



La Ética Médica en el Siglo XXI

Doctor Francisco Javier León Correa

Doctor de Filosofía y Letras por la Universidad de Valladolid, España. Magister en Bioética por la Universidad de Santiago de Compostela, Fundador del Grupo de Investigación en Bioética de Galicia y de la Asociación Española de Ética Médica, ha organizado e impartido varios cursos de enseñanza de la Bioética así como 2 Simposio Internacionales, Congresos y Jornadas de Bioética. Ha sido Colaborador Experto de varias Comisiones Nacionales de Bioética en Latinoamérica, Profesor de Licenciatura y Magister de Bioética en la ponencia Universidad Católica de Chile, Universidad Andrés Bello y Universidad Diego Portales. Promotor y Director de la Revista Cuadernos de Bioética y autor de varios libros, capítulos y artículos sobre Bioética.

Buenos días, en primer lugar quiero agradecer la invitación a estar aquí con ustedes y a regresar una vez más a México, para mí muy querido porque hace ya más de 10 años que participé por primera vez en una actividad de la entonces reciente y poco conocida de la Bioética en el Primer Congreso Nacional que se organizó de Bioética aquí en México con el Doctor Velasco Suárez, que en paz descanse, y después he tenido la oportunidad de estar en la UNAM, en otras universidades, en Guadalajara y también en contacto con los grupos de Bioética de León, Gto., de Guadalajara, de aquí de México, de otros sitios y conozco muy bien y tengo muchos amigos personales entre la gente que se han dedicado a desarrollar la Bioética en su país y por eso para mí es un gusto venir a hablar y además venir a hablar en un público que normalmente no es en el que me he movido, soy Doctor en Filosofía, he dirigido un grupo de investigación de Bioética en Galicia donde había juristas pero fundamentalmente eran médicos clínicos, psicólogos, enfermeras que participaron en esa investigación en Bioética desde una perspectiva multidisciplinar, que es fundamental, es esencial en la Bioética. Por eso vengo a hablar en un ámbito del Derecho Médico, del Derecho Sanitario, me parece especialmente importante porque se ha producido en Bioética, algunos dicen una excesiva jurisdicción del ámbito de la ética clínica y de la bioética. Yo digo que no es excesiva todavía, puede empezar a serlo, pero creo que no es muy necesario ver las relaciones entre lo que ha aportado la Bioética y lo que aporta el Derecho Médico, el Derecho Sanitario. Me parece que es fundamental relacionar las dos cosas. En mi exposición no voy a entrar, no es mi materia y después habrá ponentes muy calificados del Derecho Médico. Me voy a mantener más bien en el título elegido para esta presentación que es la Ética Médica en el siglo XXI pero quizás antes de poner la bola de cristal encima y empezar a averiguar que nos va a deparar el Siglo XXI. Creo que no es función de la filosofía pero a veces se nos pide a los filósofos que seamos como un poco quirománticos.

Creo que antes de empezar a hablar del futuro, que sí me gustaría por lo menos hablar de cuáles son las líneas que pienso pueden tener más importancia, más incidencia, también en los aspectos de regulación jurídica. Antes de eso quería hacer una breve historia, qué es lo que ha sido la ética médica. Ahora me refiero a mi país, a España, después me referiré en conjunto a Europa y Latinoamérica. Si en España a un médico mayor de 55 años, más o menos, se preguntaba qué estudió él en la carrera respecto a la Ética médica diría que había tenido una asignatura de moral médica fundamentalmente basada en una visión a veces desde la moral católica, lo más probable en mi país, basada en una moral general, poco aplicada. Algunos estudios de casuística, de moral casuística referentes a las actividades médicas pero no había un cuerpo de doctrina de ética médica académica. Era más bien una moral profesional vista desde el ámbito de una moral, lo más probable, religiosa y en el ejercicio profesional, la mayor parte de los médicos de esa edad que se formaron en esos años van a tener una visión de la ética médica muy ligada a una moral profesional y muy ligada a un desarrollo de las llamadas virtudes morales del médico. Muy en consonancia, también en una línea, podemos decir, ligado a lo que era moral católica y por otro lado

también una línea de un humanismo médico muy importante en mi país, en España con grandes figuras de la medicina que se basaba fundamentalmente en el maestro quien otorgaba su conocimiento y los conocimientos del arte de la medicina y que a la vez estaba transmitiendo un sentido de vocación en la dedicación a la medicina.

