nosotros no lo hacemos, simplemente los alumnos no se interesan.

Lo que hemos notado, —y a lo mejor es porque hemos aprendido ha enseñarles—, es que los estudiantes se interesan cada vez más. Para aumentar ese incentivo tenemos que buscar en primera instancia los intereses percibidos por ellos y trabajar por ahí, plantearles nuevos problemas que despierten sus inquietudes, y sobre todo, hacerles patente que toda la vida profesional que les espera por delante va a estar sembrada de dilemas de este tipo.

Actualmente, los médicos jóvenes en las residencias pierden mucho este sentido. En gran medida se debe a que la generación de profesores jóvenes que tuvieron se educaron en el fantasma de la ciencia escéptica. Después de un tiempo, estos mismos profesores han empezado a darse cuenta de lo que sucede alrededor y cambian de actitud. En los médicos maduros y en los médicos viejos hay una aceptación muy importante y una petición de principio de que esto se promueva.

## **La relación médico-paciente**

En la relación médico-paciente, el problema es de comunicación. No se les dice a los pacientes lo que sean capaces de entender. A qué obedece esta situación, primero, en la currícula de los médicos no se manejan aspectos de comunicación y creo que ya tendría que darse algo; y segundo, que profundizan mucho en los tecnicismos.

Aprenden una serie de palabras que consideran normales y que ellos entienden, pero cuando hablan con una persona que no es médico la comunicación no fluye, el paciente no entiende en su totalidad lo que le dicen. Esto sucede con mayor frecuencia en la medicina institucional que en la medicina privada.

Otras de las razones que motivan esta situación es el manejo de espacios. Cuando un paciente no tiene médico de cabecera la comunicación se pierde. Y cuando un paciente se convierte en un expediente que analizan tres, diez o catorce médicos la comunicación también se pierde.

La segunda situación viene de la tecnificación de la medicina. Se ha creado una imagen en los últimos cien años de que el médico es el que sabe y el paciente es el que ignora. Como el médico sabe todo y sabe lo que le conviene al paciente, toma decisiones sin comunicarlas al enfermo. Esto también es fuente de muchas quejas y de muchos problemas. Conforme nuestra población está más educada va exigiendo que se le tome en cuenta como persona.

### **La tecnología médica y el humanismo**

El hacerse de tecnología contribuye a la deshumanización del médico, el problema principal es no saber manejarla. Conviene utilizarla como una ven-taja. Explorar un tórax hace cien años llevaba tres horas; en la actualidad, uno oye una, dos o tres cositas clave, pide una radiografía y asunto arreglado.

La tecnología nos ofrece la ventaja de que nos libera tiempo, el problema es: ¿para qué usamos ese tiempo? Antes, durante las tres horas que estaba el médico con el paciente, aunque no se diera una relación directa de ser humano a ser humano, había una relación técnica donde uno y otro estaban juntos. Esto permitía tener una sensación de contigüidad.

Ahora mandan al paciente a la radiografía, la radiografía en dos minutos la interpretan. Ese tiempo no se aprovecha para saber que está pasando con el paciente, sino para ver a otro, o para ver a tres enfermos. Yo diría que es mal uso del tiempo y en cierta forma un desperdicio de la tecnología.

Este uso de la tecnología y el decir “no importa lo que sienta el paciente, importa el objetivo, importa que lo podamos curar”, ha deshumanizado definitivamente a la medicina. Éste es un valor a rescatar. ¿De qué manera? Acercando nuevamente al médico y al paciente. Tenemos que dirigir un buen uso de la tecnología para liberar tiempo, para estar más en contacto con el paciente, y para realmente rescatar al ser humano como centro de la intención y del interés de la medicina.

### **Los comités de ética médica**

Los comités de ética se vienen fundando en la última mitad de este siglo, en diferentes momentos. Su origen se centra en el problema de la tecnologización de la medicina. Una gran tecnificación de la medicina produce una deshumanización de la atención médica, una sensación de vacío. Por lado de los pacientes y por el lado de los médicos nos damos cuenta de que hace falta algo. Entonces, lo primero que se plantea es: ¿vamos a hacer comités de ética? ¿Dónde deben trabajar? La respuesta es en centros de atención pero fundamentalmente en instituciones que tengan paralelamente atención e investigación.

