Bioética institucional

Problemas y prácticas en las organizaciones para el cuidado de la salud

Robert Hall

Fontamara

Bioética Institucional:

Problemas y prácticas en las organizaciones para el cuidado de salud

Robert T. Hall

Distribuciones Fontamara, S.A.
y
Universidad Autónoma de Querétaro

2008

BIOÉTICA INSTITUCIONAL

PROBLEMAS Y PRÁCTICAS EN LAS ORGANIZACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

DOCTRINA JURÍDICA CONTEMPORÁNEA

COLECCIÓN DIRIGIDA POR

José Ramón Cossío y Rodolfo Vázquez

38

Robert Hall

PROBLEMAS Y PRÁCTICAS EN LAS ORGANIZACIONES PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

BIOÉTICA INSTITUCIONAL

Reservados todos los derechos conforme a la ley
©Universidad Autónoma de Querétaro
Centro Universitario
Cerro de las Campanas s/n
C. P. 76010, Querétaro, Qro., México
©Distribuciones Fontamara, S. A.
Av. Hidalgo No. 47-b, Colonia del Carmen
Deleg. Coyoacán, 04100, México, D. F.
Tels. 5659•7117 y 5659•7978 Fax 5658•4282
Email: fontamaramx@yahoo.com.mx
ISBN 978-968-476-720-1
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico
Primera edición: 2008
DIRECTORIO DE LA UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
Rector
Secretario Académico
Secretaria de Extensión
Director de Difusión Cultural
Director de la Facultad de Filosofía
Coordinador de Publicaciones
M. en A. Raúl Iturralde Olvera
Dr. Guillermo Cabrera López
Dra. Aurora Zamora Mendoza
Rest. de Arte Roberto González García
Mtro. Gabriel Corral Basurto

Lic. Sergio Rivera Guerrero

Prólogo

El presente texto tiene sus raíces en mi análisis anterior sobre problemas éticos institucionales en Estados Unidos (*An Introduction to Healthcare Organizational Ethics*, Oxford University Press, 2000). Cuando me mude con mi esposa a México en 2004, recibí varias invitaciones para presentar algunas de mis ideas sobre esta materia en ponencias para conferencias, en institutos de investigación y en cursos universitarios. Por supuesto, fue necesario desarrollar estos temas de manera completamente diferente, ya que tanto la cultura como los sistemas del cuidado de la salud son muy distintos en Estados Unidos y México. En el transcurso de mis reflexiones y estudios, se han desarrollado significativamente mis ideas sobre las estrategias para abordar los problemas de la ética en las organizaciones de salud. A fin de cuentas, decidí escribir nuevamente mis comentarios sobre este tema en español, actualizando algunas ideas y desarrollando otras.

Agradezco al doctor Fernando Cano-Valle por su invitación para presentar mis ideas en un Diplomado en el Instituto de Enfermedades Respiratorias de México, al maestro José Salvador Arellano por la oportunidad para participar en sus clases sobre la bioética en la Universidad Autónoma de Querétaro, a los doctores Juan Álvarez y Ana Cristina Ramírez por la invitación para dar una ponencia en la Universidad de Michoacán, al doctor Rodolfo Vázquez del Instituto Tecnológico Autónomo de México por su consejo, al Comité Fulbright-Hays y a la Comisión México-Estados Unidos para el Intercambio Educativo y Cultural (COMEXUS), por sus apoyos becarios, y al Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Comisión Nacional de Bioética -- instituciones anfitrionas para mis investigaciones.

Finalmente, pero de suma importancia, agradezco muchísimo tanto las correcciones gramáticas como las ideas y sugerencias del maestro José Salvador Arrellano Rodríguez, de mi tutor de español José Alberto Martínez Pérez y mi corrector del estilo Lourdes Rodríguez.

Dedico este libro a mí querida esposa María Catalina Buchmelter

Robert T. Hall,

Facultad de Filosofía, Universidad Autónoma de Querétaro
y
School of Medicine, West Virginia University

Contenido

Presentación ……...…… 5
Bioética Institucional: una instancia de reflexión moral
José Salvador Arrellano Rodríguez

I. Perspectivas Occidentales sobre la Ética Aplicada ……..... 12

II. Análisis Ético y Estrategias Institucionales ……..... 36

III. Conflictos de Intereses ……... 64

IV. Presiones Externas …….... 88

V. Publicidad y Mercadeo ……..... 112

VI. Ética en las Investigaciones Biomédicas …….. 129

VII. Servicios a los pacientes ……... 154

VIII. Diversidad cultural …….. 180

IX. La Ética Medioambiental ……..... 202

Presentación

Bioética Institucional: una instancia de reflexión moral

José Salvador Arellano Rodríguez

I. Introducción

Cuando tuve la fortuna de conocer al Dr. Robert Hall, mi interés radicaba sobre todo por la ética teórica o meta ética. Pensaba que la labor de un filósofo se centraba casi exclusivamente en cuestiones de teoría o mera especulación. El área de la bioética me resultaba por aquellos días, extraña al hacer filosófico. Sin embargo, pronto mi reflexión moral desde el enfoque de la ética aplicada me dio una serie de consideraciones y preguntas inevitables: ¿cómo se si mi reflexión en el ámbito de la moral es el adecuado si no tengo mayor contacto con los dilemas y problemas que ocurren en mi entorno?, ¿cómo seguir reflexionando ajeno a los problemas morales que poseen las instituciones sociales?, ¿qué vigencia puede tener el sistema ético kantiano o la posición moral del utilitarismo ante los nuevos problemas morales que emergen del desarrollo de la ciencia y la tecnología?, ¿qué relación entraña la teoría filosófica moral con la moral aplicada cotidiana?. Debo de confesar que muchas cuestiones aún me representan un mar aún no explorado. En el transcurso de mi relación académica con el Dr. Hall comprendí que muchas de estas cuestiones se podían enfrentar desde el terreno de la ética aplicada, la bioética y su relación fundamental con la filosofía. Quisiera tener el atrevimiento de dar un pequeño rodeo sobre algunas consideraciones generales entre el discurso filosófico y la ética aplicada, para así poder hablar sobre la ética de las instituciones de salud. Asimismo hay que destacar desde ahora que además es el primer texto de esta índole donde se presenta ideas y herramientas claras para enfrentar los problemas cotidianos de una institución que se dedique al tema de la salud pública.

Primeramente tendría que señalar, aunque resulte para algunos algo ya dicho de múltiples maneras, que actualmente vivimos una época donde la vorágine de los avances tecno-científicos impactan a las instituciones y a la vida diaria, nuestras leyes jurídicas y normas

morales no sólo están en constante proceso de revisión sino que además se topan con dilemas difíciles de resolver: aborto, eutanasia, control del genoma humano, contaminación, genocidios, maltrato animal, etc. Variedad de códigos y leyes mundiales abarrotan cada espacio del quehacer humano. No sólo creamos instituciones para la elaboración de políticas públicas, sino que además establecemos organismos que vigilan al interior de cada institución el cumplimiento de sus propias normas, y a su vez establecemos -de manera temporal o permanente- delegaciones o comisiones especiales que diriman en casos específicos donde las normas vigentes no alcanzan a solucionar conflictos emergentes. En este espacio están colocados los comités de bioética, la ética de las instituciones de salud y los códigos éticos en las relaciones médico-paciente. Christine Korsgaard afirmaba que es un hecho innegable que la normatividad domina nuestras vidas. En efecto, todos suponemos la forma correcta en que debemos de actuar y que deben o deberían de actuar los demás. En todo momento juzgamos lo que es bueno, lo que es correcto o incorrecto, lo adecuado o aquello que consideramos inadecuado. Sin embargo, al iniciar cualquier análisis moral, nos hallamos inmersos en un mar de dudas, conjeturas incertidumbres y supuestos, sobre todo cuando surge la cuestión sobre *cómo debo* de actuar o *cómo deberíamos* de actuar ante una problemática determinada. Por ello desde sus inicios el pensamiento filosófico se ha preocupado por reflexionar sobre las formas de la conducta humana, su esencia, su deber ser, sus bases o principios. La filosofía moral o ética ha sido una pieza importante en la consideración sobre en qué consiste la felicidad humana, su realización o sus fundamentos. La tradición filosófica plasmada en su propia historia da cuenta de ello.

De manera tradicional la ética o filosofía moral es entendida como la disciplina filosófica que reflexiona sobre la moral, a su vez la moral es comprendida como la serie de normas y principios o modelos de conducta que se van construyendo históricamente por una sociedad determinada. Por lo que, en principio, la filosofía moral es un campo de reflexión en el del campo de la moral, adopta, asimismo las peculiaridades propias del discurso filosófico en tanto que *pregunta, crítica y argumenta*. Así, sistemas y corrientes de pensamiento filosófico se han ido entretejiendo con los avatares propios del devenir humano de una forma compleja e insoslayable. Actualmente la tarea del pensar moral no ha quedado fuera de las vicisitudes propias de nuestra época, y más aún, cuando el tema en cuestión ha presentado giros dramáticos que comprometen incluso ya la permanencia del género humano o cuando por lo menos podemos observar cómo las acciones de unos pocos impactan la vida cotidiana de toda la humanidad.

Tan sólo un ejemplo, ¿quién de nosotros puede recordar aún, cuándo fue el momento y por qué tuvimos la necesidad de comprar agua embotellada? No es de extrañar que fenómenos como éste se encuentren ligados a cuestiones de comercio, poder y control sobre los recursos naturales o por consecuencia directa de las acciones de cada uno en lo particular. Los problemas y confusiones morales se complejizan, aún más, por el contacto más frecuente entre sociedades, otrora incomunicables. El descubrimiento y aplicación de nuevas tecnologías que pueden sostener con vida, más allá de toda expectativa, a un cuerpo humano desahuciado, aunado a la investigación con seres humanos con propósitos poco inteligibles y el deterioro constante del habitat humano.

Problemas como éstos se enfatizan a partir del período de la postguerra de la Segunda Guerra Mundial. Tres son los casos o informes que resultan paradigmáticos para la configuración de la nueva disciplina denominada como bioética: *El Código de Nuremberg* (Primer código internacional de bioética a partir de la experimentación nazi con seres humanos. 1947), *el informe Belmont* (primer escándalo clínico documentado acerca de investigaciones científicas donde se estudió la historia natural de la sífilis en un sector afroamericano en Tuskegee, Alabama, E.U (1932-1972). Aquí se establecen los valores éticos fundamentales de la bioética: *justicia, autonomía, beneficencia, no maleficencia*. 1978), y *el caso Quinlan* (primer debate en el que interviene un comite de bioética para analizar un eventual caso de eutanasia en los E.U. 1975-1985). Es en este contexto donde se encuentra ubicado el presente texto. Si bien es cierto que en nuestro país numerosas instituciones de salud ya cuentan con comités de bioética, muchas de las veces se trata sólo de organismos de índole burocrática o por lo menos no cuentan con una herramienta clara de discusión ante casos difíciles. Cómo argumentar, cómo analizar y qué riesgos existen en la toma de decisiones médicas es el tema de este libro, su lugar se encuentra en el área de la *ética aplicada.*

II. La ética aplicada.

Ya he comentado que la filosofía moral o ética es en principio una reflexión que connota las peculiaridades propias del discurso filosófico en el campo de la moral. Puedo señalar que, en efecto, dentro de la tradición filosófica los pensadores han emprendido la tarea de hacerse preguntas en torno a lo bueno, lo deseable, el deber, la virtud, etcétera. Actualmente existe un consenso, en general, entre los filósofos al tratar de comprender la

ética y considerarla como una forma de argumentar y dar razones para establecer un marco propicio donde el ser humano pueda *vivir mejor*. La ética, en este sentido, sería entendida como la actividad de dar y aceptar argumentos para guiar las acciones entre los sujetos implicados en una relación social. Con ello la ética ha tenido varios niveles de discusión, de aquellos que intentan establecer normas fijas de convivencia y que han llamado a este nivel como *ética normativa,* y de otros que han intentado establecer algunos principios epistémicos o de carácter cognitivo a las normas morales y cuyo ejercicio a sido señalado como *meta ética.* No obstante, todos coinciden en que la filosofía moral no consiste en dar recetas para ser feliz, sino, antes bien, dar argumentos para propiciar escenarios donde los implicados se sientan satisfechos con su modelo de vida. Algunos de estos pensadores como Blackburn, Cortina, Vázquez, Putnam, Singer, Korsgaard, Camps, entre otros, concuerdan también en que actualmente la reflexión de la filosofía moral no se basta sola, ahora se requiere de la participación e investigación a la par de los demás tipos de saber especializados.

En efecto, el surgimiento de diversos problemas morales emanados del desarrollo tecno-científico ha dado como resultado lo que se ha denominado como *ética aplicada*, neologismo que nace alrededor de 1960 para dar cuenta de los nuevos campos de cuestionamiento en la sociedad contemporánea. Nacen aquí conceptos como ética de los negocios, ética profesional, bioética, etcétera. Podemos decir, que actualmente aún siguen forjándose nuevas áreas de ética aplicada como la *infoética y la ética del cuidado de los animales.* Estas nuevas áreas surgen haciendo referencia ante todo a un análisis ético de situaciones precisas, destacando una resolución práctica. Es en este contexto que la *bioética* comienza a ser parte fundamental de la preocupación contemporánea de reflexión, no sólo de la filosofía, sino de muchas áreas que participan en el proceso deliberativo de discusión moral. Sin duda, uno de los casos más paradigmáticos es el denominado *caso Quinlan,* el cual abre el debate generado por la habilitación de la medicina para sostener un cuerpo con vida, otrora imposible de imaginar. Este caso dio lugar a lo que se ha considerado el primer comité de bioética y con ello la necesidad de establecer y normar códigos éticos, jurídicos y filosóficos en relación al cuidado y mantenimiento de la vida humana. La bioética se constituye así en un espacio de diálogo interdisciplinario de la medicina a la filosofía, del derecho a la teología, de las ciencias con las humanidades y se presenta por tanto como discurso y práctica normativa. Se reconoce ante todo el carácter plural de las visiones y creencias. Esto es, se adopta, comúnmente, una metodología *casuística*, esto es, análisis moral de caso por caso, teniendo al frente la diversidad de culturas, religiones y demás

intereses por parte de los implicados. Es aquí donde la reflexión filosófica adquiere mayor importancia, se requiere ir al bagaje histórico del pensamiento ético construido desde la teoría, para dar luz al escudriñamiento de los nuevos problemas morales.

III. Filosofía Moral y Bioética

La bioética, en tanto ética aplicada, puede llevar a confusiones, como el pensar o suponer que se trata de tomar alguna corriente ética (como el utilitarismo) y aplicarla a un caso concreto. No se trata de aplicar indiscriminadamente la teoría ética a la práctica –como receta de cocina- ni de realizar algún tipo de "subfilosofía", sino, antes bien, la bioética constituye un espacio de renovación del propio discurso filosófico moral, en la medida en que *obliga a clasificaciones del lenguaje moral en sus significados, sus empleos y su lógica (...) este trabajo ético "dentro" de los problemas prácticos permite al mismo tiempo un nuevo despliegue teórico*[1].

Como he señalado anteriormente, esta nueva área de discusión y aplicación constituye un espacio plural y multidisciplinario para la discusión de las ideas morales. Este espacio plural de reflexión lo constituyen los ámbitos del pensar moral, que de acuerdo con Adela Cortina, podemos señalar que existen diversos niveles de reflexión moral, al menos podemos señalar cuatro de ellos: a) Las diversas creencias religiosas, c) La de los expertos en áreas humanas y científicas (juristas, sociólogos, antropólogos, médicos, etcétera), d) La constituida por la opinión pública o una determinada sociedad o cultura, y c) La de lo propios filósofos morales. Estos niveles o espacios de opinión, investigación y/o reflexión son elementos que interactúan y que no están exentos de ideologías, supuestos, falacias, o que manifiestan, al menos, intereses diversos. Cada uno de ellos contiene su propia historia y su biografía autorizada, por lo cual no es de extrañar que sea aquí donde surgen las polémicas, dilemas, problemas de inconmensurabilidad y conflictos de intereses.

Algunos podrán señalar que la reflexión filosófica poco o nada tiene que hacer ante este fenómeno de pluralidades y divergencias morales. Empero, es por ello que la relación del pensar filosófico moral cobra especial importancia ante el surgimiento de los nuevos problemas éticos contemporáneos. El hecho de poder hoy hablar de *ética(s) aplicada(s)* da

[1] PARIZEAU, Marie-Heléne. Ética aplicada, en: Monique, Canto-Sperber. *Diccionario de ética.* Vol I. FCE, México 2001, pp. 579 y ss.

cuenta que la intersubjetividad moral existe. Esto es, podemos hablar de una serie de parámetros que se han venido construyendo o reconstruyendo a partir de considerar que muchas de las prácticas humanas son de una importancia ética mundial. Cabe destacar que en las diferentes áreas de la ética aplicada y sobre todo en la bioética, se hace uso y se recurre expresamente a la reflexión y al lenguaje – y bagaje histórico – filosófico. Finalmente, la ética, en tanto disciplina filosófica, crítica, argumenta, discute, plantea dudas, intenta esclarecer conceptos sobre todo ahí donde los supuestos de certeza imperan. Simon Blackburn señala que la forma filosófica de discurrir de la ética confronta ante todo a los principales enemigos de la reflexión: el dogma, el determinismo, el cientificismo naturalista o el cientificismo psicologista. Cualquiera de estas posturas sea por considerar que nadie posee la capacidad de decir la verdad o por decir que alguien posee de manera absoluta la verdad, terminan por anular cualquier diálogo posible. Nuestra única, pero no por ello menos valiosa, herramienta con la que contamos para poder llegar a un acuerdo sobre cómo sería mejor vivir, es la capacidad de dar y aceptar argumentos. Esto es hacer filosofía moral.

La importancia de la ética y la ética aplicada es una nueva forma contemporánea de reflexión y análisis que cobra especial importancia para la formación filosófica. Esta relación es además un espacio de participación entre la filosofía y otras disciplinas y áreas del conocimiento humano.

La variedad de casos, dilemas o problemas morales ameritan análisis desde diversas disciplinas y enfoques filosóficos, lo cual no deriva en un relativismo moral, ni más aún, de un fenómeno de inconmensurabilidad, manifiesta antes bien, que lo importante y lo valioso consiste en la posibilidad de brindar argumentos y realizar reflexiones a través de la propia experiencia y bases que heredamos y realizamos desde la ética y podemos fundamentar (no realizar o poseer una postura fundamentalista) nuestras propias decisiones y por otra parte ver y valorizar los diversos contextos en que se da éste fenómeno (relativo de y no relativismo) y poder brindar una serie de referencias dialogadas reflexivas entre diferentes ciencias y quehaceres científicos que den mayor certeza a la pluralidad de posicionamientos respecto de éste nuevo fenómeno moral. De esto trata precisamente este texto, de poner sobre la mesa la variedad y pluralidad de casos que enfrentan las instituciones de salud. La herramienta consiste en acercar nuevamente las diferentes perspectivas morales que desde la filosofía se han elaborado y contribuir así al análisis de casos reales.

IV La ética de las Instituciones de Salud

En el caso específico de las instituciones de salud en México, existe poca o nula bibliografía especializada que trate sobre las cuestiones morales desde un punto de vista de reflexión crítica filosófica y a la vez que sea propositiva.

Es en este contexto donde el Dr. Rober Hall ha realizado una importante aportación en cuanto a las posibilidades de dirimir los conflictos que aparecen en cuanto a las investigaciones de salud, la resolución de los dilemas morales en el terreno clínico, las implicaciones de la propaganda agresiva, las relaciones médico paciente etc. Este texto es un vínculo entre la teoría y la práctica, las hipótesis y los casos reales, pero sobre todo es una aportación importante al quehacer cotidiano de las instituciones de salud de nuestro país. Su lectura y aplicación da como resultado, no un recetario de cómo solucionar problemas, sino antes bien, un marco propicio de reflexión, análisis y juicio para una mejor comprensión de la práctica clínica.

Patio Barroco, Santiago de Querétaro, Qro.

Febrero del 2008

I

Perspectivas Occidentales sobre la Ética Aplicada

La ética institucional es un tema relativamente nuevo. Ésta surge de las consideraciones de algunas de las decisiones y acciones tomadas en hospitales y organizaciones encargadas del cuidado de la salud, tales decisiones han tenido consecuencias importantes en el tratamiento de los pacientes, en las actividades de los profesionales, en la manera en la cual los trabajadores desempeñan sus labores, y en las comunidades en donde se ubican dichas organizaciones. Así que, además de su aspecto clínico, la ética de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud se relaciona claramente con la ética de los negocios en general. Es decir, más que meras cuestiones relacionadas con la bioética clínica, se trata de preguntas que la práctica clínica genera y las cuales requieren para su solución la toma de decisiones institucionales.