La medicina era un arte, era una vocación y había que regular lo que era la ética médica, había que regularlo y así aparece también en los códigos deontológicos. Los primeros códigos deontológicos se referían fundamentalmente a las virtudes morales de los médicos, al gentleman de los primeros códigos de Percival en Inglaterra, el gentleman, el hombre honorable que se gana la confianza por sus virtudes como persona antes que por sus conocimientos como médico fundamentalmente y quizás esta persona, esos médicos mayores de 55 años se formaron en un aspecto de gran cercanía al paciente, de un paternalismo médico que luego ha sido muy denostado; que yo creo que luego haré alguna diferenciación entre paternalismos; era un paternalismo que tenía una gran confianza del paciente en el médico y además un rol social importante del médico en la sociedad. ¿Qué ocurre después?, si vemos los médicos españoles entre 35 y 55 años, la mayor parte, la gran mayoría de esos médicos, no tuvieron durante la carrera ninguna asignatura de ética profesional, ni de deontología médica, a lo sumo tuvieron una asignatura de medicina legal centrada en aspectos legales, no en aspectos éticos, desaparecieron las asignaturas de moral profesional o moral médica y no se sustituyeron por nada.

En cuanto a la formación médica, se centró en la gran capacitación técnica y científica de esos nuevos médicos, nuevos médicos dentro de unos sistemas de salud masivos para toda la población con equipos sanitarios, ya no el doctor maestro y sus discípulos, más bien el equipo interdisciplinario con el nacimiento de las especialidades, cada vez más especialización en el propio ejercicio profesional y con una visión, podemos decir, del estudiante de medicina que ha visto la serie del doctor por televisión y que valora las salidas profesionales de cardiología, en fin, la vanguardia de la medicina y con una gran capacitación científica, podemos decir, importante pero a la vez excesiva tecnificación de los cuidados de salud. Es el momento en que para la medicina, sobran lo que es la cercanía al paciente, ese paternalismo tradicional del médico y es sustituido por una fría distancia científica y profesional frente al paciente.

En gran parte sigue el paternalismo médico como fundamentación de la relación médico paciente pero es lo que a veces es denominado un paternalismo tecnocientífico, el médico sigue decidiendo porque es el que sabe, no porque es la persona virtuosa en la que uno confía plenamente, sino porque realmente esto de la medicina es muy difícil de entender, muy difícil de comprender, es una ciencia muy desarrollada, muy especializada y únicamente es el médico el que puede saber; por tanto él es el que sigue decidiendo.

En España y yo creo que en la mayor parte de los países de Latinoamérica el que sigue decidiendo en este sector al que me estoy refiriendo, el paciente pero también ya es un médico que a la mejor, estoy hablando de entre 35 y 55 años,

es un médico que a lo largo de su carrera profesional se ha distanciado del paciente, grandes unidades, grandes hospitales pero a la vez empieza a ver cómo en los años 80, sobre todo ya en los 90, se empieza a hablar de Bioética en los hospitales y se empieza a introducir el gran influjo que ha tenido la Bioética, lo hablaré en lo que es la ética clínica y es un médico que empieza a oír hablar de ética clínica, de bioética, de humanización de la atención de salud, de calidad en la atención de salud y hay como que 2 posiciones, 2 posturas, podemos decir, en esa generación.

La postura como de rechazo, lo que sirve es la medicina científica que hemos estado haciendo hasta ahora o la reconversión de la actitud profesional de la relación con el paciente, sino tenemos que incorporar a la práctica médica lo que está siendo el gran cambio del modelo asistencial que es la relación médico-paciente centrada en los derechos del paciente. Todavía en los años 80, 90 se hablaba de la enfermera como la defensora de los derechos del paciente frente a los médicos. Porque para los médicos, los derechos del paciente todavía no eran algo a tener en cuenta; claro que luego cambió mucho la situación, se incorpora a la práctica clínica habitual, lo que son la atención de los derechos del paciente, se incorpora también a los códigos de ética médica, los códigos, la revisión del código español y de la mayor parte de los códigos latinoamericanos, incorporan ya no solamente las virtudes morales, deontológicas de los médicos y de la relación entre médicos que era lo que se veía en los primeros códigos, sino que se incorpora ya un capítulo que habla de derechos del paciente y por tanto deberes de los médicos; es decir, cómo debe ser la relación del médico no con los otros profesionales médicos sólo sino también con los pacientes. Creo que eso ha sido una labor importante y en gran parte influencia de lo que ha sido el desarrollo de la bioética clínica.

