

a sus inquietudes, el análisis imparcial de su inconformidad y la resolución justa a sus demandas. Por su parte los médicos, odontólogos, enfermeras, personal de laboratorio y todos los que constituyen el personal de atención médica, ven a la Conamed como un organismo con calidad moral, con capacidad técnica para auxiliar en la resolución justa de las controversias, con apego a los lineamientos legales y éticos que regulan la práctica médica. Esto implica la obligación de que en los casos que se remiten a conciliación, se hagan las cosas bien, con una evaluación médica especializada en cada caso, que determine quién tiene la razón, y que con fundamentación en ese análisis, se cuente con los elementos necesarios que faciliten el proceso de conciliación, con satisfacción tanto de los pacientes y/o sus familiares, así como de los prestadores de servicios de atención médica.

RESULTADOS DE

Operación del Periodo enero-marzo DE 1998

Dr. Héctor Fernández Varela Mejía,

Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Síntesis del Informe de Actividades de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, correspondiente al periodo del 1º de enero al 31 de marzo de 1998, rendido por su titular ante la novena sesión del Consejo de la Conamed, celebrada el 24 de junio del presente año.

La Conamed, mantiene como misión primordial la de contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos, a través de la resolución de los conflictos suscitados entre los usuarios y prestadores de dichos servicios. Para tal efecto, hace uso de sus atribuciones para brindar asesoría e información; recibir, investigar y atender las quejas que se presentan; intervenir en amigable composición para dirimir conflictos; fungir como árbitro pronunciando los laudos que correspondan; elaborar dictámenes médicos y emitir opiniones sobre las quejas de que conozca.

La Dirección General de Orientación y Quejas ha continuado su tarea de ser el primer punto de contacto entre la ciudadanía y esta Comisión. Es un área de claro servicio al público cuya función principal es la de constituirse en una instancia de atención expedita, no sólo en lo que compete a la orientación y a la asesoría, sino también en la aplicación de los procesos que puedan justificar la radicación de la queja manifestada por los usuarios de los servicios médicos y cuando es posible lograr la conciliación en forma inmediata.

Durante este periodo se atendieron un total de 910 asuntos, 397 bajo la modalidad de asesorías, 436 como quejas radicadas y 77 solicitudes de dictámenes médicos.

El número de asesorías brindadas durante este trimestre fue superior en 43.8% respecto a las otorgadas en el mismo periodo del año anterior. Además, es importante destacar que el 33.5% de éstas, se llevaron a cabo por correspondencia, obteniéndose un valioso beneficio para nuestros usuarios, ya que independientemente de la ubicación geográfica de la que provenga la consulta, la Comisión tiene acceso a ellos para ofrecer sus servicios.

Como se mencionó anteriormente y de conformidad con los criterios de admisión, se abrieron 436 expedientes a igual número de promoventes, observándose un incremento del 16.2% sobre las quejas recibidas en el periodo equivalente de 1997.

En la distribución de quejas por institución correspondió al IMSS el 46.7% del total presentado, porcentaje relevante, toda vez que representa un incremento del

19.8% comparado con el mismo periodo del año anterior. En el caso del ISSSTE el número de quejas recibidas disminuyó en 12.6%, aún cuando sigue ocupando

el tercer lugar con 17.4%. Mención especial merecen los asuntos relacionados con la prestación de servicios privados, los que mostraron un incremento del 41%, correspondiendo al 25.9% del total de quejas recibidas en esta Comisión en los meses de enero a marzo.

Las cinco especialidades médicas en las que se registró el mayor número de quejas fueron ginecología, ortopedia, cirugía general, medicina familiar y urgencias.

Los motivos de inconformidad más significativos estuvieron referidos a cirugías innecesarias,

complicaciones postquirúrgicas, resultados no satisfactorios, tratamiento inoportuno, insatisfactorio o con complicaciones secundarias en el mismo, diagnóstico erróneo e inoportuno y deficiente comunicación médico-paciente.

Bajo la vertiente de la Conciliación "A" se resolvieron 103 quejas, (45.1% más que en 1997) de manera inmediata, lo que significó el 23.6% del total recibido; en todas ellas se llevaron a cabo gestiones ante las instituciones prestadoras de los servicios médicos involucrados para lograr una pronta solución a los problemas presentados por los quejosos. Este mecanismo ha sido bien acogido por ellos, ya que de manera extraordinariamente oportuna y eficiente se dirime la controversia,

restableciéndose la confianza entre las partes.

Durante este trimestre la Dirección General de Conciliación recibió 201 quejas (44.6% más que en 1997), que sumadas a las 107 en proceso del año pasado, nos arrojan un total de 308 expedientes.