Caso: Una Decisión Institucional

Empecemos con un problema hipotético. (Debo mencionar que el análisis de casos reales y hipotéticos a través de teorías éticas es crucial a los argumentos desarrollados en el presente texto.)

El Doctor Diego Álvarez fue especialista en enfermedades respiratorias, famoso y muy rico. Cuando murió, de 72 años de edad, el año pasado después de una larga vida de servicio a víctimas de fallo respiratorio, dejó en su testamento una donación de 15 millones de pesos al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). El mismo Dr. Álvarez

fue víctima de asma, desde niño recibió tratamiento para su enfermedad, y por esto decidió dedicar su carrera a la cura de enfermedades respiratorias.

El testamento del Dr. Álvarez indicó que el dinero debía usarse "para el cuidado de pacientes que sufren enfermedades respiratorias, para el desarrollo de tratamientos nuevos de éstas, o para la prevención de enfermedades respiratorias." Al recibir este legado, el Director del INER informó a los jefes de las divisiones que quería escuchar sus sugerencias. Recibió las siguientes propuestas:

1. El Subdirector General de Investigación propuso que se usara el dinero para desarrollar un protocolo con una muestra nacional para probar la eficacia del uso de la medicación "Pulfortizonoid" con niños menores de un año de edad al sospechar que pudieran desarrollar asma. La promesa de este nuevo medicamento es que podría evitar el desarrollo pleno del asma, usándose profiláctica o preventivamente, pero la prueba clínica de este tratamiento requeriría un protocolo de grandes dimensiones.

2. El Subdirector General de Enseñanza propuso la iniciación de un módulo de "Campaña Pro-Adolescentes contra el Fumar." Esto requeriría un especialista en comunicación ya que el problema es que los médicos generalmente no pueden intercomunicarse efectivamente con los jóvenes. Este módulo, que tuvo un índice de éxito de 50% de baja en el hábito de fumar en la ciudad de Los Ángeles, sería una nueva iniciativa para uno de los problemas más urgentes del cuidado de la salud en México. El fumar es la primera causa subyacente de la muerte y de las enfermedades respiratorias en el país.

3. El Subdirector General Médico le informó al Director que, durante los últimos tres años el presupuesto para los trasplantes de corazón- pulmones se agotaba a mediados de agosto o septiembre. Se necesitaba tanto de un programa de donación de órganos como de dinero para pagar las operaciones. El año pasado, en el Instituto,

murieron 5 pacientes esperando órganos (buenos candidatos para trasplantes) y agregó, "habría más pacientes que no pusimos en la lista, porque no hubo recursos para ofrecer trasplantes. La donación del Dr. Álvarez puede salvar la vida de 11 pacientes, incluyendo 4 que en este mismo momento se encuentran en la lista de espera."

4. Finalmente, el Jefe del Departamento de Planeación indicó que la remodelación de los quirófanos había estado atrasada desde hacía más de dos años por falta de recursos debido a la reducción del presupuesto por parte del gobierno. "Sospechamos – dijo – que el empeoramiento puede ser la causa del incremento paulatino en el nivel de infecciones post-operatorias y, es de suponer, nosocomiales. A pesar de contar con un programa de máxima prioridad de precauciones, este problema persiste y el nivel no ha disminuido. Puede ser una fuente de crisis seria, si estas infecciones corren por el hospital."

Supongamos que el Director del Instituto, con el consejo de sus Subdirectores y Jefes de varios departamentos, tiene que decidir cómo usar esta donación testamentaria. Algunas de estas propuestas son indivisibles en el sentido de que el sólo invertir un porcentaje del dinero no vale mucho la pena para el proyecto – no se puede dividir el proyecto en fases o posponer parte del proyecto. Sencilla e hipotética como es, esta decisión plantea un problema.

Sin embargo, en vez de abordar la decisión en sí misma, uno puede preguntarse si este problema trata de ética, o no. ¿Es una decisión práctica o política, o solamente económica? ¿O tiene esto algo que ver con la ética? Se puede notar que no se trata de una regla o norma moral, como normalmente entendemos la ética. Tampoco hay un código profesional que domine esta decisión. De hecho, es un asunto en el que diferentes personas pueden elegir opciones distintas. No es necesario considerar que una u otra sea inmoral o incorrecta, o incluso inapropiada.

Sin embargo, el lenguaje de las decisiones como ésta – o mejor decir la lógica de la toma de decisiones como éstas -- requiere de palabras o construcciones lingüísticas que indiquen que un juicio es “apropiado”, o “mejor” que otra, o sencillamente “bueno”. Y estas palabras o construcciones contienen un elemento de la ética porque son juicios sobre lo que es una buena decisión. Usamos el lenguaje de la ética cuando decimos que una persona *debe* hacer algo o *no debe* hacerlo, o que tal acción es *apropiada* o no, o que alguien *tiene que hacer* esto por razones morales, o que tal acción *es buena* u otra *mala,* o tal hombre *se porta con virtud* u otro es *culpable* de algo. Estas palabras indican que en el lenguaje de la ética hay algún tipo de mandato o imperativo – un elemento que permite que uno traiga un juicio respecto de la decisión o la acción a partir de los hechos ya mencionados basada en sus valores o en su perspectiva. Como resultado, si se considera esta decisión como un problema ético, puede preguntarse uno sobre qué base o en relación con qué criterio se hace este juicio.

Podría pensarse que estas decisiones institucionales no tienen nada que ver con la ética, en tanto que no sean cuestiones que hablen de una corrupción personal o de abuso del poder. Esto implicaría, no obstante, que en última instancia toda ética es personal y que no existen principios éticos involucrados en las decisiones y actos de las instituciones. En mi opinión, esto es un gran error, ya que las acciones de las instituciones ciertamente tienen un gran impacto en la vida de muchas personas. ¿Por qué no juzgar esas acciones de la misma manera en la que juzgamos las de los individuos, por sus consecuencias o por los principios que encarnan? A fin de cuentas, necesitamos considerar acciones colectivas (institucionales) desde el punto de vista ético, puesto que tienen consecuencias para las personas afectadas y estas consecuencias, a su vez, pueden involucrar principios morales tantos personales como profesionales.

En realidad, las cuatro propuestas de los administradores para el uso del dinero regalado de mi INER hipotético involucran o implican distintas perspectivas o valores éticos.

La prueba del medicamento nuevo o la "Campaña Pro-Adolescentes contra el Fumar" podría salvar más vidas a la larga, que los trasplantes de corazón-pulmones – una consideración utilitarista. Por otro lado, se podría considerar que las investigaciones clínicas están más de acuerdo con los propósitos del INER – una consideración de la misión y responsabilidad del instituto. En otra perspectiva, los derechos de los pacientes reales, ya sean candidatos para trasplantes o sean pacientes de cirugía bajo riesgos de infecciones, podrían ser más importantes que los beneficios hipotéticos para la mayoría de la gente en el futuro – una consideración racionalista. No obstante, las decisiones institucionales frecuentemente involucran discusión dentro del grupo de liderazgo, como en mi ejemplo hipotético, y éste puede considerarse una perspectiva ética dialógica o discursiva. Cualquiera decisión involucrará consideraciones de las perspectivas éticas sobre los propósitos principales o los mandatos del Instituto.

Perspectivas occidentales

Si una decisión institucional requiere lógicamente consideraciones éticas y además si se pueden juzgar acciones institucionales desde el punto de vista ético, uno se puede preguntar ¿cuál es la naturaleza de estas perspectivas éticas?, ¿de dónde viene el punto de vista ético en el que está basada la decisión? Al final, las respuestas a estas preguntas radican en el campo de la filosofía.

Hay varias maneras para describir las perspectivas filosóficas principales sobre la ética en el mundo occidental.[2] Los filósofos occidentales de varias perspectivas están en desacuerdo no sólo en referencia a los principios básicos, sino sobre lo que constituye una justificación de una perspectiva ética. También hay disputas sobre cuál debe ser el centro de atención de la ética: las consecuencias de las acciones, los motivos de las personas, o los

[2] Utilizo la especificación "occidental" intencionalmente aquí por que hay otras dimensiones de la ética orientales que hay que poner al lado para otra ocasión.

principios en sí mismos. No obstante, creo que se pueden delinear aquí en trazos anchos los puntos cardinales de las perspectivas actuales del pensamiento moral occidental. Es conveniente para este propósito que se use intencionalmente la palabra *perspectivas* para indicar que todos y cada uno de estos puntos de vista -- estas tradiciones filosóficas -- incluyen variaciones teóricas. También todas y cada una de estas perspectivas tienen sus partidarios y sus oponentes.

Esta delineación breve es nada más un esbozo descriptivo. De hecho, la perspectiva de mi análisis de problemas éticos es plural. No es necesario adoptar en este momento ni la una ni la otra como la verdad, o como superior a las otras con respecto a todos los problemas institucionales. Para los propósitos de este esbozo es mejor incluir todas las tradiciones o perspectivas filosóficas sin darle preferencia a ninguna de ellas. La categorización que hago, una tipología, de las perspectivas principales sobre la ética en el mundo occidental actual las presento a continuación.

Las Virtudes y los Ideales

La primera tradición del pensamiento ético occidental y la más antigua está basada explícitamente en los conceptos de una persona buena y de una sociedad ideal. Se incluyen aquí tanto las perspectivas religiosas, las cuales derivan sus modelos de la vida ejemplar de varios escritos sagrados o de las enseñanzas de tradiciones religiosas, como las perspectivas seculares basadas en precedentes históricos o en ideales humanísticos tradicionales. La característica común de estas perspectivas es que se refiere a un modelo – un prototipo ideal – de la sociedad buena o de la persona virtuosa como criterio para las decisiones morales.

Las personas religiosas normalmente creen que las características de la sociedad ideal o de la persona virtuosa están reveladas en los escritos sagrados o en las doctrinas o las reglas de su fe. Algunos creyentes encuentran una configuración muy específica para la vida en los

mandatos y regulaciones de sus denominaciones. Éstos se llaman fundamentalistas. Los miembros de otras comunidades religiosas – las cuales se llaman liberales -- encuentran una orientación general o principios generales en su interpretación de las escrituras sagradas y en las enseñanzas de su confesión. Estos creyentes tienen que aplicar esta orientación a las situaciones actuales en las cuales las circunstancias sociales cambian históricamente. Tales denominaciones liberales tienen que desarrollar ideales más apropiados en cada etapa histórica.

La doctrina de la comunión católica sobre la ley natural, por ejemplo, es claramente una perspectiva de las virtudes y los ideales. Según esta tradición la naturaleza humana y los bienes del ser humano pueden ser conocidos ya sea de la revelación a través de la enseñanza (magesterium) de la iglesia, o del conocimiento universal de los fines humanos.[3] También esta perspectiva es idealista puesto que la ley natural está basada en la ley eterna – el plan eterno de Dios por medio del cual la creación es ordenada.[4]

La versión secular de la perspectiva idealista está a menudo basada en la formación de un carácter virtuoso. Las características personales que conducen a la vida moral incluyen la prudencia, la honradez, el valor, la templanza, la fidelidad, etcétera. Estas virtudes basicas han sido apreciadas a lo largo de la historia como algo esencial en la vida social y como indicadores de la realización de la perfección humana. Se pueden desarrollar estas virtudes por la educación y la práctica del cumplimiento de sus deberes. Ésta es la perspectiva Aristotélica y de la ética de los virtudes hoy en día.

La vida moral, según esta perspectiva, es mucho más que el comportamiento de acuerdo con las reglas universales, o la búsqueda de la maximización de los beneficios. La vida moral se trata del cumplimiento de los ideales. Además, la vida buena o virtuosa

---

[3] Thomas Aquinas, Summa Theologiae, IaIIae q94, 4-6, en Thomas Aquinas. *Aquinas: Political Writings*. Ed. R.W. Dyson. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2002.
[4] Thomas Aquinas, Summa Theologiae, IaIIae q91, 1-2, en Thomas Aquinas. *Aquinas: Political Writings*. Ed. R.W. Dyson. Cambridge: Cambridge Univ. Press, 2002.

requiere del sentido común o la sabiduría práctica en el ejercicio de las virtudes, o en la aplicación de los valores a las actividades cotidianas. La razón o la prudencia es necesaria para ver cuál virtud es apropiada o cuál tiene prioridad, y para resolver conflictos entre las virtudes.

La crítica más importante de la perspectiva idealista es que frecuentemente la gente está en desacuerdo sobre el significado preciso de las virtudes o los ideales. Considérese por ejemplo, la variedad de ideales de las relaciones entre hombres y mujeres en el mundo hoy en día – los papeles genéricos. Para unos hombres es una virtud tomar todas las decisiones en vez de hacerlo su mujer para cuidar de ella apropiadamente; para otros hombres, por el contrario, esto sería una trasgresión o abrogación de los derechos de la mujer.

El Racionalismo

La segunda perspectiva del pensamiento ético occidental tiene su enfoque en la universalidad y la coherencia de los principios éticos, en vez del carácter humano. La ética, según esta perspectiva es un sistema de reglas racionales y universales que se aplica a todo el mundo. Dicen sus partidarios que una acción es apropiada según la perspectiva moral si el actuante puede aprobar o perdonar a otra persona haciendo el mismo acto en circunstancias parecidas. Es inconsistente e irracional para una persona portarse de una manera en una situación y de otra manera en otra situación esencialmente similar.

Por supuesto hay desacuerdos sobre lo que es racional y lo que es una situación similar. Por ejemplo, algunas personas contestan que es irracional e inconsistente denunciar el aborto y al mismo tiempo aprobar la pena capital, porque en cada caso se trata de tomar la vida de un ser humano. Otros denuncian el aborto pero defienden la pena capital porque dicen que el aborto es tomar una vida inocente, en cambio el condenado a la pena capital ha perdido su derecho a vivir por sus propios actos. La ley para quitar la vida, dicen aquellos

filósofos, transmite la idea de que no se puede matar a una persona inocente, sino el condenado ya no es inocente.

Una implicación inmediata de la perspectiva ética racional es el principio del respeto a las personas. El más famoso teorizante de esta perspectiva, Immanuel Kant, creía que si nos limitábamos a portarnos de una manera en la cual aprobáramos que todo el mundo se comportara, entenderíamos que nuestra esperanza es que otras personas respeten nuestra dignidad; y esto implicaría que deberíamos respetar a sus personas y a sus derechos. Según Kant, el individuo debe ser tratado siempre como un fin en sí mismo y nunca como un medio para lograr otro fin.

Este respeto para la dignidad de los individuos conduce a un concepto de los derechos humanos muy fuerte. Aunque es claro que cada una de las perspectivas occidentales tiene su propio entendimiento de los derechos humanos, el Racionalismo es especialmente fuerte a este respecto. El tener conciencia de los derechos humanos es una parte esencial del respeto de la autonomía de las personas. La "Declaración de la Independencia" de Estados Unidos está basada en esta perspectiva, al decir que es una verdad auto-evidente (i.e., un principio racional) que todas las personas fueron creadas iguales. En la bioética el derecho a la "auto-determinación" o al consentimiento informado es un principio básico basado en esta perspectiva.

La perspectiva del Racionalismo en la ética puede conducir también a varios problemas. Si una persona tiene un derecho a la vida, por ejemplo, ¿quiere decir esto que la sociedad tiene un deber para conservar su vida a pesar del precio social y también a pesar del comportamiento riesgoso del individuo? ¿Tiene un fumador habitual (quién se niega a dejar el habito) el derecho al cuidado de salud sin límite o a un transplante de pulmón? ¿Tiene un alcohólico el derecho a un transplante de hígado o no? Los derechos absolutos de los individuos pueden llevar a demandas que la sociedad puede satisfacer sólo a un costo

excesivo, o a un costo que privaría del cuidado de la salud a otras personas. Este conflicto entre los derechos del individuo y el principio utilitario de la maximización de los beneficios sociales ha llevado a muchos argumentos éticos.

Sin embargo, la perspectiva racionalista sobre los derechos humanos ha sido una fuerza muy poderosa en el pensamiento ético occidental. La "Regla de Oro" que se encuentra en los escritos sagrados de varias religiones, fue adoptada por Kant en su fórmula famosa de "obrar solamente siguiendo aquella máxima, mediante la cual al mismo tiempo podamos desear que se convierta en ley universal." Muchas sociedades han encarnado este principio en leyes para proteger a los individuos en contra de la discriminación. Es irrazonable tratar a las personas de manera diferente sólo con respecto de su género, su edad, su religión, su raza, u otras características irrelevantes a las decisiones en la práctica.

Una variación importante sobre este tema de coherencia racional es la tradición "contractual" de John Rawls.[5] La idea de esta perspectiva es que la ética tiene que dar cuenta de la imagen de la sociedad, misma la gente podría construir si quisiera formar una sociedad ideal. Los requisitos de tal sociedad ideal entonces podrían ser utilizados para evaluar las condiciones en la sociedad actual. La sociedad ideal e hipotética puede ser el criterio o el estándar de la aprobación moral del comportamiento actual. Según este punto de vista, por ejemplo, se podría insistir que en una sociedad justa, los servicios de salud deberían estar disponibles a toda la gente.[6] En 1985, Rawls cambió la interpretación de su teoría e indicó que, de hecho, era una teoría política en vez de ética metafísica.[7] Con este cambio de orientación, su teoría parece más una perspectiva discursiva (véase abajo), que racionalista.

---

[5] John Rawls, *A Theory of Justice*, Cambridge, MA: Harvard University Press, 1971; _____, *Political Liberalism*, New York: Columbia University Press, 1995.
[6] Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press, 1985.
[7] Rawls, John. “Justicia como imparcialidad: Política, no metafísica”, en *Diálogo Filosófico*, 16, 1990

El Consecuencialismo

Las perspectivas consecuencialistas o utilitaristas fijan la atención en la virtud de la prudencia y en las consecuencias de las acciones. Según esta perspectiva un acto es aceptable desde el punto de vista moral si los efectos del acto son los mejores, para la mayoría de la gente, teniendo en consideración los actos alternativos posibles. Originalmente, en las escrituras utilitaristas de John Stuart Mill y de Jeremy Bentham, la felicidad o el placer de los individuos fue adoptada como el criterio ético. Sin embargo, en el siglo veinte, el concepto de los beneficios para los individuos o la satisfacción de sus intereses e incluso el cumplimiento de sus objetivos, ha reemplazado la idea de felicidad.[8] En cualquier caso, los individuos afectados (si éstos son adultos competentes) son los jueces últimos de sus propios beneficios o intereses, y ninguna persona afectada por el acto puede ser excluida de ser considerada. El acto apropiado será el que, entre todas las alternativas disponibles, maximice los beneficios para la mayoría de las personas. Se encuentra el valor moral, según la perspectiva utilitaria, en el equilibrio del peso de las consecuencias buenas en contra de las malas, o en la minimización de las malas si se trata de una elección entre dos o más acciones indeseables.

Se puede usar la perspectiva consecuencialista o utilitaria en asuntos de la política social o en la evaluación de programas públicos. Las políticas que sirven a la mayoría de los intereses de la gente involucrada, deben tomar prioridad sobre las que sirven a unas cuantas personas con necesidades menos urgentes. Por ejemplo, el estado de Óregon en el noroeste de los EEUU ha racionado los servicios de la salud para servir primero a aquellos que los necesitan con más urgencia.[9]

---

[8] Peter Singer, Ética Práctica, Segunda edición, Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1995.
[9] Daniels N. Oregon's Rationing Plan: Lessons for Others. En Wiener J, Baker R, eds. Rationing America's Medical Care: The Oregon Plan and Beyond, Washington, D.C.: Brookings Institution 1992:185-195

La crítica más importante del utilitarismo, sin embargo, es que podría negar los derechos individuales, en favor de los beneficios para la mayoría. Por ejemplo, si una persona necesita tratamiento muy caro (como un transplante) y no puede pagar el costo, un hospital podría decidir que esta cantidad de dinero podría utilizarse para beneficios menos caros para más gente.

Se debe mencionar por otro lado que hay filósofos de esta perspectiva, quienes creen que hay reglas morales básicas que pueden maximizar los beneficios humanos. Según ellos el consecuencialismo debe incluir reglas o principios morales, como por ejemplo, "diga la verdad" o "respete sus compromisos" para complementar las decisiones sobre los actos en sí mismos. Pero esta versión del utilitarismo puede convertir esta perspectiva en un tipo de racionalismo de los principios universales, especialmente si la coherencia de las reglas reemplazara las consideraciones de las consecuencias benéficas.[10] (A veces las teorías éticas son mezclas de las perspectivas, o pueden cambiar las formas cuando incluyen demasiados elementos de otras perspectivas.)