Ahora hablaré un poco más, quizás, de cómo ha influido la bioética pero ¿qué ocurre con la generación más joven, con los médicos actuales menores de 35 años?

Claro los mayores de 35 podemos decir que se han formado en Bioética asistiendo a cursos, haciendo alguna especialización, el que ha podido ir a alguna maestría conformando comités, han sido la gente que realmente han entrado más en los comités, también algunos de los médicos mayores de 55 años pero fundamentalmente ha sido un sector de médicos más jóvenes el que ha entrado y el que se ha formado en Bioética y que realmente ha tenido interés en esos temas y ha observado y ha visto un cambio en la relación médico-paciente en la que se le demandaban muchas más cosas.

¿Qué ocurre con el médico más joven, menor a 35 años, por poner una edad aproximada?

Es un médico que en la mayor parte de nuestros países, ya ha recibido alguna información o alguna formación en Bioética dentro de su carrera. El médico, me refiero también a otros profesionales de la salud, me refiero también a enfermería, psicología, ya han recibido alguna asignatura de Bioética o de ética médica en su carrera profesional, se están incorporando a las currículas de la mayor parte de

los países. Pero también está en un momento, podemos decir, de inicio del ejercicio profesional muy diferente al que había antes ya no cabe actuar con la distancia del paternalismo tecnocientífico, ya se ha cambiado el modelo. Estamos en un modelo de medicina contractual, dicen algunos, realmente no se sabe en qué modelo estamos, al menos en la mayor parte de los países Latinoamericanos, hay unos bandazos muy grandes en varios proyectos de Ley que existen en varios países de Latinoamérica. Se pasa, se intenta pasar de una situación de paternalismo médico a una situación, podemos decir por el lado contrario, de asumir unos modelos externos del ámbito anglosajón fundamentalmente que no tienen nada que ver con la idiosincrasia propia de cada país.

En Chile un proyecto de Ley habla de que las decisiones no son conjuntas entre médico y paciente, no hay un consentimiento informado, se habla de consentimiento informado; es una de las contradicciones del proyecto de ley que espero que no sea ley así ¿No? Pero ya no es un consentimiento informado sino que la decisión es de exclusiva competencia y cito textualmente, exclusiva competencia del paciente. El médico, según este modelo, sería un técnico, un científico que informa y que pone al paciente en condiciones de decidir. Si ese es el modelo apropiado para una sociedad como la chilena o como la española o como cualquier país de Latinoamérica, pienso que no.

Estamos en un modelo de cambio, de asumir un nuevo modelo de relación entre los profesionales de la salud y los pacientes y dentro de ese nuevo modelo ya se ha recibido todo lo que ha aportado la bioética clínica en cuanto a la elaboración de los principios, ahora lo comentaré un poco más, pero ya no nos basta sólo con asumir esos principios; no nos basta solamente con la aplicación de los 4 principios fundamentales: la no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia; es decir, creo que se nos han quedado pequeños; ahora lo comentaré también un poco más. Nos han quedado pequeñas fundamentalmente por una concepción, podemos decir en que hay que fundamentar esos principios pero no basta con unas guías profesionales, nos basta con algo que es muy querido por parte de los médicos pero que tiene un límite que es la seguridad de la actuación profesional basada en guías éticas de actuación, que me digan cómo debo actuar desde fuera y cuando la decisión clínica fundamentalmente es una decisión en conciencia desde adentro, en el caso concreto, entonces hay todo un proceso en estos años, por influencia de la bioética clínica de definir y de establecer cuáles son los derechos de los pacientes, de introducirlo esto en los códigos deontológicos de medicina. Hay también una elaboración de normas, de guías, etc. del paciente, del niño hospitalizado, de lo que hay que hacer en urgencias, lo que hay que hacer en medicina interna, lo que hay que hacer en cuidado intensivos pero podemos decir, ya nos estamos dando cuenta de que no basta con que existan los comités de ética en los hospitales, sino que funcionen, eso es muy importante; pero no basta para resolver los conflictos y los problemas en la ética clínica y la Bioética no está únicamente con una función de bombero apaga fuegos, podemos decir en broma, como de ir solucionando los conflictos que el cambio de la relación médico-paciente y que los conflictos institucionales se están provocando.