De los 183 casos resueltos, 99 fueron conciliados; en 50, no fue posible la conciliación; en 14, hubo desistimiento, falta de interés del quejoso o falta de competencia; y 20 pasaron a Arbitraje. La productividad referida al total de asuntos concluidos aumentó en 5.3%, sin embargo cabe destacar que en lo referente a convenios de conciliación, esta modalidad fue superior en 21.3% comparada con el primer trimestre de 1997.

En la Dirección de Coordinación Regional a los 132 casos recibidos en este periodo (20% menos que en 1997) se adicionaron los 170 en proceso del año pasado, con un total de 302 expedientes. El resultado de los asuntos atendidos en esta Dirección refleja un importante incremento en la productividad, en relación al número de asuntos concluidos, del orden del 87.8%; y en lo que toca a convenios de conciliación, del 154.5%. Al cierre del periodo de las 160 quejas concluidas se conciliaron 57 de ellas, 97 no fueron susceptibles de conciliar y 6 se turnaron a Arbitraje.

El juicio arbitral constituye hoy en día una alternativa válida y legal para la resolución de conflictos que aporta beneficios tangibles a las partes en litigio con claras ventajas como son la evaluación por expertos en la materia, la garantía de imparcialidad, la rapidez en la conclusión y su bajo costo económico.

Al 1º de enero de 1998 se encontraban en proceso 39 casos de arbitraje, que adicionados a los 26 admitidos de enero a marzo dan un total de 65. En 1997 el promedio mensual fue de 5.4 casos recibidos, mientras que para 1998 ascendió a 8.6 casos por mes. Al cierre se resolvieron 14 quejas quedando en proceso 51. Las modalidades de conclusión fueron las siguientes: 50% (7) a través de la emisión del laudo, 28% (4) por conciliación, 7.3% (1) desistimiento, sobreseimiento 7.3% (1) y falta de interés 7.3% (1).

Es importante señalar que el 21.5% de los expedientes terminados correspondieron a instituciones públicas y el 78.5% a prestadores de servicios médicos privados. El aumento en las solicitudes de dictámenes médicos

provenientes de las instancias de procuración e impartición de justicia, así como de las contralorías internas y demás autoridades competentes, ha sido significativo. Sólo durante este trimestre se recibieron 77 peticiones (140.6% de incremento), más las 34 que se venían analizando de 1997, el universo de asuntos ascendió a 111. De éstos, se concluyeron 39, quedando en proceso 72.

La trascendencia del trabajo desempeñado en la emisión de dictámenes es relevante, especialmente en lo que compete a las solicitudes de las contralorías, toda vez que estos documentos constituyen la base para determinar la procedencia o no de la responsabilidad administrativa a fincar contra el servidor público involucrado.

Para la consecución de los objetivos de esta Comisión se han venido definiendo estrategias para el mejor cumplimiento de las actividades encomendadas. El orden en que se presentan corresponde al propio proceso de atención de la queja.

Se facilitó la consulta para los usuarios de la Conamed, a través de Lada 800 sin costo, se contrató el sobre con porte pagado con el propósito de que la población del interior de la República tuviera la posibilidad de acceder a los servicios que brinda la Comisión, tanto en la

remisión de su problemática, como en el envío de la documentación solicitada; se orienta a la población que asiste a través de

videos y trípticos de información y, dentro de lo posible, se ha tratado de programar la cita telefónica para la atención inmediata de nuestros usuarios.

Por otra parte, hemos logrado una adecuada disposición de las instituciones de seguridad social con el propósito de obtener una respuesta ágil y oportuna en los

casos de conciliación inmediata, lo que ha derivado en el incremento de la confianza de los usuarios en los servicios que presta el Gobierno Federal.

Tanto para las Direcciones de Conciliación como para Coordinación Regional las estrategias implementadas contemplaron la reorganización de los procedimientos

de atención, definición del nivel de profundidad en el análisis de las quejas, programas de asignación regionalizada y distribución de cargas de trabajo principalmente.

Todas estas acciones relacionadas al cumplimiento de los estándares de servicio definidos por las áreas operativas, incluyen los tiempos de atención que requieren

los diferentes asuntos recibidos.

Es necesario señalar que las Bases de Coordinación firmadas entre la Conamed y el IMSS el 25 de febrero de este año, modificaron esencialmente la estrategia de conciliación seguida durante el arranque de esta Comisión. A partir de esta fecha, los asuntos del IMSS ya no serán conciliados en la Comisión, interviniendo ésta, a petición del derechohabiente en aquellos asuntos en los que no estuviera de acuerdo con la resolución emitida por la Comisión Bipartita del Consejo Técnico, en cuyo caso la Conamed actuará a través de la emisión de una opinión

técnica, misma que tendrá como propósito modificar, ampliar o ratificar el dictamen emitido por el IMSS.