La Ética Discursiva

Se debe mencionar una perspectiva moderna que se desarrolló en Europa y los países latinoamericanos hacía finales del siglo pasado. A partir de una crítica radical del racionalismo de Kant, unos filósofos perdieron confianza en la razón pura (a priori) como universal y válida absolutamente. A estos filósofos alemanes (Jurgen Habermas y Karl Otto Apel, por ejemplo) les pareció que era mejor tener confianza en el poder de la comunicación o el discurso para lograr principios universales los cuales, en torno, pueden determinar juicios morales. De hecho, según esta perspectiva, la única manera para lograr tanto la universalidad como la racionalidad es por un consenso intersubjectivo realizado por medio de

[10] R. M. Hare, Freedom and Reason, Oxford, UK:Oxford University Press, 1963.

interacción discursiva. Las normas éticas pueden pretender validez, en efecto, solamente si son aceptadas por todos los afectados como resultado de un diálogo en el cual todos los participantes puedan promover sus intereses desde posiciones de equidad de poder comunicativo. En la breve frase de la Profesora Ana Escribar W. de la Universidad de Chile,

> una norma sólo está justificada cuando es igualmente buena para cada uno de los afectados, lo que debe ser determinado por los propios afectados mediante un discurso real.[11]

Había debate entre los partidarios de esta perspectiva sobre la naturaleza del diálogo – si se necesita tratar con una comunidad actual, o sólo con una comunidad ideal. Pero hay un acuerdo extensivo al efecto que, en el ámbito de la política, la ética comunicativa requiere una democracia participativa en donde el poder es compartido con equidad. Además, puesto que esta perspectiva fortalece o potencia a los pobres y a las minorías de una sociedad en el diálogo moral, es una ética de liberación y de solidaridad social.

La Perspectiva Feminista

Una raíz importante del desarrollo de la perspectiva ética feminista es la psicología cognitiva de Jean Piaget y Lawrence Kohlberg.[12] Basada en los estudios seminales de Jean Piaget en la década de 1930, Kohlberg elaboró un análisis del desarrollo humano moral en seis etapas.[13] Las primeras dos son egoístas caracterizadas por "premio y castigo" (etapa 1) y la reciprocidad (etapa 2). Las siguientes son socio-céntricas cuando el adolescente se fija en modelos de rol (etapa 3) o en estructuras legales (etapa 4). En los estadios finales el

---

[11] "Raíces de la bioética en la tradición ético - Filosófica occidental, y actuales desafíos," http://www.uchile.cl/publicaciones/anales/8/estudios3.htm#RESUMEN.

[12] Véanse http://html.rincondelvago.com/desarrollo-moral.html

[13] Kohlberg, L. (1992): Psicología del desarrollo moral, Bilbao: Desclée de Brouver. Kohlberg, Lawrence; Power, F. Clark; Higgins, Ann, La educación moral según Lawrence Kohlberg, Barcelona: Gedisa, 1997.

individuo desarrolla su propia autonomía, al principio en forma de consenso democrático (etapa 5) y al final en la forma de principios universales (etapa 6).

En los años ochenta, una estudiante de Kohlberg, Carol Gilligan descubrió por medio de sus propios estudios empíricos, que el modelo kohlbergiano del desarrollo moral no aplica muy bien a las mujeres.[14] Averiguó que en promedio se evalúa a los chicos un nivel más alto que a las chicas. Esto no parece correcto a Gilligan porque "*todo el mundo*" sabe que las chicas tienen un sentido de la moralidad más elevado que los chicos. Así que Gilligan empezó a analizar las respuestas de las mujeres por separado de las de los hombres y encontró un modelo o una norma muy diferente.[15] Descubrió que el juicio moral de las mujeres está basado más en relaciones personales, en obligaciones familiares y en las contingencias de la situación que en normas éticas, leyes y teorías.

Por lo general, los filósofos feministas (tanto hombres como mujeres) afirman que la tradición ética occidental no ha tomado suficientemente en consideración la experiencia femenina. A diferencia de las perspectivas occidentales que tienen su enfoque en los derechos y los principios universales, el planteamiento feminista se centra en la red de relaciones personales de los individuos involucrados. Cada persona tiene padres, quizá hermanos y hermanas, quizá hijos propios, quienes tienen sus propios intereses y necesidades únicas y, de estas relaciones, surgen demandas y deberes éticos particulares. Las obligaciones morales no son universales, o al menos son universales sólo en parte. Son particulares y contingentes. La gente tiene que considerar las facetas únicas y particulares de las decisiones morales y actuar teniendo en mente el *cuidado* que se les debe a los individuos involucrados.

La perspectiva feminista trata de construir relaciones personales y sociales sobre los fundamentos actuales, a cambio de reconstruir la sociedad según algunas reglas universales,

---

[14] Gilligan, Carol; In a Different Voice, Cambridge, Harvard University Press, 1982.
[15] Gilligan Carol, Moral y la teoría, La psicología del desarrollo femenino; traducción de Juan José Utrilla (1985)

o un ideal abstracto. Las obligaciones de las relaciones actuales podrían ser más importantes que los principios de la justicia o la igualdad. Los detalles de las situaciones podrían ser de suma importancia puesto que cada situación representa una configuración nueva de los hechos. No es posible determinar ni lo bueno ni lo apropiado por medio de las reglas abstractas, del diálogo comunicativo, de los modelos ideales, o del cálculo de las consecuencias.

En consecuencia a todo esto, las feministas preguntaron a los psicólogos y a los filósofos teóricos, ¿por qué está la perspectiva racional y legal el estándar ético, como dijo tanto Freud como Kohlberg y todos los filósofos desde Platon hasta Habermas, mientras la perspectiva relacional no es aceptada como apropiada éticamente? La respuesta es que tanto la filosofía moral como la psicología son machistas; puesto que el pensamiento macho está aceptado como la verdad, se da prioridad al pensamiento racional, lógico, matemático. Desde este paradigma toda la ética trata de normas, reglas, principios. Hubo pocas teorías que pusieron énfasis en relaciones humanas, la caridad, los sentimientos, etcétera.[16] Así que es apropiado preguntarse quiénes son los filósofos que han definido la ética teórica. La respuesta es que, por el transcurso de la historia, éstos han sido hombres, y además blancos y de clases altas. La voz de las mujeres ha estado hundida, ahogada, acallada, silenciada por el propósito de control por parte de los hombres. La mitad de la raza humana ha estado excluida de la ética.

El Contextualismo y la Casuística Pluralista

La última categoría de esta presentación del pensamiento ético occidental está muy relacionada, con respecto a su método, a las perspectivas feministas. Ésta incluye perspectivas que tienen un enfoque en el contexto social actual de las decisiones morales. Los deberes morales y las obligaciones, según estas perspectivas, radican en los papeles y las

[16] La única excepción es la teoría de David Hume y nadie en la historia de la ética subsiguiente dio mucha importancia a Hume.

relaciones concretas, las cuales desarrolla el individuo en el transcurso de su vida. Las acciones morales no se pueden determinar por medio de estimaciones abstractas de los beneficios, la aplicación de reglas universales, la comunicación discursiva, o el cumplimiento de unos ideales conceptuales. El problema de estas perspectivas filosóficas es que no dan cuenta de las experiencias de los individuos en sus contextos históricos únicos. Las decisiones éticas, según la perspectiva "contextual," no se pueden separar de las situaciones reales, en las cuales los individuos toman estas decisiones, ni de las redes de sus relaciones sociales.[17] Según las perspectivas del contexto, un individuo puede descubrir sus propios deberes únicamente desde dentro de la estructura de su propia vida. Por consiguiente, la moralidad se basa en los detalles de la vida de un individuo, en relación con las vidas de otras personas.

Las perspectivas contextuales tienen una relación importante con la teoría histórica de la casuística. Históricamente, el método casuístico era usado por los rabinos y los cristianos desde la antigüedad. En la iglesia católica la casuística estaba muy de moda en los siglos XVI y XVII, destacado por los jesuitas cuando la práctica católica puso énfasis en la confesión individual y la absolución por parte de los sacerdotes. En aquellos tiempos los sacerdotes tuvieron que calcular la gravedad de los pecados de sus fieles y asignarles la penitencia. La práctica desarrolló en un método complejo de distinciones y diferencias relacionadas a distintos casos, tal método dio al padre confesor mucho control sobre las vidas personales de la gente. Eventualmente, el método casuístico se convirtió en un sistema minuciosamente detallado en libros de textos religiosos. Ésta fue una de las quejas de los protestantes quienes sustituyeron el sistema de la casuística de la confesión por la responsabilidad individual de la persona en su propia conciencia. En la época de la Ilustración, Blaise Pascal atacó el método casuístico tanto por sus complejidades como por su

[17] Joseph F. Fletcher, *Situation Ethics: The New Morality*, Philadelphia: Westminster Press, 1966

abuso; por ejemplo, en la fabricación de excusas o pretextos para justificar las acciones de los ricos y poderosos. Es por eso que hoy en día, comúnmente se usa la palabra "casuística" en el sentido de razón engañosa o falaz. La ascendencia del pensamiento científico provocó la idea de que la ética tenía que ser un sistema de reglas, leyes o principios dogmáticos. Desde esta época se ha concebido la ética de manera deductiva.

El sentido correcto de la palabra "casuística" es el análisis de casos -- un análisis basado en casos precedentes sobre los cuales hay un acuerdo común. La casuística, en este sentido, según Jonsen y Toulmin, es

> el análisis de asuntos y cuestiones éticos, utilizando procedimientos de razonamiento basado en paradigmas y analogías, los cuales conducen a la formulación de opiniones expertas sobre la existencia y el peso de obligaciones morales, expresadas en reglas y máximas generales, pero ni universales ni invariables.[18]

La idea central de la casuística es que, en vez de deducción de lo correcto desde principios éticos, se usa un método inductivo de comparación de casos para lograr una opinión en un caso particular. Se puede caracterizar la casuística en los siguientes puntos:

1. La casuística es un método para considerar y resolver problemas éticos, no un sistema que va a generar soluciones de manera lógica
2. Este método es pluralista. Toma en cuenta consecuencias, motivos, reglas, máximas, valores, ideales, dichos, aforismos, etc., que resultan de casos concretos. De hecho, toma en cuenta todas las perspectivas éticas occidentales que ya hemos revisado.
3. El resultado de este método es una conclusión probable, no cierta.
4. Diferentes individuos pueden llegar a conclusiones distintas usando este mismo método.
5. Cada caso es distinto, tiene sus propias condiciones, personalidades y consecuencias.
6. Se utiliza analogía y semejanza para clasificar los casos.

---

[18] Jonsen, Albert R. y Stephen Toulmin, *The Abuse of Casuistry*, Berkeley, CA, University of California Press, 1988, p. 257.

Filosóficamente, el método casuístico tiene sus raíces en la filosofía de Aristóteles porque Aristóteles hizo una distinción entre el pensamiento teórico-científico (episteme) que trata de descubrir leyes naturales y el pensamiento práctico (phronesis) que es particular y circunstancial.

La razón teórica se caracteriza por (1) objetos idealizados (como círculos o triángulos), por (2) su universalidad y atemporalidad y por (3) sus conclusiones necesarias. En contraste, la razón práctica se caracteriza por (1) objetos concretos, por (2) su temporalidad y localidad y por (3) sus conclusiones probables con grados de credibilidad. La razón práctica es usada, por ejemplo, tanto en la medicina cuando hay evidencias pero no certidumbre como en el derecho cuando el juicio depende en si o no los miembros del jurado creen en un testigo u otro. Y según Aristóteles, tal es la razón de la ética.

Se debe mencionar brevemente una interesante relación entre el concepto Aristotélico de la phrónesis y la perspectiva hermenéutica moderna. Hay muchos sentidos en la hermenéutica, incluso diferencias importantes entre el uso del concepto en teología y filosofía. Sin embargo, la idea central que llama mi atención es que en relación con la ética (y la política) es necesario lograr conclusiones y tomar decisiones basadas no en la lógica deductiva, sino en la acumulación de evidencia, razón, sentimiento y sentido común. La idea de una hermenéutica analógica explicado por Dora Elvira García González me parece relacionada estrechamente a la idea de la razón analógica casuista descrita por Jonson y Toulmin. Lo importante de esta perspectiva es su postura contextual sin subjetividad total. Según la doctora García:

> La phrónesis, como deliberación práctica que, ante la multiplicidad de experiencias humanas particulares, constituidas en gran parte por el habla, realiza una evaluación de los detalles, precisamente oscila entre dos polos. Por un lado, evalúa sin dependencia de reglas, y por el otro presenta como exigencia la necesidad de liberarse de los confines de la subjetividad privada… [19]

[19] Dora Elvira García González, Hermenéutica analógica, política y cultura, México: Editorial Ducere, 2001, p. 27.

Sin embargo, tengo dudas que voy a dejar de lado hasta el futuro desarrollo de la perspectiva hermenéutica. No estoy totalmente contento con una explicación de deliberación que oscila entre dos polos. Más al fondo de mis reservaciones se encuentra la manera en la cual los adherentes de la perspectiva hermenéutica siguen con el intento de lograr una filosofía universal (aunque no necesariamente absolutista). Creo que con respecto a la ética tenemos que abandonar la idea de normas universales a favor de un concepto de contingencia cultural. Sé que esto no va a resolver problemas interculturales, ni va a ofrecer soluciones definitivas a cuestiones dentro de una cultura. De acuerdo con la perspectiva casuista, creo que soluciones sobre cuestiones de decisión o acción dentro de una cultura pueden ser nada más probables y abiertas a revisión. No obstante, considero el desarrollo de la perspectiva hermenéutica una aportación importante a la explicación del pensamiento ético moderno.

Un ejemplo de la casuística: la muerte y el matar

En la bioética han sido discutidos varios tipos de muerte de un paciente.

a. El supuesto doble efecto, cuando el médico da al paciente un narcótico para su dolor pero éste provoca la muerte del paciente.
b. El retiro de un ventilador que mantiene la vida del paciente para dejarlo morir de manera natural
c. El rechazo de un procedimiento médico con consecuencia de la muerte del paciente, como el rechazo del uso de sangre por parte de un testigo de Jehová.
d. El suicidio atendido por un médico o un familiar.

De acuerdo con el método casuístico, se puede desarrollar la siguiente taxonomía del concepto de la muerte.

1. La muerte natural.
2. La muerte accidental.
3. El asesinato intencional de una persona inocente.

4. El suicidio.
5. La defensa personal de sí mismo.

Probablemente vamos a necesitar otras categorías, pero esta taxonomía es suficiente para empezar. Consideramos los casos siguientes:

1. El paciente murió de un cáncer incurable. Hay pocos problemas éticos con una muerte natural, salvo que se trata de una decisión por parte del paciente para rechazar tratamiento extraordinario o penoso o con poca probabilidad de éxito.
2. La muerte después del retiro del ventilador a petición del paciente o de su familia. ¿Es caso de suicidio atendido o de dejar morir naturalmente? La opinión común es que se clasifica como muerte natural.
3. La muerte provocada por el uso de la morfina para controlar el dolor. ¿Es asesinato o muerte accidental? Según el concepto de doble efecto, la muerte del paciente es accidental. Pero hay otra opción: según la máxima de que es apropiado elegir el menor de dos males, la muerte del paciente es preferible a su sufrimiento.
4. La muerte del paciente con esclerosis múltiple con ayuda de una manera u otra de su médico. Esto puede ser también el menor de dos males, siempre y cuando sea a petición del paciente. Por supuesto, la vida es un valor (decimos: la santidad de la vida), pero a veces la autonomía del paciente vale más.
5. El concepto de defensa personal es muy complejo. Si se trata de defensa de su propia persona, claro que matar a un agresor es justificado. Pero el uso de fuerza indebida (por parte de la policía, por ejemplo) no es justificado. La defensa personal debe ser proporcional a la necesidad. También puede defender a su familia y a otras personas inocentes bajo condiciones similares. Hay argumentos sobre la pena capital – si es una necesidad social o no. Además, puede defender su sociedad. La teoría de la guerra justa es una teoría casuística y muy complicada, pero mejor que otras teorías

éticas sobre la guerra. Con respecto a esto hay muchos argumentos sobre un ataque preventivo. ¿Es justo, o no, asesinar a un tirano igual a Hitler como defensa de su sociedad? El teólogo protestante Dietrich Bonhoeffer dijo que sí. Y si es justificada la defensa personal, ¿se justifica la defensa de su honor, o de su salud mental? ¿se justifica un ataque preventivo por parte de una mujer abusada por su marido?

Caso: El Placebo[20]

Supongamos que hay un hombre de cincuenta y ocho años que sufre una enfermedad mental. Su condición le da dolores en la espalda, en el cuello y en la cabeza que el ha controlado por medio de un narcótico llamado Talwin. No hay ninguna razón física de este dolor, pero el hombre cree que este narcótico (el cual se administra por cinco inyecciones al día) es la única solución para su problema. Lo que es más, cree que el narcótico no es adictivo porque ha leído (y es la verdad) que muchos narcóticos no son adictivos cuando son usados para dolores intratables. Supongamos que él entra en la sala psiquiátrica del hospital voluntariamente con la esperanza de hallar medios para controlar su comportamiento que se ha hecho un poco extraño e incluso una vergüenza a su esposa. Para controlar su dolor cree que es necesario adoptar ciertas posiciones físicas muy anormales. Al entrar en el hospital, le dice a su psiquiatra que no le permite a ella reducirle su medicamento. La psiquiatra, por su parte, cree que él es adicto y que tiene que quitarle la droga narcótica incluso sin su conocimiento o consentimiento. ¿Sería éste un engaño apropiado moralmente, o no?

Desde la perspectiva racionalista, éste es un caso de un tratamiento sin consentimiento informado. Viola un principio universal que protege un derecho humano muy importante. Sin otra racionalización, por ejemplo si el paciente no fuese capaz de decidir por si mismo, el engaño no sería apropiado.

---

[20] Se adapta este caso del libro *Principles of biomedical Ethics*, Tom Beauchamp y James Childress, 2nd Ed., Oxford: 1983 [basado en Levendusky y Pancratz, *J. Ab. Psych.* 84:2 (1975)]

Desde la perspectiva idealista, es probable que este engaño destruya la confianza del paciente con su médico y con el hospital; puesto que el éxito del tratamiento médico depende absolutamente de la confianza del paciente con su médico, el engaño es una práctica inapropiada.

Tal vez el utilitarista diga que el engaño sea necesario, puesto que el paciente era un drogadicto y no era capaz de decidir por sí mismo. Puede ser que el engaño sea la única solución que funcione puesto que el paciente rechaza quitarse el narcótico.

Finalmente, el feminista podría decir que esta decisión depende enteramente del carácter del paciente y la relación con su doctora. Si es una persona que tiene confianza en su doctora, es posible que entienda la necesidad del engaño y le dé sus gracias por el tratamiento más tarde. Si la relación médico-paciente no es bastante fuerte, este tratamiento engañoso sería peligroso y puede hacer más daño que bien.

Esto es un problema principalmente de la bioética clínica. Sin embargo, para proteger los derechos del paciente, una política bioética institucional debe manifestar que los médicos tienen una obligación (1) para explicar al paciente su estado de salud, (2) para informarle acerca del tratamiento propuesto, (3) para darle un recuento detallado de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento propuesto, (4) para proporcionarle información sobre otros tratamientos disponibles y sobre sus riesgos y beneficios potenciales y (5) para explicar las consecuencias probables si el paciente rechazara cualquier tratamiento. Además, (6) hay que hacer todo esto de manera adecuada al entendimiento del paciente y a sus necesidades para que éste pueda decidir sobre su tratamiento de manera libre y voluntaria.

Se puede ver que cada perspectiva ética tiene su interpretación propia y su propio planteamiento a este problema. En mi opinión, cada uno tuvo puntos importantes, lo cual conduce a un comentario final sobre la ética teórica y aplicada.

Una nota sobre absolutismo y pluralismo

¿La ética es absoluta y universal? Los partidarios de muchas perspectivas teóricas aparentemente creen que sí. Según muchos filósofos, para justificar sus opiniones morales, un individuo debe elegir una perspectiva u otra, debe defender esta perspectiva como absoluta en contra de las otras, y debe criticar las otras desde la perspectiva adoptada. La idea de que, a fin de cuentas, hay o puede haber más de una teoría correcta de la ética, no ha parecido filosóficamente racional.