Es una ayuda importante en la toma de decisiones en ética clínica y es una ayuda importante para resolver conflictos pero no es la misión fundamental de la Bioética, la misión fundamental de la Bioética clínica hoy en día debe ser cuestionar el modelo. Qué tipo de modelo, de relación médico-paciente queremos. En concreto en cada país, en las circunstancias de cada país.

Por eso el médico joven actual se encuentra con que sigue recibiendo una formación muchas veces basada en ese modelo tecnocientífico puro y duro, ya está incorporando algunos conocimientos de Bioética, a veces muy desligados del resto de lo que se le enseña en la carrera de medicina, es una especie de barniz bioético que se le da pero ya se empieza también a establecer algunas asignaturas que van mas bien a formar al profesional de la medicina precisamente con lo que se va a esperar de él. Ya no se espera únicamente un buen científico, un buen técnico, se espera un buen médico, un médico que consiga hacer una atención de calidad y una atención de calidad requiere de cualidades, ayer se nos hablaba, cualidades de comunicación con el paciente, cualidades de relación de ayuda con el paciente. Estoy impartiendo una asignatura que es ética y relación de ayuda con el profesional y con estudiantes de enfermería y de medicina en Santiago de Chile. Es una asignatura para ellos absolutamente nueva pero que les abre unos horizontes muy amplios; es decir, hoy en día ya no se entiende a un médico que no incorpore también lo que es una ética del cuidado, parecía que era algo exclusivo de la enfermería, lo de la ética del cuidado; es decir, hoy en día no puede haber un buen profesional de la medicina que no sepa de ética del cuidado y que no se vuelva a poner de manifiesto lo que estaba claro en la medicina tradicional de las virtudes del médico, del profesional médico.

Algunos autores hablan de que es necesario volver a una Bioética que ha olvidado hasta ahora el principio de beneficencia porque lo consideraban un principio paternalista, a una Bioética que vuelva a recuperar la beneficencia, ellos hablan de una beneficencia no paternalista, muy bien.

Pero es necesario volver al principio de beneficencia. No nos basta únicamente con una medicina defensiva basada en el principio de no-maleficencia con el código civil y penal y en el principio de justicia con relaciones de derechos y deberes con el paciente que es muy importante también, ni nos basta con una Bioética que asuma el principio de autonomía del paciente en su puesto, en su lugar, sino que necesitamos una Bioética que vuelva a insistir en cuáles son las cualidades, virtudes o valores, llámenlo como quieran porque a veces la palabra virtud tiene una connotación peyorativa, me refiero a la palabra virtual, al concepto de virtud clásico de Aristóteles. Hace falta una formación del médico también en unas virtudes, en unos valores médicos, en una relación de ayuda con el paciente, una relación interpersonal que va más allá de la del mero profesional científico.

¿Cómo hemos recibido la Bioética siendo un invento norteamericano? Lo hemos recibido desde Norteamérica, cómo lo hemos recibido en Europa y en Latinoamérica, en el caso de ustedes también en México.

Creo que ha sido un gran impacto, hemos asumido la interdisciplinariedad de la Bioética como un diálogo entre ciencias empíricas y ciencias humanísticas. Es difícil construir esa interdisciplinariedad. Durante mucho tiempo la Bioética ha sido algo que era exclusivo de los médicos con algún barniz jurídico o exclusivo de los juristas en lo que ha empezado a ser el Derecho Médico, pero que tampoco tenía una relación muy directa con los profesionales clínicos.

Creo que hace falta ese diálogo interdisciplinario y como comentaré más tarde también, no solamente en el ámbito de los profesionales de la salud y del ámbito jurídico, sino también con otros profesionales que hoy en día están plenamente necesitados de formación en Bioética como son todos los economistas que se dedican al ámbito de la salud y como son los políticos que deben regular todo lo que son las políticas de salud.