Por otra parte la actividad de verificación está en función directa al número de asuntos desahogados por las áreas sustantivas ya citadas, coadyuvándose en todo momento al cumplimiento de los compromisos pactados y vigilando que éstos se atiendan en las fechas previamente establecidas.

Por lo que toca a los 472 casos concluidos en el trimestre, 263 de ellos se sujetaron al procedimiento de verificación y seguimiento, en virtud de haber sido conciliados en alguna de sus tres variantes (Conciliación "A", Convenio de Conciliación y Contrato de Transacción). A esta última cifra se sumaron los 388 casos en proceso de cumplimiento, por lo que el total de asuntos ascendió a 651.

Al cierre del mes de marzo de 1998, se dieron por cumplidos totalmente 298 casos (45.8%), quedando en vía de cumplimiento 353 (54.2%) expedientes.

De los 263 asuntos conciliados en el trimestre enero-marzo de 1998, en el mismo periodo se atendieron los compromisos de 133 casos (50.6%), quedando pendientes los 130 restantes, equivalentes al 49.4 %. Respecto de los compromisos asumidos en los 263 casos conciliados en el periodo enero-marzo de 1998, cabe aclarar que en su conjunto los compromisos suman 335, dado que en algunos casos, conforme a las pretensiones contenidas en la queja, los prestadores del servicio asumieron más de un compromiso. De los 335 compromisos, 187 (55.8%) ya han sido cumplidos, en tanto que los 148 (44.2%) restantes se encuentran en proceso.

Derivado de la confianza tácita que las partes le conceden a la acción verificadora que ejerce la Conamed, dentro de las estrategias empleadas fue necesario garantizarles seguridad y certeza en cuanto a las consecuencias de derecho que implica su observancia, pues el interés público de que la Conamed cumpla cabalmente con las atribuciones que tiene encomendadas, se vincula de igual manera con el interés social de que el procedimiento de seguimiento repercuta o trascienda realmente en las necesidades colectivas que pretenden satisfacerse.

Finalmente, es importante señalar que el impacto de los resultados conseguidos incluye la aplicación de encuestas de salida, en las que queda reflejado el grado

de satisfacción de los usuarios con los servicios que se proporcionan. Es alentador conocer que el 97% de ellos, reporta un índice de satisfacción excelente en el área de Orientación y Quejas y del 82.1% en Conciliación. Este último índice nos obliga a mejorar el porcentaje obtenido a fin de alcanzar que un número mayor de las personas que acuden a la conciliación consideren que ésta cumplió sus expectativas.

Se instala la Comisión Estatal de Arbitraje del Estado de México

Con la finalidad de solucionar con eficiencia y prontitud las inconformidades generadas en la relación médico paciente, y brindar servicios de calidad a los usuarios mexiquenses, se instaló el pasado 3 de marzo la Comisión Estatal de Arbitraje Médico del Estado de México, cuyo titular es el doctor José Naime Libián. En la ceremonia protocolaria estuvieron presentes el gobernador de la

entidad, licenciado César Camacho Quiroz, el doctor Héctor Fernández Varela, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, y más de 250 personas, entre médicos y miembros de academias e instituciones de salud del país.

En su intervención, el doctor Fernández Varela mostró su beneplácito por la disposición del mandatario mexiquense para la instalación de la Comisión Estatal y auguró que la vigilancia del Consejo asegurará a la población la imparcialidad

y confiabilidad con que serán tratados los casos, siempre con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios médicos en la entidad.

Por su parte, el Comisionado Estatal, doctor José Naime Libián expresó que la instalación de esta instancia ayudará a superar la relación mercantilista entre usuarios y prestadores de servicios, y buscará establecer una relación humana entre estos actores. Calificó la creación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México como un gran aporte a la sociedad.

Esta Comisión Estatal está integrada por un Consejo, un Comisionado y las unidades administrativas que se determinen en su reglamento interior. El Consejo cuenta con seis consejeros presididos por el Comisionado, integrado por 4 personalidades de la sociedad civil, su cargo es honorífico y durarán en él dos años. Los 2 consejeros restantes han sido nombrados por asociaciones médicas de la entidad.

Es importante destacar que en tanto la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México no emita sus propios manuales de procedimientos para la atención y trámite de quejas, se guiará por las disposiciones sobre conciliación aplicadas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y propondrá, en su caso, a pacientes y prestadores de servicios que se sometan al arbitraje de la Conamed.

La bioética y los servicios

MÉDICOS

Los crecientes avances científicos en las ciencias y su aplicación en la atención de las enfermedades, han llevado a la preponderancia de la tecnología en la medicina y a la pérdida de conciencia en cierto momento, de lo que significa el hombre, ante lo cual, la bioética se yergue como una disciplina preocupada por

estudiar la moralidad de la conducta humana en el campo de las ciencias involucradas con la vida, interesada en las cuestiones del nacimiento, de la vida misma, de la muerte; de la problemática moral inmersa en temas como el aborto, la esterilización, la genética, las adicciones, el trasplante de órganos, la sexualidad, la clonación, y la fecundación in vitro, entre otras más.