No obstante y a pesar de esta opinión común, en el mundo social de hoy no hay tanto absolutismo ni universalismo. Como un asunto práctico, aunque mucha gente se incline por una perspectiva ética u otra, cada una de estas perspectivas tiene su propia aceptación en el pensamiento occidental actual. Además, mucha gente a veces usa elementos de varias perspectivas. Esta práctica podría hacerla parecer inconsistente desde el punto de vista filosófico, pero es la manera como piensa la gente verdaderamente y como vive su vida. Así que, a fin de cuentas, en realidad, no es enteramente irracional.

Además, aunque el absolutismo teórico y la consistencia intelectual son preocupaciones filosóficas, para considerar los problemas institucionales desde el punto de vista público es necesario respetar las perspectivas de todas las personas involucradas, especialmente si el objetivo de la discusión es el llegar a un acuerdo mutuo para determinar las acciones o las políticas de la institución. Como individuos, podríamos intentar ser consistentes con respecto de nuestras propias opiniones, pero ya que hoy en día vivimos en una sociedad plural, tenemos que adoptar una perspectiva inclusiva y tolerante cuando buscamos soluciones mutuamente aceptables. Puesto que nuestra sociedad es actualmente plural y multicultural, es necesario que la bioética institucional tenga en cuenta las perspectivas éticas de toda una variedad de individuos afectados. El objetivo es llegar a un acuerdo social que incluya tanto a los pacientes como al personal de salud.

Conclusiones

No se basa el planteamiento adoptado para el propósito de este análisis en una sola teoría de la ética, sino en la variedad de perspectivas occidentales tanto filosóficas como religiosas. Esto no implica que no existan diferencias importantes entre una perspectiva ética y otra, ni que todas sean iguales, ni que no haya otras teorías. El propósito de este planteamiento sinóptico es incluir a toda la gente involucrada en el campo del cuidado de la salud en esta discusión de los problemas surgidos por la dimensión de los negocios en campo. Decisiones institucionales son tomadas frecuentemente por comités o grupos de profesionistas y administradores. Se puede suponer que individuos de varias perspectivas forman parte de estos grupos, así que lo necesario es una perspectiva amplia para lograr un acuerdo común.

II

Análisis Ético y Estrategias Organizacionales

Tras considerar algunas perspectivas teóricas al plantear problemas de bioética institucional, lo que abordaremos a continuación es la pregunta de la implementación institucional: ¿Cómo pueden los administradores y todos los que toman decisiones y acciones dentro de la organización o por parte de la institución conocer y aplicar estos principios éticos? ¿Cómo podríamos llevar las perspectivas éticas para influir en las decisiones y acciones institucionales? En este capitulo revisaremos los métodos principales de análisis de problemas éticos, además de algunas estrategias que se usan en las organizaciones para abordar estos problemas.

Análisis Ético

El acatamiento legal

En primer lugar, existe el acatamiento legal y se debe puntualizar que la ley, en sí misma, contiene principios básicos, esencialmente éticos.[21] De este modo, encontramos ejemplos como el soborno y el fraude, que sin lugar a dudas son tanto inmorales como ilegales. También hay regulaciones legales acerca de la revelación de varios tipos de información a los tribunales, así como estándares legales para la formulación de las finanzas de las empresas. Actualmente en Estados Unidos, los hospitales que reciben apoyo del presupuesto federal deben tener un programa que procure el acatamiento de ciertas normas (*compliance*) para asegurar o verificar que su contabilidad es correcta y que los costos son

[21] Véase el análisis sociológico de Emile Durkheim, La división del trabajo social, México: Colofón, 2002.

acordes a los servicios prestados y a las regulaciones federales. Así que el acatamiento legal es en sí mismo el primer nivel de la perspectiva ética para decisiones y acciones institucionales.

Con respecto al consentimiento informado, por ejemplo, la Ley de Salud federal de México da a los participantes en investigaciones médicas el derecho de aceptar o rechazar tratamiento experimental. El Reglamento de la Ley General para la Salud en Materia de Investigación de Salud[22] dice que cualquier investigación que se realice en seres humanos deberá (contar) "con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal." Además,

> Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Le sigue una lista de información que el sujeto tiene que recibir y otros requisitos de ensayos clínicos. Las pautas de la ley y reglamentos para investigación médica son muy amplias y precisas.

No obstante, la ley no es tan clara sobre el consentimiento informado para tratamiento general (no-investigativo). Por consecuencia los pacientes pueden perder su derecho a controlar su tratamiento. Con respecto a tratamiento médico general, la Ley General de Salud dice que "Los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tienen derecho a (…) otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos."[23] Sin embargo, puesto que además de este artículo hay reglas con respecto a la negligencia y mala-práctica por parte de los médicos, la ley no da orientación adecuada para todas las circunstancias médicas: hay asuntos no previstos en la ley, hay leyes inexactas

---

[22] http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

[23] http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf

o que falta claridad, y hay leyes contrario al juicio moral de muchas personas. Por ejemplo, a veces es entendido tanto por los médicos como por los pacientes y especialmente con respecto a pacientes hospitalizados, que el médico podría recibir una demanda criminal por no hacer lo posible para prolongar la vida del paciente a pesar de los deseos del paciente o su familia. Con el propósito de rectificar o clarificar esto, los diputados del Distrito Federal del Partido de la Revolución Democrática (PRD) y de Alternativa Socialdemócrata presentaron una iniciativa de ley sobre el derecho del paciente para rechazar tratamiento heroico. La prensa reportó:

> La iniciativa de Ley de voluntad anticipada para el DF y de reformas y adiciones al Código Penal y a la Ley de Salud locales, permitiría a enfermos en fase terminal renunciar a todo tratamiento médico, o en caso de no estar en condiciones de decidir, que un pariente en primer grado lo haga por ellos, para evitar que se prolongue de manera innecesaria su vida. (…) En el desglose de la iniciativa se considera protección jurídica para médicos y aclara que nadie podrá suministrar medicamentos que aceleren el curso natural del deceso del enfermo en fase terminal.[24]

Esta clarificación involucraría, aparentemente, el derecho del paciente a pedir que los médicos y los auxiliares sanatorios (los paramédicos) no intenten la resucitación cardiopulmonario (RCP). Ahora se entiende frecuentemente que es requisito legalmente que el personal del cuidado de salud haga lo posible por salvar la vida del paciente, y esto requiere el uso de RCP en cualquier circunstancia, incluso cuando el paciente va a morir pronto y la RCP resulta nada más en prolongar la vida y el sufrimiento del paciente. De hecho, hasta la década de las sesentas esta era la práctica en muchos países. Personalmente, presencié la muerte de una anciana en 1967 después de resucitación cinco veces en el curso de dos días, prolongando su agonía innecesariamente. El médico me dijo: “Es necesario intentar RCP hasta que no funcione.” El punto de mencionar este caso no es enfatizar los usos trágicos de tecnología nueva, sino indicar que leyes anticuadas o la aplicación rigurosa de un entendimiento de la ley puede resultar en prácticas inapropiadas e inhumanas. El

[24] Mónica Archundia, Permitiría a enfermos terminales renunciar a todo tratamiento médico, *El Universal, 18 de junio de 2007*

contexto legal es una guía para la bioética, pero solamente si la ley está actualizada apropiadamente para reflejar el juicio común de la sociedad.

El planteamiento profesional

El Profesor Jorge A. Fernández Pérez de la Facultad de Filosofía, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla ha descrito el concepto de una profesión como la siguiente:

> La palabra profesión proviene del latín *professio, -onis*, que significa acción (…) de profesar. El uso común del concepto tiene diferentes acepciones, entre ellas, empleo, facultad u oficio que (…) una persona (…) tiene y ejerce públicamente; (…) o una confesión pública de algo (la profesión de fe, de una ideología política, - una persona profesa ser budista o socialista). En este sentido, "profesión" puede definirse como una actividad permanente que sirve de medio de vida o estilo de vida y que determina el ingreso a un grupo profesional determinado. En términos generales, se ha definido la profesión como una ocupación que monopoliza una serie de actividades privadas sobre la base de un gran cuerpo o acervo de conocimiento abstracto, que permite a quien lo desempeña una considerable libertad de acción y que tiene importantes consecuencias sociales.[25]

Claramente hay una diferencia importante entre "profesionista" y "profesional." Usamos la palabra "profesional," por ejemplo, para un jugador de fútbol mientras un médico es "profesionista." También hay diferencias entre profesión y ocupación y empleo y trabajo y estas distinciones son de índole moral.

La idea de una "profesión" se ha desarrollado desde la antigüedad, y se aplicaba a los oficios de sacerdote, médico, y abogado. Éstos eran personas con conocimiento técnico o especialización en un campo particular, al servicio de otras personas. La iglesia siempre ha consagrado individuos para ser sacerdotes – les ha dado poderes especiales y autoridad (como para perdonar pecados en el nombre de Dios). Los abogados obtienen su autoridad directamente de su conocimiento de la ley – pero era necesaria una autorización para dirigirse ante un tribunal civil. Incluso hay tribunales de la iglesia (puesto que la iglesia no va a

[25] Fernández, J. (2001). Elementos que consolidan el concepto de profesión. Notas para su reflexión. Revista Electrónica de Investigación Educativa, 3 (2). Consultado el 12 de diciembre de 2007 en: http://redie.uabc.mx/vol3no2/contenido-fernandez.html

someter sus disputas a cortes civiles) y hay sacerdotes abogados – personas con dos profesiones. Más tarde se nombraron entre los profesionistas, los arquitectos e ingenieros, diferenciándose de los albañiles, herreros y carpinteros.

Con respecto a los médicos, el desarrollo de la profesión fue un poco diferente. Hubo muchos tipos de medicina. Históricamente había una distinción entre médicos y cirujanos - después médicos científicos, yerberos, curanderos, quiroprácticos, acupunturistas, etc. Cada grupo tenía su propio acervo de conocimiento – a veces científico, a veces mágico y secreto. Esto condujo, eventualmente, a la necesidad de licenciatura, primero por las universidades y luego por el estado. El problema radicaba en la naturaleza de una profesión. La dificultad era que el público no podía determinar cuáles médicos eran confiables y cuáles no. Así que fue necesario (como al principio del Siglo XX) que los médicos publicaran si eran licenciados por una universidad o si tenían licencias del estado o incluso si eran certificados por grupos especialistas. Es por eso que se ven diplomas y constancias en las paredes de los consultorios médicos.

Como producto de este desarrollo histórico, hoy es posible definir o especificar la idea de una profesión como estructura social por medio de la combinación de las siguientes características:

1. Una profesión está basada en un cuerpo de conocimiento técnico. Los profesionistas usan términos técnicos y jerga técnica; y el público generalmente no entiende (o no quiere entender, o no tiene educación para entender) este acervo de conocimiento, sea científico o secreto.
2. Una profesión requiere una formación especial: educación de algunos años y un periodo de aprendizaje, porque no es cuestión solamente de conocimiento sino de habilidades. Normalmente son necesarios grados universitarios y exámenes de admisión por parte de la profesión.

3. El control por la profesión queda en manos de los profesionistas. La materia de formación o capacitación específica y los exámenes y la acreditación de los programas universitarios están bajo control de la profesión y sus miembros.
4. Se requieren licencias otorgadas por el estado para ejercer la profesión. A veces son licencias generales – como en la medicina y en la enfermería – y a veces son específicas – como los Notarios.
5. También la profesión, por medio de varios grupos, asociaciones o sociedades profesionales establece sus propias normas publicadas en códigos de la ética y de la deontología.
6. Colectivamente, la profesión hace servicio público para el control social de la profesión o la provisión de servicios a individuos que las necesitan.
7. Una de las características más importantes de una profesión es la actitud o la motivación de los profesionistas. Puesto que los clientes no tienen capacidad para evaluar los servicios que piden, es necesario que los profesionistas actúen teniendo en cuenta los intereses de los clientes y no sus propios beneficios financieros.

Claro que algunas de estas características llevan una importancia moral, especialmente el servicio público y la motivación por, o fidelidad a, los intereses de los clientes.[26] Es por eso que las profesiones formularon sus principios de conducta en códigos de la deontología. Estos códigos especifican varios estándares para los miembros de diferentes profesiones: médicos, abogados, sacerdotes, contadores, ingenieros, etcétera. En Estados Unidos estas normas están contenidas en los códigos de las organizaciones profesionales como el de la Asociación Médica Americana (AMA)[27] o del *American College*

---

[26] Émile Durkheim, *Leçons de sociologie: physique des moeurs et du droit*. París: Presses Universitaires de France, 1950; *Le Socialisme*. Paris: Alcan, 1928; y "Quelques Remarques sur les groupements professionels" en *De la division du travail social*. Paris: Alcan, 1902; “Algunas observaciones sobrela agrupaciones profesionales,” en *La división del trabajo social*. Traducción: Carlos G. Posada. México D.F.:Colofón, S. A. 2002.

[27] Véase American Medical Association, *Code of Medical Ethics*. Chicago, IL: AMA, 1997.

of Physicians.[28] En México hay códigos de la ética adoptados por grupos profesionales como la Código de Etica del Colegio de Pediatras del Estado de Sonora, A.C. [29] y la Asociación Mexicana de Cirugía General.[30] También hay códigos formulados por órganos gubernamentales como la Secretaría de Salud, la cual promulgó su Código de Conducta para el Personal de Salud en 2002,[31] y la Comisión Nacional de Bioética que publica actualmente su propio Código de Bioética.[32] También hay pautas codificadas para prácticas o especialidades específicas dentro de una profesión como las *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos de* 2002 del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y la Organización Mundial de la Salud CIOMS,[33] el Código de Ética Médica para el cirujano plástico de la Asociación Mexicana de Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva A.C., (A.M.C.P.E R.),[34] o las declaraciones del American Society for Reproductive Medicine (ASRM).[35]

A veces las instituciones por mismas establecen "códigos de comportamiento" o "normas de conducta" para profesionales o empleados como el siguiente modelo ejemplar:

Código Institucional de Comportamiento Ético

Para lograr los fines de esta institución, se ha establecido el siguiente código ético. Está establecido como normativo para las decisiones y acciones que se hagan o se emprendan en dicha institución o bien realizadas a su nombre.

Todas las personas relacionadas con esta institución tienen que:

1. *Cumplir rigurosamente todas las leyes federales y estatales, informar sobre infracciones a sus superiores, y pedir que se aclaren actividades que puedan parecer ilegales.*
2. *Evitar los conflictos de intereses, así como cualquier hecho que pudiera parecer un conflicto de interés, además de obedecer las políticas institucionales en cuanto a aceptar regalos o donaciones y en cuanto a la declaración de los intereses financieros.*

---

[28] Véase la cuarta edición del *Manual de Ética* del *American College of Physicians*, http://www.acponline.org/ethics/ethicman_sp.htm
[29] http://www.copeson.org.mx/CODIGO_DE_ETICA.htm
[30] http://www.bob-hall.net/
[31] http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ccps2002.html
[32] http://www.codamedver.gob.mx/bioetica2002.htm
[33] http://www.cioms.ch/pautas_eticas_internacionales.htm
[34] http://www.revistacirujanosplasticos.com/quienes/etica.asp
[35] http://www.asrm.org/Media/Ethics/ethicsmain.html

3. *Usar sólo métodos y principios contables reconocidos además de resolver cualquier disputa sobre las cuentas a pagar de manera justa.*
4. *Preservar los recursos de la institución contra el abuso o el derroche, y evitar el uso de recursos institucionales así como evitar el ejercicio de la autoridad derivada de un cargo particular en beneficio personal.*
5. *Proporcionar servicios de salud con todo el cuidado debido y no permitir que se niegue la atención médica de urgencia a cualquier persona que la necesite, y tampoco que se dé de alta a una persona sin que se garantice su seguridad personal.*
6. *Proporcionar servicios de salud conforme con el consentimiento informado del paciente y sus derechos, con especial cuidado para pacientes en condiciones vulnerables y pacientes que estén sometidos a tratamientos de investigación.*
7. *Tener presente los antecedentes culturales y las creencias religiosas de los clientes y sus familiares.*
8. *Preservar la confidencialidad de la información, tanto médica como personal, de los pacientes y de la información que sea propiedad de la institución.*
9. *Presentar a la institución, honesta y adecuadamente en publicidad y comercialización, así como en el manejo de sus relaciones con los medios de comunicación.*
10. *Llevar a cabo actividades en coordinación con el gobierno, de manera coherente con las políticas institucionales.*
11. *Respetar la dignidad de cada individuo y tratar a las personas (clientes, empleados o profesionales) sin que se haga distinción de raza, nacionalidad, edad, religión, género u orientación sexual.*
12. *Cumplir con las normas profesionales. Proporcionar los servicios de salud solamente si se tiene la capacitación apropiada, salvo en situaciones de urgencia.*

Así que los códigos y normas sociales (profesionales) constituyen un punto de referencia para el análisis de problemas éticos tanto individuales como institucionales. Sin embargo, en años recientes, algunos sociólogos han destacado un problema que llaman la "desprofesionalización."[36] Esto es un desafío a la idea de profesión misma por parte del capitalismo.

El único aspecto de una profesión que no está bajo control total de los miembros de la profesión misma, es la licencia. Las licencias provienen del estado. Por supuesto, los criterios o requisitos para obtener una licencia son establecidos por miembros de la profesión, pero la licencia en sí misma es función legal. La razón para eso es que la licencia sirve a un propósito público. El propósito es asegurar al público que el individuo licenciado es

[36] William C. Cockerham, Sociología de la medicina, 8.a Edición, México, Prentice Hall, 2002; Paul Starr, The social transformation of American medicine, New York : Basic Books, 1982.

confiable – que tiene educación, aprendizaje, etc. para ejercer la medicina o la cirugía. Se trata de control social.

Sin embargo hay otro lado en esta tortilla: La licencia autoriza a una persona para ofrecer servicios y para ganar beneficios. Es una licencia para ser empresario privado – de hecho, la gente con licencias forma un monopolio para la práctica de su especialidad, para ofrecer sus servicios. Así que la licencia juega un papel económico y hoy en día la economía, incluso la economía de las profesiones, está bajo el control de empresarios. Así que la práctica de cualquier profesión se encuentra bajo la presión de condiciones económicas. Médicos, abogados, arquitectos, ingenieros, incluso sacerdotes, trabajan para empresas e instituciones y las instituciones pagan – y quien paga, manda. Por consecuencia, a veces, algunas instituciones de medicina mandan que los médicos no tomen más de 10 ó 15 minutos por paciente. A veces mandan que receten medicinas más económicas que las más efectivas. A veces mandan que no envíen pacientes al especialista.

Esto provoca un conflicto entre las normas de buena práctica codificadas por la profesión y los intereses empresariales del negocio. Y en nuestra época, el capitalismo o la comercialización de la práctica profesional está ganando este conflicto – un proceso histórico que se llama “desprofesionalización.”

Caso Hipotético: Aprobación de un procedimiento cultural

Una antropóloga mexicana, la Doctora Maria Sánchez, estaba trabajando como ayudante para el desarrollo de una comunidad oeste-africana de Nigeria trasladada y establecida en un lugar rural de Quintana Roo. El propósito de la Doctora Sánchez era facilitar la integración de esta minoría en la sociedad mexicana sin la pérdida de su cultura islámica.

Desgraciadamente, una de las prácticas culturales y religiosas era la circuncisión “Sunna” o femenina -- llamada la "mutilación genital femenina" en el Occidente, porque este ritual consiste en la extirpación, generalmente violento, del clítoris. En la Declaración de Budapest (1993) la Asociación Médica Mundial condenó esta práctica tanto en las niñas como en las mujeres, así como la participación de los médicos en su ejecución. También la Organización Mundial de la Salud la condenó hace muchos años.

Después de mucha discusión con la señora Alatya Ségou, la líder religiosa de la comunidad musulmana, la doctora Sánchez propuso, en acuerdo con la señora Ségou, una práctica modificada del ritual Sunna. Como alternativa a la práctica tradicional, este nuevo ritual tendría lugar en el hospital IMSS, con un médico haciendo sólo una incisión menor única en vez de la extirpación del clítoris entero. La incisión, bajo anestésico local, no tendría ningún efecto adverso en la salud de la niña. La señora Ségou realizaría el ritual religioso.

La doctora Patricia Pérez-García, una pediatra, está de acuerdo con esta propuesta y llevaría a cabo la operación, si fuera aprobado por las autoridades del hospital.

La directora del hospital IMSS ha pedido la opinión del Comité Bioético para determinar si esto es consistente con el Código de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética y si este procedimiento afectaría al personal con respecto al Código de Conducta para el Personal de Salud. También la directora le envió al comité los siguientes artículos del Código de Ética de la Asociación Mexicana de Cirugía General para su consideración.