Este fenómeno empezó a darse hace treinta años en otros países: Francia y Estados Unidos. En México, el doctor Sepúlveda cuando estaba como director del Consejo Superior de Salubridad, en los ochentas, tomó cartas sobre este asunto y reglamentó que hubiera Comités de Ética en todos los hospitales. Los comités estaban orientados

fundamentalmente hacia la relación investigación-atención. ¿En qué se centró? En que nadie debe ser objeto de investigación si no está enterado de los riesgos y las seguridades que ello implica.

Pero también venía un problema grave: se había hecho un vicio que muchos laboratorios clínicos pedían que se probaran sus sustancias en humanos después de una experimentación normalmente muy seria y muy completa en animales de laboratorio.

Se empezaron a dar casos de experimentos muy irresponsables con seres humanos. Se saltaban muchos de los pasos previos, además de que podían ensayar en países considerados de poca importancia en términos de humanidad, países del tercer mundo por decirlo de alguna manera.

Entonces, parte de esta visión de comités de ética va en este sentido. ¿Cómo podemos proteger a la población que requiere atención médica de los proyectos de investigación indebidos? Con un comité de ética. Si tenemos un comité que valore las situaciones éticas de proyectos de investigación, las cosas van ir mucho mejor, y de hecho van mucho mejor.

Ahora el problema es, ¿cuántos comités de ética integramos? ¿Contamos con los profesionales suficientes que tengan una formación ética adecuada? En general hemos visto que son personas con buena voluntad pero con pocos conocimientos. Algunos empiezan aprender y se han convertido en personas importantes.

También consideramos importante desarrollar y capacitar a más personas en

bioética y en ética médica para trabajar en los hospitales. ¿Quiénes? De entrada pensamos en médicos. Puede entender mejor los problemas de la medicina un médico con formación en filosofía que alguien que no tiene idea de lo que es la profesión. Pero también necesitamos filósofos, ¿por qué razón? Porque el filósofo piensa las cosas de otro modo y nos puede ilustrar en muchas cosas. Requerimos en cierto momento abogados que tengan cursos de filosofía, de medicina. Lo ideal es que los comités de ética sean primero multidisciplinarios, y ojalá se mantuvieran en interdisciplinarios. También habló de incluir profesionales de la salud provenientes de otros sistemas médicos.

Aquí no tenemos demasiado el caso de la acupuntura, pero en la actualidad en otros lugares se está batallando con la norma de salud para la acupuntura. En México tenemos el caso de la homeopatía. La homeopatía es una práctica médica regularizada, legal en México. El homeópata debe también tener voz y voto en un comité de ética cuando participe la atención de esa área; la enfermera, por supuesto; trabajo social, psicología clínica, también.

Habitualmente, un comité es una instancia de carácter normativo consultivo. Debe emitir una opinión, y esa opinión debe ser tomada en cuenta por las autoridades correspondientes para decir sí o no a ciertos procedimientos.

En ciertos momentos hay una situación delegada a que un comité de ética, o un grupo de comités de ética o la Comisión Nacional de Bioética se convierta en un cuerpo normativo. Por ejemplo, actualmente se está trabajando en la Comisión Nacional para establecer un código de ética médica o un código de

Bioética médica. Todavía andan dudando cual de los dos o si los dos. En ese momento se volvería normativo, sin embargo no debe tener ni la capacidad ni la autoridad para imponer criterios.

Otra situación importante es la participación de ministros de diferentes religiones en los Comités de Bioética. Veo que es positivo en cierto sentido ¿En cuál? En que cada uno

de ellos va a defender los intereses de las personas que profesan la religión que representan. En ese sentido está dando una garantía a los feligreses de cierta religión. Ahí tendríamos que buscar que todo comité tuviera la participación de representantes de las religiones de las personas, de los sujetos de ese proyecto de investigación.

El problema que veo es cuando se trate de una religión diferente a la del propio sacerdote, su punto de vista no va a coincidir con el del paciente. Muchas veces no va a plantear el bien del paciente sino a través de un filtro religioso.