Conscientes de la importancia que reviste la difusión de esta disciplina, la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM), y la Escuela de Medicina de la Universidad

Anáhuac, organizaron del 27 al 30 de abril el II Curso de Bioética, con la participación de ponentes de reconocida trayectoria en este campo. Entre ellos, los doctores Octaviano Domínguez Márquez, Alberto Amor Villalpando, José Kuthy Porter, Humberto Márquez, y las

doctoras María de la Luz Casas Martínez, Carolina Alvarez de la Cadena, Guadalupe Alvarado Rodríguez y Martha Tarasco Michel.

El curso, organizado por el doctor Oscar Martínez González, coordinador del Departamento de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, contó con la asistencia de médicos deseosos de estar al día en cuanto a bioética se refiere, pero también se observó la participación de un gran número de enfermeras provenientes de otros estados

de la República Mexicana, lo que refleja el creciente interés por conocer más sobre el tema.

El programa del II Curso de Bioética que tuvo como escenario el Campus de la Universidad Anáhuac Poniente contempló temas polémicos, ciertamente, pero también dignos del análisis y la reflexión, tales como Bioética y Sexualidad, Bioética y Procreación, Diagnóstico Prenatal, Clonación, Bioética y Toxicodependencias, Bioética y Demografía, Bioética e Investigación en Menores de Edad, y Enseñanza de la Bioética en las Escuelas de Medicina.

Al término de la conferencia sobre Diagnóstico Prenatal, el doctor José Kuthy Porter, director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, comentó: "Con los avances científicos el diagnóstico prenatal ha mejorado notablemente. En la actualidad se puede conocer de antemano si un niño tiene alguna enfermedad incurable o ciertas deformaciones 'no arreglables' intrauterinamente.

En esos casos quizá la madre desee provocarse el aborto, un acto que se puede practicar, pero es cuestionable si debe hacerse o no. También, continuó, a través de la manipulación genética los padres pueden determinar las características físicas que desean tenga su futuro hijo, esto es técnicamente posible, pero éticamente no es lo adecuado.

Potter, padre de la bioética

El término bioética fue acuñado por vez primera en 1971 por el científico inglés Von Renssolaer Potter del Instituto de Ética Joseph and Rose Kennedy de la Universidad de Georgetown en Washington. Potter en sus investigaciones percibió el inminente peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre los ámbitos del saber, el saber científico y el saber humanístico. El científico señaló que el único camino de solución ante la inminente catástrofe era establecer un puente entre las dos culturas, la científica y la humanística moral, y ese puente era la bioética, una ciencia de la supervivencia que tiene la tarea de enseñar a utilizar el conocimiento en las áreas científico-biológicas.

Por su parte, Elio Sgreccia del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de Roma, apuntó en su libro Manual de Bioética: "esta disciplina puede concebirse como aquella parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos vinculados con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas y biológicas".

Para el doctor Manuel Velasco Suárez, Presidente de la Comisión Nacional Mexicana de Bioética, del análisis reflexivo de los conceptos de biología y ética surgió el término de bioética, cuyo entendimiento y promoción de la persona humana equivale al fomento de la salud, los derechos y valores de la vida en general y la de los enfermos en particular.

Tres definiciones que confluyen en tener como fin utilizar las ciencias biológicas al servicio de la calidad de vida del hombre.

La bioética en México

A 28 años de creado el concepto de bioética, México cuenta con grupos de docentes, investigadores y practicantes de las ciencias de la salud interesados en difundir a través de simposios, mesas redondas, conferencia, cursos y otros eventos, la práctica de esta disciplina en sus diferentes ámbitos laborales, misma que además de cambiar para bien al profesionista, cambia al hombre. "Antes era un oftalmólogo que su hobby era la bioética, ahora soy un bioeticista que su hobby es la oftalmología", comentó el doctor Oscar Martínez González.

Desde siempre, México ha contado con profesionistas médicos con responsabilidad ética, sin embargo, a partir de la aceptación del término bioética como tal, las instituciones de salud han creado Comités que tienen como funciones principales analizar y evaluar la conducta médica. El

doctor Efrén Gutiérrez señaló que el primer Comité de Bioética en el país se creó en 1983

en el Hospital Central Militar, sin embargo el doctor Julio Roldán puntualizó que en el hospital San José de Monterrey, Nuevo León entró un Comité de Ética en funcionamiento desde 1970. En este aspecto, el doctor Kuthy Porter mencionó la necesidad de crear Comités de Bioética en todos los nosocomios, que ayuden desde el punto de vista consultivo a los directivos de los hospitales para implementar normas éticas o para conocer los problemas que pudieran darse en este sentido.