> *ARTICULO 10º. El cirujano general debe… buscar siempre que sus preceptos y convicciones morales prevalezcan sobre toda norma, reglamentación oficial o legal.*
>
> *ARTICULO 12º. El cirujano general debe mantener el honor y la dignidad propios de su actividad y velar por los intereses, derechos y bienestar de quien requiera de sus servicios.*

ARTICULO 14º. El cirujano general debe tener en su actuación un profundo sentido profesional y moral, de manera que ponga su quehacer y capacidad al servicio de la sociedad e impulse con ello su progreso y bienestar.

ARTICULO 24º. El cirujano general no debe apoyar, consentir o participar en la práctica de torturas o procedimientos inhumanos, cualquiera que sea el cargo de que sea acusado la persona involucrada.

ARTICULO 28º. Para todo procedimiento, diagnóstico o tratamiento, el cirujano general deberá contar con el "consentimiento informado" documentado por escrito y firmado por el paciente o familiares responsables.

ARTICULO 52º. En la indicación de la cirugía, el cirujano debe tomar en cuenta las condiciones del enfermo, la patología que sufre, así como los posibles beneficios y riesgos del procedimiento planeado.

ARTICULO 53º. El cirujano debe estar consciente que todo acto quirúrgico implica riesgo, toda vez que puede dar lugar a complicaciones y nuevas patologías. Por ello no es ética la realización de cirugía innecesaria.

ARTICULO 55º. El cirujano debe orientar la intervención quirúrgica a resolver el problema primordial del enfermo, por lo que debe evitar la cirugía adicional e innecesaria, al igual que la poli-cirugía, ya que ello aumenta los riesgos en el paciente.

El Código de Ética no es un documento legal, tampoco es un documento administrativo, es una guía para una adecuada Deontología Médica, y dado que su valor es esencialmente moral no puede establecer sanciones legales, civiles o administrativas.

Cada uno de estos artículos lleva consideraciones morales con respecto a este caso; unas a favor de la propuesta, otras en contra. A favor, se puede decir que la propuesta puede ofrecer un gran beneficio a la gente al sustituir una práctica peligrosa por una mucho más sanitaria; es un servicio a la sociedad (Artículo 12º y 14º). Por otro lado se puede considerar este procedimiento inhumano (Artículo 27º) y sin el consentimiento informado del paciente (Artículo 28º). Al considerar los beneficios y riesgos del procedimiento (Artículo 52º) por supuesto, no habrá beneficios a la salud del paciente, aunque se puede decir que sería evitando los riesgos de las prácticas actuales. Sin embargo, es una práctica puramente cultural y, desde el punto de vista de la salud, innecesaria (Artículos 53º y 55º). Además, es posible argumentar que puesto que el hospital hace circuncisión a los varones, es

discriminación no permitir este ritual religioso para los bebés femeninos. Contrario a la opinión popular, la circuncisión de varones no sirve a propósito alguna con respecto a la salud de los varones.[37] De hecho, a final de cuentas, el código es una guía y la decisión queda en los individuos involucrados (Artículo 10º) aunque los puntos del código sean importantes.

Declaraciones Institucionales de Propósitos, de Misión o de Fines

Otro planteamiento para el análisis de problemas éticos está basado en la "declaración de propósitos" (en inglés *mission statement*) específico a cada institución. Es normal en Estados Unidos que cada hospital establezca su propia declaración de propósitos porque es un requisito de su acreditación. Estos documentos que indican los principios básicos de la institución, pueden ser formulados como principios éticos o sencillamente como declaraciones de objetivos, valores o metas.

En México no se puede identificar este tipo de declaración tan fácilmente, posiblemente porque no es requerido por certificación como en Estados Unidos. Sin embargo, a veces es posible encontrar declaraciones similares por hospitales mexicanos como la del Hospital General de México.[38] Otras veces, las declaraciones de propósitos están incluidas en exposiciones de la historia de la institución.

Debo decir que frecuentemente las declaraciones de propósitos de las instituciones no sirven para nada; son formuladas por comités, presentadas a los directores para su aprobación, y después inmediatamente olvidadas. Muchas de estas declaraciones no son suficientemente específicas para dar dirección o consejos a los administradores o a los profesionales que desempeñan sus tareas en la institución. Esto es en sí mismo un problema ético, puesto que en estos casos, las instituciones no son guiadas suficientemente por sus

[37] http://www.aap.org/advocacy/archives/marcircum.htm
[38] http://hgm.salud.gob.mx/

propios estándares éticos, con el resultado de que los administradores y los profesionales actúen según sus propios intereses sin atender a las metas de la organización. En consecuencia, estas instituciones no tienen mucho sentido de la ética.

Por otra parte, una declaración de propósitos o principios bien formulada y utilizada activamente puede dar dirección a los funcionarios de la institución, lo cual permite que esta última mantenga su perspectiva ética. Es muy posible que en los negocios en general, o en el cuidado de la salud, una organización ostente principios éticos en sus decisiones y acciones, tales principios conduzcan a metas meritorias. A veces, por ejemplo, los hospitales católicos poseen este tipo de documento, y dichos hospitales se acatan a estos principios con mucho éxito. Algunos otros no lo hacen. Muchas personas han vivido la experiencia de trabajar en organizaciones cuyos fines son elevados y, posiblemente, también hayamos trabajado en otras que no tienen ningún sentido de responsabilidad ética con respecto a sus empleados o a sus clientes.

A veces la gente se pregunta dónde se pueden buscar los principios o metas ideales que una organización al cuidado de la salud debería adoptar y seguir. En 1999, realicé una encuesta sobre el contenido de las "Declaraciones de Propósitos" de 95 instituciones en Estados Unidos.[39] Calculé el porcentaje de instituciones que mencionaron metas o pautas relacionadas con varios asuntos en sus declaraciones. Los resultados fueron los siguientes:

Cuidado del paciente ……. 85 %
Médicos…… ……...54 %
Personal profesionista…….…… 49 %
Empleados ……..…….. 50 %
Servicios a la Comunidad……...…… 51 %
Educación Pública…….……. 46 %
Minorías ….…… …...…… 26 %
Tratamiento Gratis…… …… 27 %

[39] Robert T. Hall, *Medical Ethics Advisor*, 1999, “Hospital Mission Statements: What Do/Should They Say?” American Health Consultants.

Además existen ejemplos de declaraciones de propósitos y estándares generales que las instituciones pueden adoptar, como el siguiente modelo:

Es la meta y la misión de este hospital:

- *Ofrecer el cuidado de la salud a cualquier persona sin consideración alguna hacia la raza, la religión, o la identidad étnica y, hasta el límite de nuestros recursos, sin considerar la solvencia del paciente.*
- *Ofrecer programas sobre la educación de salud a la gente de esta región.*
- *Proporcionar la mejor asistencia médica disponible a nuestros pacientes, respetando su derecho a determinar el curso de su tratamiento.*
- *Utilizar las prácticas de negocio transparentes y éticas en el trato con nuestros pacientes, asociados profesionales, prestadores de servicios aliados, y socios de negocio.*
- *Proporcionar un buen ambiente de trabajo a nuestro personal tanto profesionistas como empleados incluyendo remuneración apropiada, las condiciones de trabajo saludables, y oportunidades para la educación y el ascenso.*
- *Utilizar los recursos proporcionados por los benefactores, fundaciones y entidades públicas tan eficientemente como sea posible en la búsqueda de estas metas.*

Una declaración de propósitos no es un asunto que normalmente se pueda sacar de los libros de texto que giren en torno a cuestiones éticas. Cada institución tiene que considerar sus propios propósitos, tiene que conocer de su historia, tiene que escuchar a sus pacientes y empleados, y a final de cuentas, tiene que formular sus propias metas y principios. El papel del análisis ético radica en orientar a la gente para formular y adoptar sus propios valores y fines, y usar estos valores en el desempeño de sus actividades. Las instituciones de salud podrán tomar decisiones apropiadas desde una perspectiva ética, sólo si tienen sus propósitos bien definidos y si se apegan a sus propios principios.

Caso hipotético: Los Testigos de Jehová en Santo Tomás

Existe en Santo Tomás, ciudad capital, una comunidad de los Testigos de Jehová muy activa. Es bien sabido que las reglas de esta religión prohíben el uso de sangre o de productos de sangre humana en procedimientos médicos. La doctrina de esta comunidad y la enseñanza de los Ancianos permite la recolección y el uso de la sangre propia del paciente, sólo si se encuentra en contacto continuo con el paciente y en circulación. Hoy día hay nuevos procedimientos, equipo y medicamentos disponibles para llevar a cabo cirugía sin el uso de la sangre. En varios países, como Brasil, hay clínicas o departamentos de cirugías dedicados a ofrecer servicios de salud para los Testigos de Jehová y a quienes quieran evitar el uso de sangre ajena.

En el hospital del ISSSTE en Santo Tomás, el doctor Miguel Fernández ha estudiado los procedimientos para cirugía sin sangre para darle atención a los miembros de la comunidad de Testigos. Él es bien conocido en la comunidad como un médico simpatizante y comprensivo de las preferencias y creencias religiosas de los Testigos de Jehová.

Después de un caso difícil en el cual el doctor Fernández salvó la vida de una joven testigo mediante procedimientos sin uso de sangre, los Ancianos de la comunidad de los Testigos de Jehová hicieron una propuesta a la directora del hospital para desarrollar un programa del cuidado de la salud sin uso de sangre. La propuesta incluyó los siguientes puntos:

1. Tomar medidas para proporcionar los medicamentos necesarios para la cirugía sin sangre.
2. Educar a un equipo de personal clínico, incluyendo al doctor Fernández, en los procedimientos quirúrgicos sin sangre.
3. Obtener el equipo necesario para realizar cirugías con circulación exterior de sangre.

Puede ser que la "Declaración de Propósitos" de un hospital indique que la institución ha sido establecida para ofrecer servicios de salud a una comunidad específica. No obstante

en este caso el hospital es del ISSSTE, su propósito declarado es servir a toda la gente en el sistema. Además, si la Declaración de Propósitos decía que los servicios de este hospital están disponibles sin que se haga distinción de religión, se deben considerar las necesidades de los Testigos.

Una Declaración de Propósitos no va a resolver todo el problema, pero puede indicar que el hospital tiene que hacer un esfuerzo - posiblemente proporcionando medicamentos, posiblemente educando a un equipo de personal, o posiblemente discutiendo con la comunidad de Testigos los medios para obtener los fondos necesarios para financiar el equipo técnico para realizar cirugías sin el uso de sangre.

El análisis *Stakeholder*

Otro método para análisis ética institucional está relacionado con la perspectiva utilitarista y racionalista, que tiene su enfoque sobre las consecuencias de las decisiones institucionales para toda la gente afectada y los derechos de esa gente. En años recientes esta perspectiva ha estado conectada con una idea de la filosofía de los negocios llamada en inglés análisis *stakeholder*.[40] Un *stakeholder*, en contraste con un inversionista o un accionista de una empresa, es cualquier persona que tiene un interés personal en las consecuencias (financieras u otras) de las decisiones y acciones institucionales o empresariales.

A pesar de que el término *stakeholder* en inglés sea poco atractivo, o que no exista una palabra equivalente en español, el sentido es que las decisiones y acciones de cualquier

---

[40] Calton, Jerry M., 1993, "What Is at Stake in the Stakeholder Model?" in Dean C. Ludwig, ed., *Business and Society in a Changing World*, 55-76, Lewiston, NY: The Edwin Mellen Press. Clarkson, Max B. E., 1991. "Defining, evaluating and managing corporate social performance" in L.E. Preston, ed., *Research in Corporate Social Performance and Policy*, vol. 12 : 331-358, Stamford, CT: JAI Press. Freeman, R. E., 1984, *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Boston, Pitman/Ballinger. Freeman, R. Edward, 1994a, "Stakeholder Thinking: The State of the Art," in Juha Nasi, Ed., 1994, *Understanding Stakeholder Thinking*, Helsinki, Finland: LSR-Publications.

organización deben ser consideradas teniendo en cuenta las consecuencias para toda la gente que se vea afectada por dichas acciones - es decir, todos los *stakeholders*. Como resultado, se pueden juzgar las decisiones y acciones de una organización por medio de un análisis de sus consecuencias para todos los individuos afectados. Puede haber disputas sobre cuales son las consecuencias más importantes de una decisión, y cuales *stakeholders* tienen los intereses más esenciales. Y, a fin de cuentas, una persona puede llegar a una conclusión, mientras que otra persona llegue a algo diferente. Sin embargo, el análisis *stakeholder* es un planteamiento para enfrentar decisiones enfocado en las consecuencias sociales de los actos.

Déjenme añadir un breve comentario sobre el análisis "costo-beneficio." Tanto bajo el planteamiento *stakeholder* como desde la perspectiva utilitaria, el análisis "costo-beneficio" es apropiado sólo con la condición de que se tomen en cuenta todas las consecuencias, no sólo los costos o beneficios monetarios, sino también las consecuencias para la sociedad y los individuos involucrados – todo esto en perspectiva de valores éticos. Es mejor explicar este planteamiento con un ejemplo:

Caso hipotético: Marta Rivera

Marta Rivera, enfermera licenciada con diecisiete años de experiencia, incluso con dos años como jefa del departamento de gerontología, trabaja en una clínica del IMSS en Santo Tomás. Hace un año regresó a su trabajo después de una licencia de seis meses para cuidar a su madre hasta su muerte. Desde su regreso, Marta ha tenido tres puestos temporales en el hospital y ahora está trabajando en el turno nocturno dentro del área de gerontología.

Sus compañeros de trabajo mencionaron que Marta había estado actuando extrañamente, incluso hiperactiva y emocionada. A veces estaba muy amigable y a veces muy propensa a discutir agresivamente. Una enfermera dijo que un amigo suyo le comentó

que había visto a Marta en compañía de unos drogadictos hacía seis meses. La directora de un departamento con quien había trabajado temporalmente dijo que se imaginaba la posibilidad de que Marta robara narcóticos del hospital, puesto que sus pacientes se habían quejado del dolor "más de lo normal" después de su turno. Otra jefa confirmó lo mismo y la Directora de enfermeras del Departamento de Gerontología dio aviso al Director de Recursos Humanos de este problema.

Desde el punto de vista del análisis administrativo, hay varios planteamientos de los cuales dispone el director:

1. Investigar y llevar a cabo una acusación formal frente a las autoridades competentes.
2. Despedir a Marta de la manera más rápida y sencilla posible sin informarla de la razón.
3. Reunirse con Marta, darle aviso del problema y ponerla bajo observación.
4. Incorporar a Marta dentro de un programa de ayuda psicológica.

Desde la perspectiva *stakeholder* se puede indicar que hay varios individuos o grupos involucrados o afectados por esta situación:

1. Los pacientes cuyos cuidados están en riesgo.
2. Marta, como una persona con un problema de salud y, además, como una empleada hábil y experimentada.
3. La Directora de enfermeras del Departamento de Gerontología encargada tanto de Marta como de los pacientes.
4. Otras enfermeras que tienen que trabajar con Marta diariamente y que tienen que tolerar su comportamiento.

5. El hospital con su reputación; este problema involucra la confianza de la comunidad. No se debe hacer caso omiso de este problema ni sólo trasladar a Marta a otro departamento.

Otras personas afectadas por esta situación incluyen:

6. La policía o agentes de narcóticos
7. Administradores del hospital con responsabilidades por ejemplo, si hubiese una queja de CONAMED
8. Empleados en general y políticas de la institución en cuanto a incapacidades.

El análisis *stakeholder* no va a resolver todo el problema, pero puede indicar las consecuencias que se deben considerar. El análisis debe tomar en cuenta qué personas son las más afectadas y cuáles son las consecuencias más importantes.

Estrategias organizacionales para la ética institucional

Dadas las perspectivas éticas que existen en nuestra cultura occidental y los planteamientos para aplicar estas perspectivas a problemas organizacionales, es apropiado que preguntemos ¿Cómo puede una persona o una institución específica desarrollar estrategias apropiadas para incorporar los valores éticos en sus actividades cotidianas, en su cultura organizacional y en sus decisiones de negocios? Necesitamos, por añadidura, maniobras para lograr la realización de una perspectiva ética dentro de una organización

A final de cuentas, el desarrollo de una estructura institucional o de un proceso organizacional para abordar problemas éticos es un asunto para cada institución particular. Sin embargo, aunque la estructura y los procesos organizacionales de las instituciones para el cuidado de la salud son muy diversos, hay estrategias generales que pueden sugerirse para que sean usados porpersonas o unidades responsables y abordar la bioética institucional.

Éstas son nada más sugerencias: lo más importante es que cada institución encuentre alguna manera de incluir la perspectiva ética en el proceso de la toma de decisiones.

Al principio debo decir que, cualesquiera que sean las estrategias organizacionales, no se puede esperar que la perspectiva ética sea importante a todo lo ancho de la institución si no es claramente importante en los niveles más altos de la organización; quiero decir a los altos directivos. Este principio aplica a todas las estrategias pertinentes: el ejemplo de los que se encuentran en los altos niveles ejecutivos es lo que cuenta.

Comités de bioética y consejo por anticipado

Frecuentemente los comités clínicos de la bioética en hospitales aconsejan a los médicos y a sus pacientes sobre problemas difíciles. Por ejemplo, si una familia está tratando de decidir si debe pedir al término del tratamiento del sostén artificial de la vida de un pariente anciano quien está semi-consciente, un comité de bioética podría jugar un papel importante como consejero. Regresaré a este punto en el capítulo VIII. De igual manera, un comité encargado de la bioética institucional podría interpretar un papel similar con referencia a problemas institucionales.

Esta estrategia es un proceso de consejo por anticipado o dictámenes consultivos. La estrategia tiene sus orígenes en la ética gubernamental. Los dilemas éticos de la vida pública son raramente cuestiones de si está bien o está mal simplemente – asuntos de si algo es blanco o negro. Los funcionarios gubernamentales, tanto profesionistas y administradores como empleados en diversos niveles, se encuentran a menudo dudosos de si una acción es aceptable o no desde el punto de vista ético. Enfrentados por problemas nuevos o raros, varios gobiernos estatales en Estados Unidos y Europa han usado con éxito un proceso que presenta asuntos dudosos a las comisiones de la ética para una aprobación anticipada o un dictamen consultivo. El proceso del dictamen

consultivo da a los funcionarios públicos una oportunidad para someter sus decisiones a revisión y para recibir consejo sobre estos asuntos *antes* de tomar alguna acción. De esta manera los oficiales elegidos, administradores y empleados públicos pueden asegurarse de que, si siguen el consejo, sus acciones no serán juzgadas más adelante como ilegales o contrarias a los principios del código ético del estado. Este proceso ha conducido a una acumulación importante de decisiones que sirven como precedentes para las acciones anticipadas. Por este proceso de dictámenes consultivos, la dimensión ética de las acciones se convierte en una parte normal de la consideración de las decisiones oficiales. Las preguntas que se presentan más tarde pueden ser revisadas a la luz de dictámenes tomados anteriormente. Este proceso tiene la gran ventaja de plantear, discutir y contestar las preguntas antes de tomarse nuevas decisiones.

El mismo proceso podía funcionar bien para un programa de ética para instituciones del cuidado de salud. Sometiendo las acciones propuestas para la revisión de un comité apropiado, el encargado podría obtener consejo por anticipado que bien pudiera incorporarse más adelante en su toma de decisiones. Este proceso es, claramente, muy parecido al proceso de la consulta de los casos clínicos actualmente usado por los comités hospitalarios de bioética. En la mayoría, las consultas clínicas de bioética son solicitadas por los pacientes y por los médicos con referencia a casos extraordinarios. La diferencia es que un proceso de dictámenes consultivos para la ética institucional acumularía un archivo de las pautas que podrían hacerse disponibles como referencia a otras personas en situaciones similares. Esta estrategia podría funcionar bien para asuntos tales como conflictos de intereses donde es probable que las situaciones problemáticas vuelvan a ocurrir de vez en cuando.

Considere, por ejemplo, un asunto simple del costo de un viaje por parte de la institución. La jefa encargada de las relaciones públicas va a tomar un viaje de negocios

del Distrito Federal, hasta Monterrey para asistir a una conferencia. Cuando la conferencia se termina, ella quisiera quedarse una semana más en Monterrey para visitar a su hermana. ¿Puede ella retrasar una semana su vuelo (pagado por la institución) para hacer esta visita personal? El comité de la ética institucional podría decir que sí, en la condición de que (1) se aprueba el viaje en sí mismo como necesario para los propósitos de la institución, (2) el permiso anual es aprobado para ese período y (3) ambas aprobaciones vienen de un nivel más alto que la persona involucrada. Esta opinión sobre los viáticos entonces fijaría un precedente para cualquier persona en una situación esencialmente similar en el futuro y los empleados podrían estar seguros de que, cuando sigan el ejemplo de este caso con sus tres condiciones, no van a enfrentar problemas éticos.