Existe otro riesgo: la autoridad que representa un sacerdote, un rabino, o representante de alguna religión en un comité, muchas veces arrastra a los médicos que no están bien formados filosóficamente en la bioética o en la ética, con opiniones que no son las suyas. Se debe buscar que en un Comité de Bioética no exista una autoridad que arrastre a los demás. Si no que exista un rasero de igualdad.

Otro punto importante es que necesitamos una ética y una bioética mexicanas, laicas, plurales, basadas en la tolerancia y en buscar puntos comunes. Pero además, como sesgo final, en beneficio del paciente, pero del paciente dentro de su propio mundo moral.

Tenemos problemas muy serios si hablamos del derecho a morir, a bien morir. En ese sentido, como en una situación humanista nos planteamos el que tenemos derecho a morir como mejor nos convenga humanamente hablando. Aquí se puede plantear un problema, un judío nos podría decir: es que la muerte depende de Dios. Sí, pero bien morir para un judío significa que la muerte le venga de Dios en las mejores condiciones posibles, cosa semejante pondríamos de un católico. Pero un filósofo libre pensador, pienso en Séneca por ejemplo, pues podría tener el pleno derecho de un suicidio, no moralmente reprobable desde el punto de vista de la sociedad, y sin embargo, la educación de los últimos siglos nos está llevando a reprobarlo. Ahí necesitamos un cambio en términos de tolerancia.

Llevamos 16 años enseñando esta disciplina, y muchas otras escuelas y facultades la están introduciendo. Con esto, en primer lugar vamos a tener médicos con una conciencia ética; en segundo, tenemos que crear cursos de posgrado para tener especialistas en ética y bioética médica. La Universidad Anáhuac tiene una maestría, y el próximo mes de marzo la Facultad de Medicina de la UNAM abrirá maestría y doctorado en un programa multidisciplinario junto con la Facultad de Filosofía y Letras, y los institutos de investigaciones jurídicas y biomédicas. Ahí tenemos la esperanza de que se va a formar gente muy capaz; y tercero, y eso creo que se puede hacer urgentemente, es diseñar diplomados dirigidos a las personas que integran los comités de ética.

Creo es urgente hacerlos. De hecho, ojalá esta entrevista sirva para abrir el grupo de la Asociación Mexicana de Profesores de Ética y Bioética Médica.

Con los comités de ética se vive una nueva época en la historia de la medicina. Porque estaríamos partiendo de que antes de llegar a una responsabilidad legal, los médicos debemos procurar resolver los problemas desde una responsabilidad moral que nos permita ser mejores médicos, que nos permita hacer mejor investigación, que nos permita ofrecer una mejor atención a los pacientes, y que nos permita rescatar un humanismo médico válido para el siglo XXI. Con esto, la medicina y la historia tienen que cambiar.

## **El futuro de los comités de ética**

¿Qué va a pasar con los comités de ética en el futuro? No lo sé. Lo terrible es que la mayor parte de ellos no funcionan o sus funciones son muy limitadas a aspectos muy concretos en las instituciones y hospitales donde trabajan. Yo diría dos cosas: Hay que

hacer que funcionen para que realmente se vea su efecto y segundo, hacer que se preparen las personas que figuran en estos comités.

Para que funcionen faltaría que se norme un poco cuál es su actividad. La ley de los ochenta planteó que de haber un comité de bioética que tiene algunas funciones, ¿pero cómo hacemos aterrizar esas funciones en la realidad? Entre las funciones tendríamos: normar y dar juicios de carácter ético profesional y bioético de los proyectos de investigación que se llevan en las instituciones, de la atención que se brinda a los pacientes y de la solución de casos particulares complejos que impliquen decisiones con un peso moral.

## **El código**

El código ético médico debe ser muy breve. Así como el Juramento Hipocrático: página y media, en el que se den las líneas generales de qué buscar. Si nos metemos: artículo 1, y artículo 2 mil 451, nadie va a saber qué pasa.

Lo que se necesita es un código pequeño que plantee: ¿cuál es el papel del médico? ¿Cuáles son las líneas principales de buscar el bien en medicina? ¿Y cuál sería la responsabilidad final del médico en esto? Creo si hacemos códigos y códigos, o un código demasiado grande, no va a servir para nada. Lo van a tener como letra muerta, van a decir, qué maravilla: no sirve para nada.