Muchos de los actuales problemas de la ética clínica no son, de relación médico-paciente, pero muchos son de relación médico-paciente con la institución, con el sistema de salud, con lo que se ha llamado el principio de justicia en cuanto a distribución de los recursos y en cuanto a equidad, en cuanto a igualdad en el acceso a los recursos de salud y en cuanto a los sistemas de salud plenamente justos.

En muchos de los países de Latinoamérica está la gran discusión acerca del Seguro Social, de los sistemas privados, el neoliberalismo que en algún país sí está repartiendo la tarta que existía antes de lo que era una atención pública de salud; en otro países se está repartiendo una tarta inexistente porque no había una buena atención justa en salud que realmente cubriera los criterios mínimos de justicia social, con lo cual se crean toda una serie de problemas que son importantísimos en los que debe entrar la Bioética. Por tanto hace falta llevar la Bioética también a los políticos que van a elaborar las políticas de salud, nos falta llevarlo a los Directivos de las instituciones de salud y a los economistas gestores de las instituciones de salud y hace falta una reflexión también desde la Bioética y esto es un llamado que me gusta realizar a los centros de Bioética, a las asociaciones de Bioética o a las instituciones que tienen que ver, en universidades con la Bioética, a que está muy bien que sigamos desarrollando todo el debate público en torno a los temas generales de Bioética General como puede ser reproducción humana, inicio de la vida, fin de la vida, etc. Pero no podemos dedicarnos solamente a eso ni podemos dedicarnos ya solamente a una ética clínica centrada en el consentimiento del paciente, en la información, en la confidencialidad, en lo que ha sido clásico en la ética clínica.

Tenemos que empezar a desarrollar, cuáles son las prioridades en justicia dentro de la atención de salud ¿Cómo realmente hay una igualdad de acceso a los sistemas de salud, cómo aplicamos los criterios de la justicia social al ámbito de la salud?

Esos son los problemas más serios, más graves a mi parecer. Les pongo un ejemplo concreto: hace unos meses estuve invitado por una Universidad en Montevideo, Uruguay a una reunión interparlamentaria con Diputados y Senadores, con Congresistas y Senadores de las dos Cámaras. Una jornada que me pareció extraordinaria, iniciativa de los propios diputados de formación en Bioética.

Llamaron a expertos, a través de sus Universidades, expertos para que fueran durante un día a explicar a todos los Diputados y Senadores que quisiera temas de Bioética.

Me parece una gran iniciativa que se ha hecho en muy pocos países hasta ahora; en mi país no se ha hecho, en España no se hecho. Tal y como estaba organizada la sesión, se nos pidió a cada uno que elaboráramos un tema. A mi me tocó intervenir al último, que tiene sus ventajas. Ser el primero tiene la ventaja que puede uno decir que a continuación van a hablar de todos los temas de los que uno no ha hablado pero intervenir al último también tiene la ventaja de que uno ha escuchado a todos los anteriores y me tocó escuchar intervenciones muy buenas, extraordinariamente buenas sobre asuntos de genómica, derecho genómico, clonación, etc. Fueron los únicos temas que se tocaron en toda la jornada.

En mi intervención cambié el sentido que iba a dar, bueno, yo no sé, si el problema fundamental, primordial de la salud en Uruguay, ahora mismo, es la clonación humana. Me parece que es muy importante, tenemos que dedicarnos a saber qué van a hacer otros países sobre clonación porque nos va a influir a todos. Pero, es la prioridad de la formación de los políticos uruguayos saber mucho acerca de los aspectos éticos de la clonación o, no sería mucho más importante saber del acceso por igual a los sistemas de salud, qué está pasando con la atención a la salud ¿cuáles son los problemas de justicia éticos que están planteando y cuáles pueden ser las soluciones jurídicas también a esos problemas?

No sé si me seguirán invitando a las reuniones del Comité Interparlamentario, me parece que sí, me parece que sí porque creo que acogieron el mensaje.

Cómo nos ponemos de acuerdo. La Bioética es una interdisciplina, es un debate ético en una sociedad plural basado en la tolerancia, es la elaboración de una teoría de fundamentación también apoyada en principios claros, concretos y si ha tenido éxito como Bioética clínica ha sido precisamente por la aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico; con lo que ha sido una metodología de análisis de casos, metodología en la toma de decisiones clínicas, creación de los comités de ética asistencial, comisiones nacionales de Bioética, es decir, ha tenido una influencia muy clara porque se ha dirigido a un público muy concreto y ha sabido ser eficaz.