La dificultad principal con esta maniobra operacional es que frecuentemente los responsables no quisieran someter asuntos importantes a consideración del comité apropiado. Los individuos que están involucrados en acciones cuestionables tienen un interés en evitar que esas acciones atraigan la atención de otras personas dentro de la organización. Algunos asuntos, además, son demasiado confidenciales para ser discutido en reuniones de comité – por ejemplo un asunto que tiene que ver con el tratamiento psiquiátrico de un empleado. La confidencialidad puede estar comprometida si muchos representantes del personal, de la comunidad o del público, forman parte del comité de dictámenes consultivos por anticipado, aunque la inclusión de tales representantes sea apropiada para la consideración de muchos otros asuntos. Se necesita, posiblemente, un proceso separado para ocuparse de peticiones confidenciales.

Someter un asunto para su consideración a un comité de ética institucional requiere cierta confianza por parte de la persona que hace esto. Es posible que los que formen parte del comité para considerar el problema no sientan las mismas presiones o

tensiones que la persona que somete el problema y, por consecuencia, no entiendan la perspectiva de la persona pidiendo consejo. Además, la gente a veces tiene miedo que sus superiores la perciban como incompetente si piden el consejo (un estereotipo característicamente macho); otras veces, la gente puede temer que consideren que sus reservaciones respecto a varios asuntos sean triviales (un estereotipo característicamente femenino). La eficacia del proceso depende del establecimiento de la confianza del programa de los dictámenes consultivos.

Una discusión eficaz sobre la ética no es fácil dentro del ámbito social de muchas organizaciones: en situaciones de trabajo la gente no habla de las decisiones normalmente en términos éticos, o de la "buena" o "mala" moral. Éstos son términos cargados de emoción, y el plantear preguntas éticas puede parecer poco cooperativo o aun contrario al ambiente social de la institución. Pero no se necesitan considerar los asuntos cotidianos como "éticos" para ser considerados desde una perspectiva ética. La gente habla a menudo sencillamente de estar "cómoda" o "incómoda" con varias decisiones o acciones. La lengua no es tan importante como la sustancia: si el personal desea considerar preguntas éticas solamente como aspectos sociales o públicos de sus decisiones, eso es suficiente.

Las Auditorías Éticas

La segunda maniobra ejemplar para abordar asuntos de la bioética institucional es la auditoría ética. En años recientes, algunos investigadores, académicos y ejecutivos empresariales han realizado experimentos con varios métodos auditorios como medio para medir y mejorar su responsabilidad social.[41] La auditoría ética (o social) es un procedimiento para dar seguimiento, año tras año, al progreso del desarrollo ético de una

[41] Wood, Donna J., 1990, *Business and Society*, New York: Harper Collins Publishers; Zadek, Simon, Peter Pruzan and Richard Evans, Eds., 1997, *Building Corporate AccountAbility: Emerging Practice in Social and Ethical Accounting, Auditing and Reporting*, London: New Economics Foundation.

institución. La tienda *Body Shop*[42], un productor importante de cosméticos y productos de la salud empezó extensivas auditorias éticas y publicó los resultados de sus programas en los noventas del siglo pasado, también Starbucks[43] y *McDonald's*[44] han publicado un informe sobre su "Responsabilidad Social". Otros institutos de investigación tales como la Nueva Fundación de la Economía[45], *Tradecraft Exchange* [46], El Instituto de Desarrollo Empresarial de la Argentina[47], *Business for Social Responsibility*[48], y el *Centre for Social and Environmental Accounting Research*[49] han desarrollado modelos y sistemas de la contabilidad social, y además han servido como asesores externos.

Aunque la puesta en práctica de una auditoría ética puede ser tan extensa como se desee hacerla, la idea básica es relativamente sencilla. Tal como los asesores financieros recopilan la información necesaria, resumen actividades, utilizan estándares para determinar la eficacia y publican informes para los accionistas; una auditoría ética puede desarrollar estándares y objetivos, recoge la información y publica un informe sobre el impacto social de una institución.

La auditoría puede involucrar preparativos considerables, incluyendo la identificación de las relaciones y de los intereses de los *stakeholders*, la consulta con representantes o grupos afectados, la clarificación de los valores y metas de la institución, y además un proceso analítico de la revisión. Sin embargo, para empezar, todo este proceso no es necesario. Se puede comenzar solamente con los objetivos principales y un método para recoger los datos necesarios.

---

[42] The Body Shop, 2004, "*Values Reporting*," http://valuesreport.thebodyshop.net/
[43] http://media.starbucks.com.edgesuite.net/dotcom/csr_reports/CSR_es.pdf
[44] McDonald's, http://www.youtube.com/watch?v=S_bgP3ASUM4; http://www.mcdonalds.es/#/kitchen-video-visit/
[45] New Economics Foundation, http://www.neweconomics.org/gen/ (20/2/04)
[46] Traidcraft, 1998, "*Social Accounting*," http://www.traidcraft.co.uk/ (20/2/04)
[47] *"El Balance Social,"* http://www.google.com.mx/search?q=cache:f_ioJkSXGJUJ:www.ideared.org/doc/balance_social.pdf+%22La+Iniciativa+de+Informes+Globales%22&hl=es&ie=UTF-8
[48] http://www.bsr.org/index.cfm (17/3/04)
[49] Centre for Social and Environmental Accounting Research, http://www.gla.ac.uk/departments/accounting/csear/index.html (20/2/04)

Muchas instituciones del cuidado de la salud ya publican informes anuales que enumeran los datos de sus programas del servicio a la comunidad; publican encuestas sobre la satisfacción de los pacientes o de los empleados y otros indicadores del funcionamiento social. El efecto de un procedimiento sistemático de la auditoría ética sería regularizar este proceso. Los factores éticos pueden ser tan importantes para el éxito de una institución en el cumplir de su misión como los datos financieros son para su estabilidad. Es menos frecuente que las metas sociales sean analizadas tan cuidadosamente como los objetivos financieros. La revisión periódica del progreso ético o social por los responsables puede poner la misión de una institución en la agenda de la organización de una nueva forma.

Análisis de impacto ético para proyectos institucionales

Esta estrategia tiene que ver con decisiones institucionales contempladas como planes de negocios o proyectos de desarrollo de la institución. Normalmente, cuando hay un proyecto propuesto como, por ejemplo, un edificio nuevo para la administración o una clínica para el tratamiento de diabetes, es necesario tomar en cuenta los impactos financieros, los recursos humanos necesarios, la necesidad del proyecto para los clientes, los efectos ambientales y otros aspectos. Además, normalmente estos aspectos son sometidos a análisis por los profesionales competentes y responsables.

La idea de esta estrategia para la ética institucional es que proyectos de este tipo también sean sometidos a un análisis ético para tomar en cuenta los impactos éticos en la misión de la institución y en sus *stakeholders*. Se puede realizar una revisión de las consecuencias éticas de un proyecto institucional de varias maneras, por ejemplo, por medio de un grupo de profesionistas o a través de un comité de *stakeholders* representativos.

Además, la revisión en sí misma puede contar con análisis desde las perspectivas éticas y los planteamientos de análisis ya mencionados.

Se puede explicar este proceso por medio de una ilustración hipotética. Los administradores del hospital privado Los Ángeles en Santo Tomás están pensando en abrir un nuevo servicio quirúrgico. Hace tres meses un grupo de cardiólogos de Guadalajara, a 140 kilómetros de Santo Tomás, propuso el desarrollo de una sala de operaciones equipada para la angiografía y angioplastía. Dicen que van a abrir un consultorio sucursal en Santo Tomás para servirle a esa gente y que habrá gente suficiente en Santo Tomás para usar este quirófano al menos dos días por semana para empezar. Para considerar esta propuesta adecuadamente, los administradores del hospital han pedido informes a su contadora (un estudio costo-beneficio), a su ingeniero (un estudio del espacio y las remodelaciones necesarias), a su coordinadora de recursos humanos (una estimación de enfermeras y técnicos requeridos y su capacitación necesaria) y a su Comité de Bioética y Relaciones Públicas.

Los informes de la contadora, del ingeniero y de la coordinadora de recursos humanos llegaron a conclusiones positivas: el proyecto es factible y viable y puede rendir beneficios buenos.

El informe del Comité de Bioética y Relaciones Públicas no resultó negativo con respecto al proyecto, pero surgieron las siguientes preguntas tanto para los administradores como para otros profesionistas.

a. Han estudiado la demanda de este servicio desde el punto de vista de la salud de los pacientes. Según sus cálculos, la cantidad de pacientes que van a requerir este servicio fue un poco menos que la previsión del grupo de cardiólogos. Se preguntan ¿cuántos procedimientos pudieran ser necesarios para mantener óptimas las habilidades del equipo de enfermeras y técnicos? Esta pregunta fue dirigida tanto al Comité Médico del hospital como a la coordinadora de recursos humanos, puesto que

se trata de la capacitación y experiencia de los profesionistas. Había mucha evidencia sobre riesgos a la salud de los pacientes si no había suficiente volumen de procedimientos. Además, unos miembros del Comité Bioético se preguntaron también si los cirujanos cardiacos iban a "vender" la angiografía "innecesaria."

b. Unos miembros laicos del Comité, es decir unos miembros del público no relacionados al hospital, hicieron un sondeo informal de la comunidad sobre los servicios necesarios y descubrieron una demanda mucho más fuerte de servicios para aquellos con diabetes. Se preguntaron si no sería más importante construir una clínica para la diabetes en vez de una para la cirugía angiografica. Así que esa gente pidió un estudio comparativo de los dos propuestos. Otros miembros del Comité Bioético estuvieron en desacuerdo: dijeron que Los Ángeles era un hospital privado y podía desarrollar cualquier servicio que le gustara y tenía responsabilidad sobre los intereses de sus inversionistas.

Declaraciones de conflictos de intereses

Un "conflicto de intereses" consiste en una situación en la que un funcionario público tiene intereses privados que influyen o alteran el ejercicio de sus deberes oficiales. En el capítulo siguiente, se considerará este concepto; sin embargo es apropiado destacar aquí las "Declaraciones de Conflictos de Intereses" como procedimiento institucional importante para evitar conflictos que puedan conducir a acciones inaceptables éticamente o para disminuir los riesgos de conflictos ineludibles.

Es frecuentemente útil en una organización que cada empleado con responsabilidad para decisiones por parte de la institución firme una declaración jurada de no tener incompatibilidad ni conflicto de intereses para el desempeño de la función de

su empleo.[50] Esta declaración puede funcionar tanto como un compromiso por parte de los empleados como legalmente de manera de contrato, para divulgar conflictos en el futuro siempre y cuando ocurran. Se explica esta estrategia con todo detalle en el Capítulo III.

Conclusiones

He revisado cuatro planteamientos para abordar problemas ético-institucionales. El (1) acatamiento legal y los (2) códigos de órganos profesionistas son generales, puesto que se pueden aplicar a todas las instituciones, sean éstas para el cuidado de la salud, o no. Tanto (3) la declaración de propósitos y (4) el análisis *stakeholder* son más específicos para instituciones:.

Un comité administrativo de la organización podría aplicar, ampliar y adaptar la declaración de principios éticos de la institución a las decisiones o a las políticas actuales. Asimismo, este comité puede analizar los problemas y las políticas actuales desde la perspectiva de cada persona afectada. Las soluciones y, finalmente, la perspectiva ética de la institución tienen que surgir de un proceso de reflexión de la comunidad institucional, al tiempo que se plantean como un compromiso común.

No se necesita dictarle a institución alguna cuáles deben ser sus principios éticos, desde una perspectiva filosófica abstracta. Claro que tengo mis propias opiniones con respecto a las responsabilidades de una empresa para con sus empleados, sus profesionales, o el público. Pero cada institución tiene su propio carácter, su propia posición en la comunidad y su historia particular, y ninguna persona ajena puede dictar autoritariamente sobre sus principios. Los planteamientos y estrategias explicados aquí son nada más métodos para el desarrollo de una perspectiva común que puede guiar una institución en sus decisiones

[50] Véanse, por ejemplo, W K Kellogg Foundation, *Política de Conflicto de Intereses,* http://www.wkkf.org/default.aspx?tabid=63&ItemID=14&NID=34&LanguageID=1

organizacionales. El desarrollo de la bioética institucional es un proceso social. La bioética institucional trata sobre la cultura de una institución y el ambiente de una organización, además del compromiso del personal de todos niveles. Es necesario que la institución haga lo requerido al nivel de estrategias organizacionales para vigilar el desarrollo de su propia vida ética.

III

Conflictos de Intereses

Cada acción intencional del ser humano, cada decisión humana, tiene dos aspectos: la motivación del individuo quien toma la decisión, y la situación en la cual la acción está hecha o la decisión tomada. En este capítulo y el siguiente, voy a analizar acciones y decisiones institucionales, primero desde el punto de vista de los motivos de los individuos involucrados, y segundo desde el de las situaciones en las cuales las decisiones están tomadas y las acciones hechas – quiero decir, primero en relación con las razones para actuar, y segundo con respecto a las influencias externas sobre las personas involucradas. Debo anotar, por tanto, que estas dos perspectivas analíticas pueden ser aplicadas a los mismos problemas.

Los problemas éticos relacionados con decisiones de administradores o profesionistas en instituciones dedicadas al cuidado de la salud (como dentro de cualquier empresa) frecuentemente involucran motivos diversos y complejos. Raramente, si acaso, hay un motivo único para una decisión o una acción. Es por eso que los individuos responsables en la ejecución de decisiones o acciones experimentan conflictos de intereses.

Puede ser, por supuesto, que todos los motivos o razones detrás de una decisión o una acción sean adecuados y la decisión o acción no sea problemática, ni desde el punto de vista práctico ni desde la perspectiva ética. La mayoría de las decisiones diarias son de este tipo: hay opciones diferentes en relación con lo que hay que hacer, pero no hay consideraciones u objeciones éticas entre las alternativas. Sin embargo, a veces, la dimensión ética de una decisión o una acción *se hace importante* y necesita considerarse. En estos casos, casi siempre aparecen conflictos de intereses.

El Concepto del Conflicto de Interés

El conflicto de intereses más conocido, si no más común, trata de una decisión o acción de un empleado (o un administrador o profesionista) en la cual el empleado tiene un interés personal, particular o privado fuera de lo que es su obligación como empleado, administrador o profesionista a su institución o empresa, un interés de índole privado que podría influir de manera inapropiada en la ejecución de sus funciones y responsabilidades oficiales.

Esta definición contiene tres elementos básicos:

1. El interés personal de la persona involucrada.
2. Obligaciones de empleado, administrador o profesionista.
3. Una decisión o acción en la cual el interés personal puede reemplazar o influir en la obligación del empleo o de la profesión.

No hay nada malo en el hecho de que una persona siga sus propios intereses o los de su familia: esto es lo normal – uno se tiene que ganar la vida. Sólo representa un problema en el contexto de obligaciones a su institución empleadora. Hay varias maneras en las cuales un interés particular o privado puede ponerse en conflicto con las obligaciones del empleo. Se pueden mencionar las siguientes categorías con unos sencillos ejemplos:

1. Auto-contrato

Para el profesionista – un médico o cualquier otra profesionista de la salud – los intereses personales pueden estar en conflicto con el interés del paciente. Es un principio central de la ética médica profesional desde la época de Hipócrates que los intereses del paciente toman prioridad sobre los intereses personales del médico.

Si un médico, por ejemplo, requiere que el paciente se haga ciertas pruebas de rayos-X con el fin de establecer su diagnóstico y, para hacer estas pruebas, lo remite a un laboratorio cuyo propietario es el mismo doctor, verse beneficiado por los ingresos del

laboratorio representa un conflicto. Es inapropiado que la persona que decide si las radiografías son necesarias o no, reciba beneficios adicionales de su propio diagnóstico.

La situación involucra claramente un conflicto de intereses que se llama frecuentemente “auto-contrato”. Por un lado se encuentra el deber profesional del médico respecto de los intereses de su paciente; por el otro, el interés económico del médico como empresario. El médico tiene una relación de fidelidad con los intereses de su paciente y al mismo tiempo actúa motivado por sus propios intereses económicos.

Por supuesto que los conflictos de auto-contratarse no se limitan a la relación médico-paciente ni a los médicos mismos. Cuando en la actualización de las computadoras para un hospital, el director del mismo hace la compra de los equipos en la empresa de su hijo, se causa un riesgo evidente de pérdida financiera, ya que es posible que los mismos aparatos u otros de mejor calidad puedan adquirirse en otra tienda a un precio menor. El conflicto de intereses por parte del director del hospital es obvio: su obligación con la institución consiste en obtener las mejores computadoras al mejor precio en beneficio del hospital, pero se ve atraído por la posibilidad de ofrecer el contrato a su hijo. No importa que el beneficiario del contrato no sea la persona misma. Es el motivo lo que cuenta.

En estos casos podemos ver que el conflicto involucra directamente la motivación de las personas mismas. En el pasado este tipo de comportamiento se consideraba, hasta cierto punto, *normal* en el mundo de la medicina o en el ámbito de los negocios, puesto que no se tenía ninguna norma al respecto. No obstante, en realidad esta conducta tiene implicaciones éticas, porque puede debilitar el deber del médico a su paciente o la obligación del administrador a la institución.

De este modo, resulta evidente que estos conflictos de intereses revisten un carácter ético, por lo cual se debería contar con reglas o normas éticas que prohibieran o regularan estas anomalías. Tanto los códigos de ética profesional (médicos, de la enfermería, administrativos, de ingeniería), como las instituciones para el cuidado de la salud en sí

mismos podrían establecer reglas éticas mediante las cuales se prohíban, o se disminuyan, las prácticas que involucran conflictos de intereses. El siguiente es un ejemplo del "Código de Ética" de La Asociación Mexicana de Cirugía General:

> ARTÍCULO 39º. El cirujano no debe formular prescripciones de medicamentos, recomendar farmacias, laboratorios, gabinetes de diagnóstico, centros de atención o equipos de uso terapéutico con el fin de obtener con ello participación económica.[51]

Se debe mencionar que no es siempre posible evitar conflictos de intereses del tipo auto-contrato. Si la única clínica de rayos-X en una región rural, es una empresa la cual el médico ha establecido específicamente para el beneficio de sus pacientes, no se puede evitar el conflicto de intereses. Pero se puede disminuir el conflicto, si se hace la administración de la clínica de rayos-X separada de los beneficios del médico, si los precios fueron fijados independientemente, o si la clínica ha sido establecida sin beneficios económicos para el médico.

2. La aceptación de regalos u obsequios, sobornos o "mordidas"

En algunas culturas es considerado casi *normal* el dar y recibir regalos personales incluso en situaciones de negocios, y a veces se puede considerar necesario hacer negocios de esta manera. A pesar de lo mencionado, jamás será beneficioso a la institución desde la intención de obtener el mejor contrato. Los sobornos siempre hacen subir los precios.

Frecuentemente, los médicos aceptan regalos por parte de los agentes de empresas farmacéuticas, los cuales *pueden influir en* su juicio al momento de prescribir los medicamentos a sus pacientes. Hay bastante evidencia sobre los efectos e influencia de estas promociones. Es un tipo de conflicto de intereses reconocido por el público aunque poco admitido por los profesionistas; muchos médicos juran que los regalos no tienen influencia alguna sobre sus decisiones clínicas, lo que significa que no forman parte de su motivación. No obstante, hay evidencia suficientemente fuerte de la influencia de estos

---

[51] La Asociación Mexicana de Cirugía General, *Código de Ética*

regalos. Las empresas farmacéuticas en Estados Unidos gastan en promedio más de diez mil dólares *por cada médico al año* para la promoción de sus productos. Si las actividades de promoción – los regalos – no tuvieran el efecto deseado, los laboratorios no gastarían esa cantidad de dinero. Regresaré a este punto en el capítulo siguiente.

La lógica de los conflictos de intereses es la misma en el caso de regalos u obsequios pequeños, como en los de sobornos o grandes "mordidas." El Doctor Joseph F. Fletcher, uno de los fundadores de la bioética, contó la historia de un empresario rico, viajero en un avión, que ofreció a la azafata cinco millones de dólares por casarse con él. La azafata lo contempló y dijo que sí. El empresario entonces le preguntó si pasaría el fin de semana en su cama por quinientos dólares; la azafata atónita, dijo "¿Qué piensas que soy?" Entonces dijo el empresario, "El principio de esto ya está establecido, ahora solamente se trata de cantidad y precio." El punto del Doctor Fletcher fue que, si el soborno o el regalo *influye en* la decisión, ahí radica su importancia, sin tener en cuenta el valor del obsequio.