Algunos códigos sirvieron, algunos se quedaron guardados pero todos tienen una función positiva o negativa si los vemos a los ojos de la historia. Cuando uno no sirvió y sabemos por qué no sirvió es una enseñanza extraordinaria. Cuando uno sirvió, y sirvió mal. Por ejemplo, los médicos nazis. La Alemania nazi hizo códigos de ética muy importantes y los desviaron por la ideología social. También tenemos que aprender de eso.

En cambio, con el código de Nuremberg les fue mal a los nazis. Fue el parteaguas. A partir de aquí —se dijo— ya no se va a experimentar con humanos. Se realizó en función de una serie de juicios que se les hicieron a médicos que practicaban esto.

En la Alemania nazi existía la ley nazi de eutanasia, que a mí me parece realmente abominable. La hicieron basados en un código ético y con un referéndum moral donde votó más del 70% de la población alemana aprobándolo. Este código consistía primero en que había que matar a los locos y a los inútiles; a los defectuosos después, así fue aumentando, y acabaron matando a medio mundo. Pero empieza con los locos y los que tienen defectos congénitos. Ahora, cuando esto se pasa a un plebiscito, y lo aprueba el 70 % de la población, quiere decir que sí les preguntaron a sus familiares, y esto es horroroso.

Un código ético médico no puede realizarse nunca en términos unilaterales. Los implicados directamente son los médicos, pero los médicos frente a la sociedad, no solos. Por otro lado, ¿de dónde viene el impulso? Yo creo que la función de plantear un código ético, bioético debe de ser de la Comisión Nacional de Bioética, sería el lugar preciso. Si lo planteamos en CONAMED que podría ser otra instancia, sería muy interesante, pero tiene el riesgo de que se considere un poquito extra médico, o un poco colateral.

Otra instancia podría ser la Academia Nacional de Medicina a través de su cuerpo de trabajo de ética, pero si hay una Comisión Nacional de Bioética ya están las cosas en su lugar. ¿De quién se tendría que asesorar esta Comisión Nacional? De la CONAMED en primera instancia, de grupos jurídicos importantísimos, de la Academia Nacional de Medicina, de escuelas y facultades de medicina y las grandes sociedades médicas.



Si pensamos por ejemplo en la Sociedad de Ginecología y Obstetricia que tiene cuatro mil socios, pues eso pesa. Hay 50 mil especialistas certificados en nuestro país que están agrupados cada uno en su consejo y esos consejos en una federación y todos estos tienen un aval en la Academia Nacional de Medicina. Se podrían buscar cuerpos colegiados de este tipo, primero para que dieran ideas, después para que hicieran críticas sobre propuestas muy concretas; y el código puede salir rápido.

Soy optimista en términos de la historia. Yo creo que la realidad mexicana actual nos da muchas ventajas. Por un lado tenemos un razonable acceso a la tecnología, por otro tenemos la amenaza de un tratado de libre comercio que abre al país a influencia extranjeras, que yo diría, no hay que asustarnos, hay que sacarles la parte buena.

Entonces, ¿qué podemos hacer? Podemos regresar en cierta forma a un modelo de médico familiar, y no me refiero a la especialidad de medicina familiar, sino a un médico conocido por los enfermos al que se le tenga confianza. Este médico por supuesto no va a resolver todo, pero va a representar un enlace con otras especialidades.

Una medicina de ese tipo puede ser muy interesante. El intento del Seguro Social de atender familias por médico, creo que es muy buena; habría que pulirla y habría que actualizarla. En fin, creo que en estos términos, la historia nos está ofreciendo oportunidades muy interesantes en las que somos responsables de aprovecharlas y de llevarlas a cabo.

## **Voces Conamed**

Ma. del Carmen Dubón Peniche

## **Estudio de caso**

### Antecedentes

Paciente femenino de 93 años de edad, que sufrió caída, lesionándose la cadera del lado izquierdo. Acudió a hospital particular, en donde se integró el diagnóstico de fractura intertrocantérica y se le practicó artroplastía. Durante su estancia en el hospital, presentó sintomatología abdominal que fue resuelta, evolucionando satisfactoriamente, egresando en buenas condiciones.