Ahora bien ¿Cómo se ha recibido la Bioética norteamericana?

Es decir, no se ha recibido, no tenemos la misma fundamentación en Bioética. El principio de autonomía no es el mismo ni en la Bioética europea ni en la Bioética latinoamericana que en la Bioética anglosajona.

En Europa se ha hablado de un Profesor Diego Gracia, conocido, ha hablado de una distinción de nivel de uno y nivel dos; el nivel uno serían siempre principios de carácter absoluto que no admiten excepciones, al menos así lo entiendo yo, que sería la no maleficencia y la justicia; de un nivel 2 que admite que es relativo, que hay que tener en cuenta, muy en cuenta pero que admite excepcio-

nes y que hay que cumplir hasta donde se pueda lo que es el respeto a la autonomía y la beneficencia.

Creo que eso es fundamental a la hora de aplicar los principios de Bioética al análisis de casos, a la toma de decisiones, etc. Pero también cómo fundamentamos estos principios.

No podemos basarnos y lo comentaré muy brevemente. No podemos basarnos en un esquema en que deja los aspectos económicos al utilitarismo plenamente; lo que ha dado resultado es el liberalismo de mercado y por lo tanto dejemos que la economía siga su rumbo con una ética utilitarista.

En el ámbito político, lo que ha dado resultado es la democracia liberal y por lo tanto basémonos en una ética de consenso de mínimos y dejemos los máximos éticos para el ámbito cultural, privado de cada uno. Allá si los médicos quieren elaborar unos códigos que tengan unos valores más universales pero los médicos se tendrán que atener también en su actuación a lo que la sociedad se imponga con una ética de mínimos pactada.

Creo que una ética de mínimos de puro consenso tampoco resuelve los problemas de una sociedad ética. Una ética utilitarista, menos. La ética utilitarista, yo creo que se está refutando así misma porque no consigue el mayor bien ni la mayor felicidad para el mayor número de personas.

Esto se creía en los años 70, 80 con el desarrollo económico y estamos viendo como puede haber países cada vez más ricos y un número cada vez mayor de pobres en otros países. No es un desarrollo homogéneo que el mercado lo va regulando. En la ética utilitarista, desde mi punto vista, no está siendo eficaz, que es lo que realmente se le pide a la ética utilitarista. A la ética de consenso de mínimos creo que también se está llegando a que la ética es algo puramente procedimental. Creo que es significativo que el propio Habermas que nadie le puede achacar de iusnaturalista ni mucho menos, habla de que la filosofía, la ética tiene que tener una abstención fundamentada en torno a lo que son los máximos éticos y en torno a lo que es una propuesta de vida buena o de felicidad de la persona. De ahí no cabe nada en común, cada uno tiene lo suyo. Y hasta ahora era su postura en todo lo que era el campo de la ética, no hay valores universales, cada uno tiene los suyos. Hay que ponerse de acuerdo en unos mínimos. En el último libro que ha escrito Habermas del futuro de la naturaleza humana y habla de naturaleza humana que me parece significativo hacia una eugenesia liberal. Precisamente todo el problema de la eugenesia le lleva a decir que no, que hay una serie de bienes importantes en la naturaleza que no podemos establecer por mero consenso; dejarlo a un consenso, podemos decir, de la economía de mercado. Si la gente quiere hacer selección del sexo de los hijos, dejémoslos, si la gente quiere hacer clonación y vamos a ir de hecho hacia una sociedad que va a practicar la eugenesia liberal. No impuesta desde el estado pero sí por actuaciones individuales. Creo que es muy significativo esto pero que hay que ir a una ética de consenso por puesto pero no de unos mínimos entendidos como puro establecimiento de votos, por votos. Unos mínimos que tienen que basarse en lo que son los bienes humanos fundamentales básicos a los que

todos podemos acceder por intuición en el Modelo de John Finnis o a través de la teoría de los valores. No entro en esto pero sí hace falta ponerse de acuerdo en cuáles son esos valores en cada sociedad y tenerlos en cuenta a la hora de establecer cualquier legislación en temas de Bioética y cualquier consenso en temas de Bioética porque estamos tocando bienes humanos fundamentales y no podemos dejarlo en manos de una simple evolución del consenso. Gracias.