La bioética es un concepto relativamente nuevo, sin embargo las normas deontológicas fueron dadas por el Juramento Hipocrático (400 años a.C.) que contiene los fundamentos del ser y del hacer del médico. Al respecto, la doctora Martha Tarasco Michel, coordinadora editorial de la Revista Medicina y Ética de la Universidad Anáhuac, durante la presentación del tema La persona humana, apuntó que la bioética más que dar una serie de normas brinda una metodología que consiste en confrontar una jerarquía de valores, y deducir si nuestra conducta va de acuerdo con esa jerarquía, si es así debemos proseguir, si no, tenemos que hacer un alto en el camino para analizar nuestro proceder. Esta disciplina existe como un intento de reflexión sistemática acerca de todas las intervenciones del hombre sobre los seres vivos, reflexión que tiene como objetivo específico, identificar los valores y normas que guíen el actuar humano, la intervención de la ciencia y la tecnología en la vida misma y en la biosfera.

El doctor José Kuthy Porter, pionero en bioética en México comentó que ésta ya ha permeado el ámbito nacional no obstante ser una materia prácticamente nueva. Actualmente existen instancias como la Academia Nacional de Medicina, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, y otras instituciones dadas a la tarea de investigar todo lo relacionado con el área de la bioética, sin embargo, apuntó el doctor Kuthy Porter, “lo interesante, sería crear bioeticistas, esto es, personas con conocimientos médicos del sector salud especialistas en bioética que se dediquen a fomentarla y propagarla en otros ámbitos de la sociedad”.

El doctor Martínez González expresó que la bioética es una necesidad en los servicios médicos, pero también es imperativo que forme parte de los planes de estudio de las escuelas de medicina del país. En estos momentos casi nadie habla del tema porque lo desconoce. Por ello es tarea prioritaria difundir los usos y la práctica de la bioética. “Cuando empezamos a hablar de bioética en Monterrey y les pedíamos a los decanos de los hospitales que nos hablaran de sus experiencia bioéticas, nos respondían. ‘Es que yo no tengo autoridad moral para hablar del tema’. Creen que la bioética tiene como tema central la perfección de la gente o la religión y eso no es cierto, afirmó, pues la bioética invita a los médicos a cambiar su actitud frente al paciente, a tener una buena conducta en el acto médico. Esta semilla que vemos ahora pequeña en algún momento florecerá, y seguramente dará nueva cultura de vida, de la medicina y de la atención humanista”.

La humanización de la medicina

El Juramento Hipocrático marcó los paradigmas de la conducta ética de los médicos, que obligaba entre otras cosas a un voto de entrega total a la profesión, dedicación y fidelidad al enfermo buscando hacerle el bien; hacer sólo lo que se sabe hacer; fidelidad al maestro y compromiso de transmitir los conocimientos; tener una conducta honesta con el enfermo, con su familia y con la sociedad, y el secreto médico. Estos principios que se han olvidado por las crisis sociales, económicas, pero sobre todo por la crisis de valores que ha imbuido a la sociedad contemporánea, es fundamental replantearlos a través de la bioética, que pretende no solamente crear un código de derechos y obligaciones, sino hacer de

ella una herramienta para ayudar a los pacientes, desde las ciencias de la salud, para brindarles un trato digno como personas, desde la concepción, hasta el

momento de la muerte.

La bioética pretende nutrir con sus principios y normas al humanismo médico, entendido y expresado fundamentalmente en la relación médico-paciente. Ahí es

donde se concentran y decantan las interacciones sutiles que dan la oportunidad al médico de ayudar en forma amplia y efectiva al ser humano que confía en él para el alivio o curación de su enfermedad. De ahí que en todo momento, el médico deba contemplar, al estar con el paciente, que se encuentra con un ser humano, que más allá de estar afectado por alguna patología, siente, piensa,

sufre, ama, y no convertirlo en un expediente más, en un conjunto de datos sistematizados e interpretados con precisión y complejidad por la informática.

En este punto, el doctor Abdo Bisteni Adem, miembro titular de la Academia Nacional de Medicina comentó la existencia de grandes grupos en la población mundial donde la medicina se ha vuelto un negocio a gran escala, donde los pacientes son cifras. Los enfermos han dejado de ser los señores López o Pérez para ser los números 134 ó 456. Indicó que en México se lucha contra esa

conducta “creo que la bioética está tomando gran relevancia en la facultades y escuelas de medicina, así también en las sociedades y academias médicas. Lo

primordial es que el joven médico vuelva a ver al paciente como hombre y no como una radiografía o una tomografía”.