Hoy en día, hay una práctica igual, en sus consecuencias, a un soborno entre los hospitales privados en algunos lugares. Estos hospitales han construido edificios de consultorios para médicos de varias especialidades y rentan dichos consultorios por precios bajos en condición de que los médicos envían sus pacientes al hospital mismo. Si un médico no ha enviado pacientes suficientes al hospital por el mes determinado, tiene que pagar una renta más alta por el consultorio. Esta práctica es igual a un soborno porque es dinero de restitución por enviar pacientes al hospital. Esto crea un conflicto de intereses para el médico porque le da un motivo afuera de su interés en el bienestar del paciente y puede provocar hospitalización innecesaria.

3. El uso de la influencia

Algunas veces puede haber asuntos de conflicto de intereses, incluso cuando el individuo que realiza el conflicto no es la misma persona que toma la decisión. Por ejemplo,

la directora de una clínica decidió iniciar un programa de educación familiar sobre la diabetes. Para este proyecto se necesitaron ocho "Ayudantes Familiares" para enseñar a la gente diabética y a sus familiares los métodos de "prueba en casa" y como controlar la dieta. De pasada, la directora mencionó a su jefa de Recursos Humanos que su sobrina iba a solicitar una de estas nuevas posiciones. La directora no fue la responsable por las decisiones respecto del nuevo personal; sin embargo, obviamente, su influencia constituyó una presión para su subordinada. La subordinada ahora tiene un conflicto de intereses entre su obligación para emplear a las personas más calificadas y su deseo de cumplir con las expectativas de su superior.

Probablemente es abuso de poder por parte de la directora porque causó un conflicto de intereses para la jefa de Recursos Humanos. Por lo tanto, son interesantes las posibles variaciones de este asunto con respecto de las relaciones de poder dentro de la organización y los intereses de las personas involucradas, de manera que se pueden ilustrar las dimensiones flexibles e inciertas del concepto de un conflicto de intereses. Si la persona que hizo la sugerencia a la jefa de Recursos Humanos no fuera la directora de la clínica, sino otro jefe al mismo nivel de autoridad como la encargada de Recursos Humanos, ¿sería apropiado mencionar de la candidata? Aunque el jefe colega no es el superior de la jefa de Recursos Humanos, dentro de la organización los dos tienen que trabajar juntos; y alguna vez u otra, la jefa de Recursos Humanos solicitará un favor a su colega. Decimos frecuentemente "Te debo una." ¿O qué pensaríamos si la persona que hizo la sugerencia a la jefa de Recursos Humanos fuera un subordinado en su propia división?, ¿sería apropiada la mención de la candidata por parte del subordinado? Posiblemente sí, o posiblemente no; depende del deseo por parte de la jefa para contar con el apoyo de su subordinado, o si la motivación fue para obtener empleo para una pariente. Si la candidata para el puesto no fuera ningún pariente, sino una vecina o una conocida, ¿sería diferente la situación?; esto depende. Parece que el conflicto de intereses empieza a desaparecer. Imaginen que una

persona le dice a la jefa de Recursos Humanos, “conozco a una mujer en mi cuadra que sería perfecta para este puesto. Ya cuida voluntariamente a su vecina quien es diabética. Le hablé sobre el nuevo puesto y la animé a solicitarlo. Creo que es exactamente el tipo de persona que buscamos.” Esto parece más un caso de reclutamiento activo que el abuso de la influencia.

Tales eventos son frecuentemente característicos en el problema de conflictos de intereses. Pueden ser graves, mínimos o insignificantes, ir o volver; pueden ser obvios u ocultos, verdaderos o de apariencia. Debo decir, no obstante, que las instituciones siempre tienen su imagen social, y las apariencias pueden dañar la reputación de una institución, o de un administrador o de un profesionista, incluso cuando no hay conflicto de intereses. Es por eso que los códigos de comportamiento ético frecuentemente dicen que las personas relacionadas con la institución tienen que evitar, ‘no sólo los conflictos de intereses, sino también cualquier acto que pudiera parecerlos.’ Obviamente los conflictos de intereses no son casos de matiz blanco o negro, y muchas veces un “dictamen por anticipado” es tanto apropiado como útil. Un comité institucional puede determinar si existe conflicto de intereses, y también muchas veces puede sugerir una manera para evitarlo o disminuirlo.

4. El uso de propiedad, tiempo e información

Ordinariamente las empresas prohíben el uso de su propiedad o sus recursos para los propósitos particulares de sus empleados. Establecen políticas o pautas con respecto al uso del equipo, automóviles, etc., y es mejor si estas pautas organizacionales son para tratar a toda la gente de igual manera. Es bien entendido que una institución no debe perder dinero por causa de la expropiación de su propiedad.

Se hace otra consideración cuando los recursos son menos tangibles que la propiedad material, cuando se trata de tiempo o información. Claramente no es bueno si un empleado gasta la mitad de su tiempo de empleo haciendo sus propios negocios (sea una

empresa particular o sean solamente sus relaciones sociales). Por otra parte, no es inapropiado si un empleado hace una llamada telefónica de vez en cuando relacionada con negocios personales o su vida social. En cualquier institución debería haber pautas para esto.

También es mejor si hay pautas para el uso de computadoras e Internet. El permiso para el uso de estos medios de comunicación para propósitos personales *de vez en cuando* es normal. Esto puede hacer el trabajo más cómodo, pero el abuso del privilegio podría costar tiempo y dinero, y también podría tener un efecto negativo en el ámbito de la organización. Aunque habría diferencias entre instituciones, es importante que cada institución tenga sus propias pautas sobre el uso permitido y el abuso.

Además, es importante reconocer hoy en día que los programas de las computadoras son propiedad privada. En relación con la propiedad material, es obvio que si una persona roba a otra, la segunda pierde el uso de la cosa robada. Al contrario, cuando una persona toma una copia de MS-Word, o un CD de Ana Gabriel de otra persona o de la oficina, la segunda persona o la oficina no pierde el uso del programa o de la música: nadie se priva del uso de nada. Es por eso que a veces no tenemos el sentido de un robo de verdad. Necesitamos adaptar nuestras sensibilidades morales a la época electrónica.

Finalmente, el uso de información privada que una persona puede conseguir de la institución donde trabaja puede constituir otro conflicto de intereses importante. Yo conocía a un profesionista – doctorado en psicología – quien trabajaba dentro de una institución educativa en Estados Unidos. Su papel profesional dentro del sistema de educación pública era dar diagnóstico y consejo a los adolescentes con problemas sociales o psicológicos. También este psicólogo tenía su propio consultorio donde atendía a pacientes privados. Puesto que su ejercicio privado fue mucho más lucrativo, le pregunté una vez por qué continuaba con su trabajo en las escuelas públicas donde el sueldo no era igualmente redituable. Me dijo que las escuelas eran su fuente de pacientes. Cuando estaba tratando a

una paciente que pudiera pagar por tratamiento privado, o tenía seguro por medio de su familia, el psicólogo le ofrecía el tratamiento como paciente privado en su consultorio. Sin normas que lo permitan y lo regulen, este sucedo un uso inapropiado de información obtenida por medio de su empleo. Estos pacientes tenían que pagar tratamiento que debieron haber recibido gratis en las escuelas. El *Colegio de Licenciados en Administración del Perú* dice, por ejemplo, en su Artículo 21 que el profesionista

> deberá abstenerse de hacer uso de la información, de los descubrimientos o de los resultados que se deriven de los mismos, que conozca en tanto se halle al servicio de un cliente o patrocinador, en cualquier forma que pueda resultar perjudicial a los intereses de este último.

5. Empleo Ajeno

Hay varias maneras en las cuales otro empleo – empleo ajeno a la institución – puede ponerse en conflicto con las responsabilidades del puesto principal de un administrador o un profesionista. Si un administrador, un médico por ejemplo, encargado del formulario farmacéutico de un hospital (la lista de medicamentos disponibles) también trabaja como consultor o representante de un laboratorio farmacéutico para dar presentaciones sobre sus productos en conferencias médicas, esto puede constituir un conflicto de intereses. Claro que esta situación podría provocar varios de los conflictos ya mencionados; pero los dos puestos en sí mismos pueden estar en conflicto si sus intereses se oponen. Otro ejemplo sería si un inspector gubernamental del seguro inmobiliano -- un ingeniero por ejemplo – fuera empleado también por una constructora. Quizás conflictos de intereses de este tipo no son muy comunes, pero causan relevancia cuando ocurren.

Caso: Servicio gubernamentales y empleo privado

La Dra. Laura Montes Salagón es Licenciada en Biotecnología y doctora de ingeniería genética. En su papel de investigadora de la Facultad de Ciencias Naturales de la

Universidad Nacional Autónoma de México la doctora realizó un análisis de una especie de jitomate modificada genéticamente. El jitomate era desarrollado para incorporar una resistencia a insectos, específicamente el Gusano del Cuerno del jitomate (Manduca quinquemaculata). El análisis fue hecho por la petición del órgano gubernamental principal con respecto a la regulación de los organismos genéticamente modificados, la Comisión Intersecretarial de Bioseguridad de los Organismos Genéticamente Modificados (CIBIOGEM) y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT).

La Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente (1998) dice que "el aprovechamiento de especies de flora y fauna silvestre, así como de otros recursos biológicos con fines de utilización en la biotecnología requiere de autorización de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT)." Esta ley aplica a "la posesión, administración, preservación, repoblación, propagación, importación, exportación y desarrollo de la flora y fauna silvestre y material genético." La empresa global BioGenTec, Inc. ha solicitado permiso para importar y crecer esta variedad.

El propósito de la investigación era averiguar si esta especie podría matar insectos no objeto de la manipulación genética como, aparentemente, el polen de maíz Bt ya ha reducido la abundancia de abejas y probablemente de mariposas monarca. La Doctora Montes descubrió que, en la medida en que ella pudo determinar, el jitomate insecto-resistente no puso en riesgo a otros insectos. Sin embargo, no hay ninguna certidumbre en esto, debido a los muchos factores desconocidos.

La Ley de Bioseguridad de Organismos Genéticamente Modificados de 2005 incorporó una postura conservadora sobre organismos genéticamente modificados y afirmó que "el Estado Mexicano deberá aplicar el enfoque de precaución conforme a sus capacidades." Además dijo que, "Cuando haya peligro de daño grave o irreversible, la falta de certeza científica absoluta no deberá utilizarse como razón para postergar la adopción de medidas eficaces (...) para impedir la degradación del medio ambiente y de la diversidad

biológica." Sin embargo, tanto la CIBIOGEM como la SEMARNAT dependieron mucho de las opiniones de los científicos con buena reputación como la doctora Montes. La doctora abogó fuertemente por aprobación del jitomate transgénico y convenció a los órganos gubernamentales para que diesen su aprobación. Afirmó además, como parte de su testimonio, que no tenía ningún conflicto de interés y que su análisis era totalmente independiente. No había razón alguna para pensar de otro modo.

Cuatro meses después de la aprobación del jitomate transgénico, la doctora Montes aceptó una posición como Vice-Presidente de Investigaciones de la empresa BioGenTec. Insistió a los periodistas que no había algo inapropiado en esto y que su primer contacto directo (salvo que el recibir datos científicos con respecto a la aplicación) con la empresa ocurrió inesperadamente tres meses después de la aprobación final por parte de CIBIOGEM.

Este caso es problemático. Si por el momento suponemos que la doctora dice la verdad, que no hubo ningún acuerdo, ni expreso ni implícito, entre ella y BioGenTec, es muy difícil decir a una empleada profesionista que está prohibido aceptar otro empleo. Parece injusto limitar el cuándo o el cómo una persona puede ganarse la vida. Mas todavía, hay algo inapropiado en este asunto. Al menos, las acciones de la doctora ponen bajo sospecha la credibilidad de CIBIOGEM y esto trata de su fidelidad con su empleo universitario-gubernamental. Eric Raile ha nombrado a México entre los países que disponen de restricciones pos-empleo, pero no está claro si esto aplica a contratos universitarios.[52]

Perspectivas éticas y estrategias institucionales

Puesto que los motivos detrás de muchos conflictos de intereses son personales, los conflictos de interés, en primera instancia, son asuntos de integridad moral de los individuos, involucrando la justicia en el trato de otras personas e integridad en su fidelidad

[52] Raile, Eric, Manejo de los conflictos de interés en las Américas: una revisión comparativa. http://www.usoge.gov/pages/international/int_files/conflicts_americas_raile_spanish_0305.htm

a la institución empleadora. Éstos son valores personales relacionados con las perspectivas éticas discutidas en el Capitulo I.

Sin embargo, aparte de dependencia en integridad personal, hay algunas medidas que una institución podría tomar para evitar conflictos de interés o para disminuir sus malos efectos. El primer paso en la dirección correcta es el desarrollo de una cultura organizacional en la cual sea claro esperar que los empleados eviten conflictos de intereses y en la cual se clarifique que no se tolerarían ni abusos de poder ni el uso de la institución para obtener beneficios personales. Además, las instituciones del cuidado de la salud pueden tomar medidas específicas para establecer y mantener una cultura apropiada como las siguientes:

La Ley

Hay leyes para el manejo de los conflictos de interés con respecto al sector público en México. Según el análisis de la Oficina de Ética del Gobierno de Estados Unidos, estas leyes tienen la siguiente jurisdicción: conflictos de interés financieros; conflictos de lealtad; abuso del cargo; imparcialidad y equidad; restricciones pos-empleo; normas de conducta; financiamiento de campañas; contratos y compras públicos; procedimientos administrativos públicos; nepotismo; y acceso a la información.[53] Sin embargo, los poderes de investigación e imposición son débiles: órganos públicos pueden emitir dictámenes solamente no obligatorios y nunca pueden procesar a supuestos infractores. Con respecto al sector privado, hay pocas leyes salvo que sean sobre fraude como forma de robo.[54]

Como parte de la Organización de los Estados Americanos (OEA), se conformó el Comité de Expertos del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana contra la Corrupción (suscrita en la Ciudad de Caracas Venezuela en

---

[53] Raile, Eric, Manejo de los conflictos de interés en las Américas: una revisión comparativa. http://www.usoge.gov/pages/international/int_files/conflicts_americas_raile_spanish_0305.htm, informe de la Oficina de Ética del Gobierno de Estados Unidos de América.

[54] Hay un compendio de información relacionada con la ley mexicana en el URL: http://www.oas.org/juridico/spanish/mex.htm.

1996).[55] Este comité da consejo a los gobiernos de los estados participantes sobre medidas para controlar y manejar conflictos en el sector gubernamental.

Profesionalismo

En el ámbito de la medicina, la consideración del conflicto de intereses casi siempre empieza con una afirmación de la primacía o prioridad del paciente con respecto a los motivos del médico. Apreciamos un ejemplo de esta afirmación en las siguientes palabras del Doctor David Santos Atherton:

> El propósito primario del médico cuando atiende a un paciente es interesarse en conocer a esa persona, ganarse su confianza, aplicar el método científico para establecer el diagnóstico, prescribir la terapéutica y darle a esa persona un trato humanitario. Las acciones que lleve a cabo, que no estén dentro de esa norma, son intereses secundarios (como ganancias en dinero y otras) y constituyen un conflicto de interés. La intención primaria del médico es entonces el bien del enfermo que está ahí y ahora, no el de alguien distante, no el bien de la sociedad o el mayor bien para el mayor número. El médico y la institución de salud son agentes para el bienestar del paciente en el momento en que se establece el compromiso. (…) La esencia de este asunto es la expectativa del paciente de que el médico y el hospital van a actuar en su beneficio. Éste es el meollo moral de la medicina, el momento de la verdad clínica, lo que hace a la medicina lo que es. (…) El paciente no supone que el médico sea un instrumento de políticas económicas y sociales.[56]

Estas afirmaciones absolutas son muy comunes pero, casi siempre, hay calificaciones, como reconoce el mismo Doctor Santos: "Es evidente – dijo – que el médico funciona dentro de ciertas políticas económicas y sociales, y no puede ser totalmente independiente de ellas." Se puede añadir también que cada médico ejerce su profesión conformándose con su propia conciencia, y tal vez con las enseñanzas de su religión, en adición con los requisitos de las leyes. Estos imperativos también pueden producir conflictos de intereses. La prioridad del paciente es la piedra angular del código médico de la ética, pero no es un principio absoluto: puede ponerse en conflicto con principios éticos personales, doctrinas religiosas, políticas económicas, o la ley por sí misma. No obstante, el

---

[55] http://www.oas.org/juridico/spanish/Lucha.html
[56] "Conflicto de Intereses," en Jorge Luis Hernández Arriaga, *Bioética General*, México, D.F.: Editorial El Manual Moderno. 2002. p., 347.

principio de prioridad del paciente normalmente se refiere al conflicto entre el bien del paciente y los intereses financieros del médico.

Análisis Stakeholder

El análisis stakeholder toma en cuenta los beneficios y daños a los afectados por acciones. Desde la perspectiva utilitarista es posible calcular el daño a individuos debido a los conflictos de interés.

Aunque la mayoría de la gente cree que los sobornos y las "mordidas" son malas costumbres o prácticas inaceptables moralmente en el mundo de los negocios, no obstante, no está tan claro que la gente pueda percibir el por qué estas prácticas son inaceptables. El hecho es que, a fin de cuentas, estas prácticas producen conflictos de intereses. Si un administrador de una institución acepta una "mordida" a cambio de darle un contrato a cierta empresa, su decisión no está basada en lo que es mejor para su institución, sino en su interés privado de obtener la "mordida". De esta manera, la "mordida" sistemáticamente niega los mejores intereses de la institución.

Además, este sistema por sí mismo tiene un efecto importante en el mercado libre. El libre mercado está fundado en la idea de competencia, es decir, la competición para la compra-venta de productos y servicios de mejor calidad por precios baratos. Si las decisiones para comprar no están basadas en la calidad y en el precio de la mercancía, sino en el interés de los compradores en recibir las "mordidas" o los sobornos, ¿para qué es entonces el libre mercado o la competencia?

Declaraciones de Misión

Aunque las declaraciones de misión institucionales casi nunca mencionan protección contra conflictos de interés, muchas empresas e instituciones fundamentales han formulado reglas institucionales sobre este tema en sus códigos de conducta.

El Código de Conducta del Personal de Salud 2002, promulgado por el Secretario de Salud, el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Director General

del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, contiene las siguientes pautas relacionadas con conflictos de interés:[57]

- Abstenerse de utilizar con propósitos de difusión la información generada en la institución donde preste sus servicios, inclusive la que considere de índole profesional personal, a menos que cuente con la autorización correspondiente.

- Velar por la conservación del buen nombre y prestigio de la institución y, en caso de que identifique situaciones que los afecte deberá con lealtad, por los conductos institucionales, hacerlo del conocimiento de sus superiores o de las autoridades competentes.

- Con el fin de evitar conflictos de interés, no se podrá recibir de proveedores de material, equipo o medicamentos a su institución, comisiones u obsequio alguno, ni en dinero, ni en especie.

- El médico debe tomar sus decisiones sin influencias comerciales, por lo que no debe aceptar regalos personales, viajes, equipos o amenidades de compañías proveedoras para evitar conflictos de intereses.

Estas normas cubren muchos conflictos de interés, pero no todos. Otros códigos de conducta cubren otros puntos ya mencionados. Algunos contienen aspectos muy generales como el código del Hospital General del Estado de Sonora:[58]

> El interés de todo el grupo debe de prevalecer sobre el interés personal.
> Por lo anterior queda prohibido:
> 2.1) Beneficiar o perjudicar a terceros utilizando los privilegios de su puesto.
> 2.2) Aceptar regalos o privilegios a cambio de beneficios, a expensas del Hospital.

Estas dos normas podrían ser muy fuertes, pero todo depende de su interpretación y aplicación. Otros son muy específicos, como el código del Arkansas Children's Hospital (USA) con respecto a participación en decisiones institucionales:[59]

> Como personas, evitamos participar en cualquier decisión en la que tengamos interés personal en los resultados. Incluso, evitamos la apariencia de un conflicto de intereses divulgando completamente los hechos que puedan parecer un conflicto de intereses y acatamos la decisión de la gerencia o la Junta, según corresponda, en el caso de cualquier posible conflicto.