La deshumanización, como decía el maestro Ignacio Chávez, resaltó el doctor Bisteni, camina a pasos agigantados. La técnica va absorbiendo el quehacer médico. “No es que esté en contra de los avances tecnológicos ni de los grandes adelantos de la medicina, lo que se pretende es que la tecnología sea una herramienta para realizar un mejor diagnóstico, un método para tratamientos, para hacer más efectiva la prevención de enfermedades, tomando en cuenta que a la sociedad médica lo que le interesa es la medicina preventiva. La tecnología debe ser un instrumento para dar un mejor diagnóstico, pero la decisión final la tiene que tomar el médico. Tiene que ser el cerebro que ordene todos los conocimientos. Si no se toman las medidas necesarias la medicina se va a

deshumanizar, y con ello la pérdida de la relación médico paciente que tanto defendemos. No queremos que el paciente llegue a cuestionarse: ¿Quién me atiende? ¿Un hombre o una máquina?”.

En 1992, debido al temor generalizado por el uso que se le daban a los adelantos surgidos de la biología molecular y en particular de la genética, el doctor Federico

Mayor Zaragoza, director de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), decidió crear el Comité Internacional de Bioética (CIB), como un foro libre de intercambio de ideas que estudiara las implicaciones sociales, políticas, culturales, éticas y legales de la investigación sobre el genoma humano y sus aplicaciones.

Estos temores, señaló la doctora Tarasco Michel, están plenamente fundados, pues la sociedad en general es víctima de la deshumanización, que no es otra cosa que la pérdida de conciencia de la grandeza que significa el hombre mismo.

La bioética y los servicios médicos

La cosificación en la práctica médica es una realidad provocada, como se ha mencionado, por la creciente aplicación de innovaciones tecnológicas en el campo de la salud y la socialización de la medicina. Ambas situaciones son barreras que obstaculizan el diálogo entre los médicos y los pacientes, que da como resultado una medicina más gélida.

Para cambiar las actitudes indiferentes de los clínicos (que van más allá de la ética personal, y responden a las normas institucionales) frente a los usuarios que acuden habitualmente a los centros de salud en busca de atención médica que les devuelvan una salud integral, la puesta en marcha de los principios bioéticos se alza como una opción real para generar el cambio, así como para erradicar los obstáculos que impiden la comunicación para acceder a la excelencia en la atención.

En este aspecto, la bioética es una opción para generar una cultura de la vida, de la atención humanística que invita a los médicos a dejar de ser indiferentes con los pacientes, que vean enfermos y no enfermedades, pero, sobre todo, que traten con respeto y dignidad a los pacientes. Es decir, que la persona humana es un sujeto y no un objeto, es reconocer en ella otro igual que yo, un protagonista de la propia vida. En este punto, el doctor Jesús Villalobos Presidente del Comité de Bioética de la Academia Nacional de Medicina, dijo que se intenta que la bioética se entienda a través de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. En donde se establece que una relación adecuada, vía la comunicación entre

médico-paciente es lo ideal. “Si el diálogo mejora entre ambos personajes estamos seguros que las quejas que reciba la Conamed van a disminuir. Una buena comunicación puede evitar errores. Recordemos que la medicina no es una ciencia exacta, está sujeta a problemas de la naturaleza humana, pero si el propio paciente puede comprender lo que es un error, de lo que es una mala práctica de parte del médico, entonces va haber una mejor relación”.

Para acceder al modelo de conducta creado bajo los paradigmas de la bioética, es indispensable retomar algunos de los principios en que subyace la cultura

médica como son la beneficencia, que se identifica con el bien hacer, la bondad de la acción, el amor como caridad; la no maleficencia, evitar el riesgo de provocar daños o aplicar descuidadamente procedimientos inadecuados; la autonomía del médico, del paciente y de sus familiares, que es un derecho que se les debe otorgar siempre y cuando el fin sea el bien del otro, tomando en

cuenta que en este caso el objetivo del médico es brindar salud al enfermo, y finalmente, la justicia, que se refiere a la imparcialidad y claridad que debe prevalecer en la toma de decisiones de los servicios médicos que afectan a los pacientes, al personal o bien a una comunidad.

La bioética en su relación con las diversas instancias médico-biológicas tiene como función principal hacer el bien al hombre, al paciente. La incidencia que esta disciplina pueda tener en los servicios médicos puede ser factor importante para el mejoramiento de los mismos, por lo tanto la práctica ordinaria de los principios bioéticos en los clínicos que laboran en los centros de salud se vuelve tarea insoslayable. Al respecto, el doctor Oscar Martínez González comentó que una persona preparada en el campo de la bioética también lo estará en los servicios médicos. Sería difícil encontrar personas que hablen de principios éticos y no los pongan en práctica, habría incongruencia en su proceder.

Para el doctor Manuel Velasco Suárez, Presidente de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, el personal que labora en los hospitales y en los distintos centros de higiene y asistencia médica que comprende a las instituciones que atienden población abierta, las de seguridad social y los de carácter privado, deben estar bien preparados para brindar atenciones de calidad que ayuden al

fomento de la salud y el cultivo de la vida.

La relación médico-paciente

En este complejo engranaje que son los servicios de salud están involucrados médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, recepcionistas, laboratoristas, químicos y radiólogos, entre otros, sin embargo, por la cercanía e intimidad que se establece, la relación médico paciente es la más importante.

Desde la antigüedad hasta los años recientes el acto médico ha sido paternalista y benevolente. La medicina occidental se ha caracterizado por negar al enfermo

autonomía y capacidad de decisión, nominándolo como un ente pasivo. La bioética deja de lado esta conceptualización y promueve un cambio de actitud, confiriéndole tanto al médico como al paciente una responsabilidad. Una persona que acude a un consultorio no puede abdicar de su condición de sujeto responsable de su propia vida y de su propia existencia, el médico por su parte,

debe situarse como profesional competente, asesor experimentado que busca como objetivo el bien del paciente, y quiere ofrecerle caminos, posibilidades de mejorar la salud, y que por tanto debe reconocer sus propias limitaciones.

La doctora Tarasco Michel mencionó que un buen clínico es aquel que domina las destrezas profesionales. “Creo que nadie por más formación ética que tenga si no domina la práctica médica pueda ejercer adecuadamente su profesión, pueda ver a su paciente como persona y no como entidad patológica. No se tiene que olvidar que el quehacer médico es un servicio competente y serio puesto al alcance y ofrecido a quien lo necesita”.

Referente a este tema, el doctor Guillermo Fajardo Ortiz publicó en el artículo titulado: El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención (Rev. Med. IMSS, Vol. 29 Núm 1,

1991), los objetivos estratégicos de la atención médica:

1. Catalogar y determinar éticamente las innovaciones tecnológicas de la atención médica, en cuanto a sus usos (fomentar, aprobar, permitir o autorizar), límites de aplicación, conveniencia de financiamiento y disponibilidad. Es necesario evaluar éticamente todos los nuevos procedimientos e intervenciones en la atención médica, dando oportunidad a que los hombres, agentes y receptores puedan determinar su propio destino en lugar de someterse ciegamente a progresos tecnológicos.
2. Proteger los derechos humanos frente a los avances en biología y medicina. El desarrollo de las investigaciones sobre nuevos medicamentos, procedimientos y aparatos, conlleva la obligación paralela de proteger los derechos humanos, personales y sociales. Para ello se debe dar especial atención a:
 - a) La formación y adiestramiento de personal en cuanto a los problemas éticos en las investigaciones en seres humanos y animales, y
 - b) Fomentar y actualizar las normas éticas.
3. Establecer organismos, consejos, grupos de estudio encargados de conocer y estudiar los problemas éticos y morales planteados por los nuevos y los futuros adelantos en materia de biología y medicina, y dar amplia difusión al resultado de sus observaciones.

Con base en los principios anteriores, el doctor Fajardo Ortiz puntualiza que “el personal que brinda atención médica podrá desempeñar sus labores en forma más adecuada, contribuyendo así a la solución de los problemas de interés y colectivos, lo que significa un compromiso individual de cada trabajador para sí mismo, capacidad de autocrítica, mantener vivo el deseo de estudio.

La enseñanza de la bioética

“Es necesario enseñar para no sancionar. El remedio no es la sanción sino la prevención” acotó la doctora Guadalupe Alvarado Rodríguez, de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, durante su presentación en la mesa titulada: La Enseñanza de la Bioética en las Escuelas de Medicina y Odontología en México. Expuso que dado el avance científico y tecnológico que tiende a separarse del respeto por la persona, y que trae como consecuencia el riesgo de la autodestrucción, es trascendental la enseñanza de la bioética en las facultades en donde se preparan a los profesionistas que tendrán que ver con la atención de la salud.

De las 53 escuelas de medicina que existen en México, 22 de ellas han incorporado la materia de bioética como parte de su plan de estudios. El doctor José Kuthy Porter reconoció que la enseñanza de esta disciplina es necesaria ya que en México durante años se ha trabajado por preparar médicos y enfermeras con destrezas y habilidades académicas, técnicas y científicas, pero se han olvidado de formar profesionistas con los principios éticos que el país requiere. “Un buen médico es aquel que posee todas las técnicas para desarrollar su profesión, pero un médico bueno es aquel que también es un buen ser humano”.

Antiguamente las escuelas de medicina en México impartían las materias de ética médica y deontología. El cambio a la bioética se dio hace 18 años. “No es posible

que la temática en las escuelas de medicina se vaya hacia el lado científico y tecnológico, y que una mínima cantidad cubra la parte humanística. Al finalizar el ciclo de estudios médicos el estudiante sale repleto de información científica, pero con experiencias mínimas de cómo resolver problemas humanos”, señaló el doctor Oscar Martínez González.

La doctora Carolina Alvarez de la Cadena, profesora de bioética en la Facultad de Odontología de la UNAM señaló que en enero de 1997 se dio por vez primera en

la mencionada institución la cátedra de bioética. “Al principio hubo reticencia por parte de los estudiantes, pero ahora la han aceptado. Se han dado cuenta de que los valores van más allá de la familia. La educación universitaria proporciona la ciencia para pensar, para descubrir el conocimiento, pero el poder del conocimiento sin ética no sirve”.

Como materia exclusiva, la bioética puede constituir un entorno denso para el alumno si no se

le asocia con vivencias estrechas en el mundo de la medicina. La bioética, comentó el doctor José de Jesús Villalobos, “es parte fundamental en la formación del médico, implica los valores del hombre, su dignidad y su aplicación

propriadamente a la vida, y va más allá de la medicina”.

La ética ha sido parte fundamental del ejercicio de la medicina sobre todo en torno a las principales preocupaciones que deben motivar el quehacer del médico, el bienestar del paciente. De ahí la importancia de su difusión en la academia. La doctora Martha Tarasco apuntó que es indispensable saber quién es el hombre, qué es la ética “que el estudiante vea que la ética es más que una serie de normas deontológicas, es una forma de pensar, una jerarquía de valores a los cuales el hombre se tiene que adherir en su totalidad, y no solamente en los actos profesionales”.

Por otra parte, el doctor Villalobos destacó que los médicos carentes de una formación ética son más susceptibles de cometer errores, faltas en la atención de la salud del enfermo, al contar con factores económicos o de otra naturaleza que desvirtúen su ejercicio. Ante esta situación es necesaria una evaluación continua de los problemas morales que surgen dentro de la medicina. En su calidad de Presidente del Comité de Bioética apuntó que su objetivo es promover la enseñanza de las escuelas de medicina. “En la actualidad se habla de la posibilidad de clonar un ser humano, puede que sea posible, como son posibles muchas otras cosas, pero hay que cuestionarse si lo que es técnicamente posible es éticamente admisible. Esperamos que la enseñanza de la bioética sea el mecanismo regulador para que estos avances se apliquen con criterios, aún cuando sean posibles”.

Finalmente el doctor Kuthy Porter concluyó: “La ética médica va más allá del dictado de preceptos y comportamiento del médico frente al enfermo obligado por el avance inexorable pero a veces deshumanizador de la tecnología moderna. Con este fin y de acuerdo a la necesidad ineludible de la existencia de la investigación médico-biológica para el mejoramiento de las técnicas destinadas a preservar y restaurar la salud, todo trabajador en este campo deberá conocer los principios básicos de la ética médica para regir dentro de la moral su actitud y frenar la deshumanización de la ciencia cuando ésta adopta actitudes y prácticas que dañan al ser humano en los aspectos físico y mental”.

La relación Médico-Paciente en los tiempos del SIDA: el Caso Psicoanalítico

Mark Platts**

* Reproducción del original publicado en la Revista Teoría del Colegio de Filosofía, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México. Número 2, noviembre de 1995.

**Investigador del Instituto de Investigaciones Filosóficas de la UNAM.

¿Una nueva relación médico-paciente?

Todo paciente, como todo médico, tiene sus individualidades; esto aunado a la gran variedad de estructuras e instituciones en donde se ubican las relaciones médico-paciente, da lugar a una notable diversidad dentro de esa relación. Con todo, un médico norteamericano, Mark Siegler, ha desarrollado un modelo general de la relación médico-paciente que nos permite entender mejor el marco general dentro del cual suceden tantas variaciones. (1)

En este modelo hay “cuatro momentos” o etapas: 1. La fase pre-paciente. 2. El proceso de reunir y reducir los datos pertinentes. 3. La etapa de acomodación entre el paciente y el médico. 4. El establecimiento de la relación plena médico-paciente.

Desde luego, no toda la gente ejemplifica en la realidad esta sencilla secuencia temporal; por diversas razones, una relación específica médico-paciente podría saltar una o más de las etapas distinguidas y por otras razones una persona podría moverse de una fase a otra y

luego volver a la fase anterior.

En la fase pre-paciente una persona se da cuenta o cree que se da cuenta- de que algo anda mal en su vida en relación con sus expectativas. Cómo conceptualizamos tal experiencia, y cómo reaccionamos frente a tal experiencia, está influido por diversos factores psicológicos,