---

[57] http://www.salud.gob.mx/dirgrss/codigo/ccps2002.html
[58] http://www.cgeson.gob.mx/progetica/etica/COMITES/Archivos/HOSPITAL%20GENERAL%20-%20Proyecto%20de%20Codigo%20de%20Conducta.pdf
[59] http://www.archildrens.org/spanish/mission_conduct-es.asp

Comités institucionales y los "dictámenes por anticipación"

Como ya se ha mencionado, no es posible evitar todos los conflictos de intereses. No obstante, muchas veces es posible disminuir el conflicto o evitar consecuencias indeseables. La mejor manera para hacer esto es por medio de un proceso público dentro de la institución. Este proceso tiene su apoyo filosófico por referencia a la ética dialógica o discursiva discutida en el Capítulo I. Esto puede hacerse al someter la decisión o acción, con la cual el conflicto está relacionado, a un comité institucional - sea de bioética u otro de tipo administrativo. Lo anterior es un ejemplo del proceso peticionario de un "dictamen por anticipación" de un comité de bioética. Es importante, sin embargo, que este comité tenga al experto y la experiencia suficiente en estos asuntos.

Declaraciones de conflicto de intereses

Agencias y departamentos gubernamentales y empresas privadas frecuentemente, hoy en día, requieren que sus empleados, administradores y profesionistas firmen declaraciones de conflicto de intereses. El propósito principal de estos formularios es el revelar al instituto o a la empresa varios conflictos posibles entre sus empleados. La idea detrás de esta práctica es que, si los conflictos de intereses personales son bien reconocidos, los empleados estarían menos propensos a actuar por motivos particulares o en contra de los intereses de sus empleadores. Si un conflicto de intereses surge, lo cual debemos recordar es normal, el empleado sabrá que su superior está enterado del asunto.

Los formularios para una "Declaración de conflicto de intereses" frecuentemente incluyen los siguientes ítems (en formas de preguntas, afirmaciones o promesas):

1. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia inmediata (su cónyuge, hijos o parientes que residan en su hogar) algún interés financiero relacionado con nuestros negocios principales?
2. Si la respuesta es sí, por favor explíquelo:

3. ¿Alguna persona relacionada con nuestros negocios principales le ha dado un beneficio como consultor?
4. Si la respuesta es sí, por favor liste:

Caso Hipotético: Conflictos de intereses en ensayos clínicos

Vale la pena enfatizar aquí los conflictos de intereses posibles en el campo de los ensayos clínicos. Imaginemos que un médico asociado con el Instituto de Enfermedades Cardiovasculares, y pagado por sus investigaciones en calidad de especialista tiene además su propio consultorio privado. El doctor Francisco Ramírez, se pone en contacto con investigadores médicos de un laboratorio farmacéutico estadounidense. El laboratorio ha desarrollado una nueva medicación con indicaciones terapéuticas como las siguientes:

> **Insuficiencia venosa:** Várices, síndrome varicoso e insuficiencia venosa, flebalgias, pesantez de piernas, edemas estáticos de piernas, secuelas post-flebíticas, estados preulcerosos, hemorroides.
>
> **Riesgo vascular:** Del arterioscleroso, del diabético, del hipertenso, del paciente senil, accidentes vasculares oftalmológicos, hemorragias subconjuntivales y retinianas.[60]

Para llevar a cabo los ensayos clínicos requeridos, el laboratorio ha solicitado la cooperación del doctor Ramírez como investigador colaborador. Según el protocolo, ya aprobado tanto en Estados Unidos como por el Instituto Nacional de Enfermedades Cardiovasculares (INEC), el doctor Ramírez reclutaría pacientes apropiados y seguiría encargado de su tratamiento, aunque la mitad de la muestra recibiría el nuevo medicamento mientras la otra mitad el tratamiento estándar – con Daflon. El laboratorio farmacéutico, deseoso de acabar con este ensayo en cuanto sea posible, va a ofrecer al doctor Ramírez

[60] Diccionario de Especialidades Farmacéuticas, 49, 2003, México: Thompson, http://www.facmed.unam.mx/bmnd/plm/mex/productos/8925.htm

$600 USD por cada paciente incluido en el ensayo, o en el INEC o en su consultorio privado. En cualquier caso el laboratorio va a pagar los gastos del ensayo (atención de enfermería, medicinas, expediente médico, educación para el consentimiento informado, etc.), otra vez o al INEC o al consultorio privado. Sin embargo, este *obsequio especial* es un incentivo personal para reclutar sujetos, y no se puede pagar al INEC.

El doctor Ramírez explicó todo esto al Director de Investigaciones del Instituto y pidió su consejo con respecto a las normas del INEC. El Director de Investigaciones planteó al Comité de Bioética las siguientes preguntas basadas en la suposición de que el Instituto este realmente interesado en incorporarse a este ensayo multi-céntrico:

¿Es apropiado que un médico reciba este tipo de obsequio para pacientes enlistados en el ejercicio privado de su profesión?

¿Es apropiado que un médico reciba este tipo de obsequio para pacientes que reciben consultas por parte del Instituto?

Si es no (a la pregunta dos), ¿es apropiado que un médico ofrezca servicios privados y gratis a pacientes del Instituto si están incorporados en un ensayo?

¿Es necesario que les informen a los pacientes involucrados sobre el obsequio como un punto relevante a su consentimiento informado?

En cuanto a pacientes del Instituto, el doctor está efectivamente haciendo negocios privados por contrato o está trabajando para una empresa privada mientras, al mismo tiempo, desempeña su cargo para el INEC; así que el INEC está perdiendo el tiempo del médico. El Instituto puede aprobar esta práctica si está seguro que los pagos no van a influenciar el juicio del médico.

Con respecto a sus pacientes privados, no hay ninguna razón para no recibir compensación por participar en ensayos clínicos dado que el mismo médico no está certificando pacientes para ser incluidos en el estudio, ni haciendo el proceso de consentimiento informado. Puesto que el recibir dinero desde fuera para tratar al paciente es un conflicto de interés, el médico puede disminuir sus efectos por revelar los pagos a los pacientes. El ofrecer tratamiento privado gratis a los pacientes del Instituto es usar su puesto en el instituto para su propio beneficio.

El Asunto de la Soplonería

Un problema especial relacionado con la motivación dentro del campo de la bioética institucional surge cuando un empleado se encara a cierto comportamiento institucional la cual, en la opinión del empleado, o es ilegal o falto de ética. Esto crea un conflicto de intereses porque cada empleado tiene una obligación de lealtad hacia la institución, mientras que, al mismo tiempo, ella o él se sienten motivados a hacer algo con respecto a algunas prácticas dentro de la institución que se consideren ilegales o inmorales.

Los empleados que ponen al descubierto actividades erróneas generalmente pueden esperar ser maltratados por la institución misma.[61] La evidencia contundente de estudios acerca de la soplonería es que aquellos que dan el paso de reportar actividades ilegales o faltas de ética están a un paso de ser tratados con ostracismo, criticados, silenciados, maltratados, sin ser tomados en cuenta para los ascensos, o simplemente despedidos.[62] Y los soplones tienen usualmente pocos o ningún recurso. De hecho, a aquellos que decidan revelar malos actos puede que se les advierta prepararse para buscar empleo con una nueva compañía, y hasta de preferencia en otro campo de trabajo. Las corporaciones sencillamente no quieren gente que revele y exponga sus errores o actos negativos. Lo irónico de esta

---

[61] Boatright, John R., 1997, *Ethics and the Conduct of Business*, Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall; De George, Richard, T., 1990, *Business Ethics*, 3rd Edition, New York: Macmillan.
[62] Miceli, Marcia P. and Janet P. Near, 1992, *Blowing the Whistle: The Organizational and Legal Implications for Companies and Employees*, New York: Lexington Books; Westin, Alan F. 1981, *Whistle Blowing! Loyalty and Dissent in the Corporation*, New York: McGraw Hill.

situación es que las organizaciones realmente necesitan saber qué está pasando de paredes para adentro para que de esta forma los problemas se corrijan.[63] Las instituciones necesitan evitar los riesgos legales y ponerle un alto al mal uso de los recursos institucionales; aunque por lo general castiguen a los empleados que revelan esto.

Se pueden distinguir dos tipos de soplonerías: interna y externa. La soplonería interna consiste en reportar malos actos a las autoridades dentro de la institución, ya sean actos ilegales o acciones contrarias a los intereses de la organización. La revelación puede ser hecha a los supervisores directos, a los superiores inmediatos, al concilio legal, a un auditor interno, o a un oficial asociado.

La soplonería externa estriba en reportar actos malos a las autoridades públicas o a los medios informativos. Puesto que todos los empleados poseen una lealtad para con las organizaciones en las cuales ellos laboran, es generalmente por causa de dicha lealtad el que ellos tienen la obligación de reportar primero los malos actos a las autoridades internas antes de acudir a las autoridades legales competentes o a la opinión pública.

En cualquier caso, la decisión para exponer a la luz actos malos de parte de compañeros trabajadores o superiores, o actos malos de la misma organización (prácticas conocidas y condonadas por individuos en los niveles más altos) es ya una dificultad. Cinco principios pueden ser útiles al decidir cuándo la soplonería está justificada:

- Medios internos para resolver el problema deberían usarse al extremo antes de acudir a autoridades legales o a los medios informativos.
- La persona soplona debería tener suficiente evidencia del acto inmoral
- El daño real o potencial debe ser lo suficientemente serio como para sopesar el daño a la organización a causa de la exposición de los actos.

---

[63] Callahan, Elleta Sangrey and Terry Morehead Dworkin, 1991, "Internal Whistleblowing: Protecting the Interests of the Employee, the Organization, and Society, *American Business Law Journal*, 37:267; Baab, David A. and David T. Ozar, 1994, "Whistleblowing in Dentistry: What Are the Ethical Issues?" *Journal of the American Dental Association*, 125:199-205.

- El daño real o potencial debe de ser inminente.
- La exposición del mal acto no debe ser motivada por venganza contra individuos o en contra de la organización misma.

Algunos comentaristas dicen también que el beneficio hacia otros o hacia la organización misma debería sopesar las consecuencias malas que el soplón o su misma familia pudieran llegar a sufrir. Ésta es en realidad una consideración; el riesgo es grande y no debe ser minimizado o subestimado. Hay ocasiones en las que la soplonería pudiera ser moralmente justificable y, sin embargo, el individuo no se sintiría moralmente obligado a arriesgarse. Richard De George ofrece un extenso análisis de la distinción entre "la soplonería moralmente permitida" y "la moralmente requerida."[64]

Caso Hipotético: Soplonería.

María Sandoval, una enfermera licenciada, es una auditora contable del Departamento de Facturación en un hospital privado, con 180 camas. Su trabajo consiste en revisar los expedientes médicos y en confirmar los cargos hechos por los servicios prestados. Los cargos son, a su vez, enviados a las compañías de seguros de sus pacientes, siendo dichas compañías las que pagan las cuentas. Mientras que mucho de tal contabilidad es mera rutina, cuando aparecen discrepancias es el deber de ella identificar tales discrepancias y llevarlas a la atención de su superior. El supervisor entonces habla con el médico, o con la enfermera a cargo para determinar exactamente qué tipo de servicios fueron ordenados y cuáles fueron prestados. En algunos casos esto es también una cuestión de qué equipo fue usado.

Cuando Sandoval era nueva en este puesto ella pensaba que su supervisor tenía amplio conocimiento de la práctica médica y de los procedimientos generales en el hospital y podía resolver las discrepancias con facilidad. Sin embargo, más tarde, ella empezó a

[64] De George, Richard, T., 1990, *Business Ethics*, 3rd Edition, New York: Macmillan.

cuestionarse a sí misma sobre esto. Parecía haber veces en las que su supervisora mencionaba que ella sabía que algunos procedimientos eran normales y que cierto equipo siempre era usado, aunque los registros médicos mismos eran algo ambiguos. La supervisora raramente parecía confirmar los cargos con los doctores, o el servicio dado por las enfermeras. Más de una vez, cuando Sandoval quería preguntar por el cargo, un proceso, o por los suministros usados, simplemente su superior le decía que cobrara por el material más costoso porqué "ese era el que siempre se usaba", aunque ella sabía muy bien a través de otros registros que el material que más se usaba era del costo mucho más reducido. Un día, ella cayó en la cuenta de que su supervisora estaba simplemente resolviendo todas las ambigüedades cargando a los seguros los costos más altos. Es claro que esto le traería más ganancias al hospital, pero ciertamente iba contra el respeto que el hospital le debía tener a sus pacientes y a las diferentes empresas que le pagaban. Mientras más preguntaba Sandoval sobre esto, más molesta se ponía la supervisora. Finalmente, la supervisora le dijo a Sandoval que ésta era la manera como siempre se hacían las cosas en el hospital, que el Departamento de Facturación no iba a andar molestando a los doctores y a las enfermeras con esos detalles, y que efectivamente se les ofrecían a los pacientes suficientes servicios que a veces no se incluían en las notas como para cobrarles lo que les cobraban. Sandoval se pregunta si esta práctica sospechosa de su supervisora debería reportarse a los administradores de niveles más altos, o quizás a las compañías aseguradoras externas a la institución.

Este caso hace surgir muchas preguntas. Probablemente pudiera asumirse solamente que nadie se encuentra en peligro físico debido a la situación, así que Sandoval tiene tiempo para considerar sus opciones. ¿Cuánta evidencia debería ella tener antes de hacer algo? Las historias sobre los eventos que ocurren "normalmente" sin hechos específicos pudieran no ser suficientemente convincentes a los ojos de sus superiores. Pero al recabar evidencia específica para ser reportada, tendría el efecto de convertir a Sandoval en una investigadora.

Aun con suficiente evidencia, ella tendría que decidir cómo reportar el problema. ¿Debería ir ella a hablar con el superior de su supervisora de manera informal? Difícilmente se vería justificable el hecho de reportar la práctica a los inspectores de seguros sin antes traer el asunto a la atención de los oficiales del hospital. Finalmente, ¿cómo podría ella evitar el ser catalogada como una persona indigna de confianza si reportara esto?

No es fácil para una institución el desarrollo de políticas con respecto a la soplonería misma que darían a la institución el beneficio de tener a la mano el reporte de actos inapropiados, mientras que simultaneamente protegería a los empleados que hicieran tales reportes. Los empleados deben tener confianza en que los procedimientos para la investigación serán efectivos y no los dejarán expuestos a castigos vengativos. Las garantías en contra de los castigos vengativos por parte de superiores no podrán ser nunca absolutas y esto debería aclararse a los empleados desde el principio. Las políticas y procedimientos para la investigación necesitan ser explícitas; los empleados tienen el derecho de saber qué seguimiento se le dará a cualesquier reporte o acto reportado. Lo que es importante a la mayor parte de los empleados, sin embargo, es que la institución apoyará a aquellos empleados que reporten actividades ilegales o actos poco éticos.

Los empleados que trabajan en instituciones al cuidado de la salud tienen un interés especial en la protección contra castigos vengativos. Ellos mismos se ven como proveedores de cuidado hacia otros y esto siempre involucra obligaciones morales aparte de sus obligaciones a la institución.[65]

Conclusiones:

El análisis de conflicto de interés es una perspectiva muy poderosa en la ética institucional. Frecuentemente se trata de los dichos: "Sigue el dinero" o "El dinero es lo que

---

[65] Para un ejemplo interesante de la soplonería relacionado con el nave Challenger, véase Roger Boisjoly http://onlineethics.org/spanish/boisjoly/RB-intro-span.html

cuenta." Los motivos humanos son importantes porque todos nosotros estamos o podríamos estar tentados para hacer lo que pudiésemos para aumentar nuestros propios beneficios. Toma un sentido de integridad moral, además de una cierta cantidad de sabiduría práctica, para hacer nuestras acciones consistentes con los valores apropiados a nuestra sociedad civil. Muchas veces cuando la gente piensa en la ética, esto cae en el terreno de la motivación personal.

Sin embargo, la motivación no es el asunto primordial de la ética. La motivación es asunto personal, no obstante se puede analizar la ética, incluso los conflictos de intereses, desde el punto de vista de las presiones externas, lo que es más explícito, un asunto institucional.

IV

Presiones Externas

El otro lado del asunto de los conflictos de intereses – opuesto a la motivación interna que experimenta el individuo – es el conjunto de presiones externas que rodean a la persona encargada de tomar decisiones institucionales en el ámbito de sus actividades. Estas presiones se pueden generar en el complejo de intereses y condiciones dentro de la organización institucional o desde condiciones o relaciones fuera de la institución misma. En cualquier caso, son presiones externas al individuo en lugar de conflictos por motivos personales. En este Capítulo nos planteamos los aspectos éticos del manejo de estas presiones externas.

Presiones Institucionales

Además de los médicos, hay muchos profesionistas que trabajan en instituciones dedicadas al cuidado de la salud: enfermeras, radiólogos, anestesistas y otros técnicos; también trabajadores sociales y miembros del clero, además de especialistas como abogados, contadores, ingenieros y administradores. La mayor parte de estas personas tienen responsabilidades derivadas de sus actividades profesionales particulares, independientemente de las que hayan adquirido con respecto a su lealtad a las organizaciones del cuidado de la salud que les emplean y en las que trabajan. Así que en instituciones dedicadas al cuidado de la salud a veces existen problemas que involucran conflictos profesionales - problemas éticos que surgen frecuentemente de la relación entre los profesionistas y las obligaciones organizacionales de las instituciones mismas.

Cada profesión tiene normas que se pueden encontrar formuladas en los libros de texto o en códigos de conducta profesional. Normalmente, por ejemplo, existen estándares precisos con respecto al cuidado que proporcionan las enfermeras; éstas tienen que suministrar los medicamentos personalmente y verificar que los pacientes los tomen, además de contestar las preguntas de los pacientes y explicarles su estado de salud y el tratamiento necesario. A pesar de su importante papel, la presión de restringir los gastos provoca que los hospitales a menudo se resistan a emplear suficientes enfermeras para que proporcionen los servicios de manera adecuada. A veces los administradores creen que otros empleados, que carecen de la capacitación de una enfermera profesional, pueden desempeñar las tareas necesarias. Hasta creen que las obligaciones de las enfermeras deben ser limitadas a preparar y despachar los medicamentos, y revisar los expedientes. Algunos administradores incluso creen que la distribución de los medicamentos podría hacerse bastante bien por otros empleados. A veces sucede que debido a la presión institucional, las enfermeras no tienen tiempo suficiente para escuchar las preguntas del paciente y responder adecuadamente.

Tales conflictos organizacionales son más o menos normales. Suele ocurrir porque los directores o administradores tienen responsabilidades propias y estrategias de planificación, y necesitan que sus colegas, junto con sus subordinados dentro de la organización, cumplan o realicen los objetivos de sus programas. A veces dichos conflictos involucran principios éticos importantes, cuando las prácticas y los procedimientos de la institución resultan en la infracción de deberes profesionales. Entonces los conflictos dejan de ser normales e inciden en el ámbito ético.

En casos extremos, los conflictos profesionales pueden ser muy graves e incluso pueden involucrar actividades ilegales si llegan demasiado lejos. A veces, por ejemplo, los administradores presionan a los profesionales para obligarlos a manipular la ley, ignorando las normas de conducta de su profesión con el fin de obtener la respuesta deseada. Piénsese,

por ejemplo, en un abogado que tiene la obligación de revelar información en una audiencia del CONAMED y no lo hace por influencia de un superior; o un contador, que por presión ajena, manipula las cifras reportadas, las cuales de otra manera deberían ser transparentes. Los profesionales no deben sufrir presiones institucionales para hacer "pequeñas excepciones" a las normas o a los estándares.

La responsabilidad ética para respetar los normas y las pautas profesionales se hace evidente en prácticas de trabajo social. En Estados Unidos, el Código de Ética de la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales explícitamente reconoce que esta obligación puede anularse o desautorizarse por las instituciones que emplean trabajadores sociales e insiste en que la obligación para con el paciente no debe ser abandonada:

> Puede que surjan instancias en las cuales las obligaciones éticas de los trabajadores sociales estén en conflicto con las normas, leyes importantes o regulaciones de la agencia. Cuando tal conflicto ocurra, los trabajadores sociales deberán hacer un esfuerzo responsable para resolver el conflicto de una manera que sea consistente con los valores, principios y estándares expresos en este Código.[66]

El inevitable conflicto envuelto en esta situación extrema es reconocido por la ley en varios estados. En el Estado de Carolina del Norte por ejemplo, la ley apoya el papel de los trabajadores sociales como el de un abogado defensor de los pacientes aun cuando estén confrontados con presiones organizativas:

> Como empleados de instituciones o agencias, los trabajadores sociales son responsables de estar alerta para intentar moderar las presiones institucionales o normas que estén en conflicto con los estándares de su profesión.[67]

Caso: Trabajadores sociales y darse de alta del hospital

---

[66] Asociación Nacional de Trabajadores Sociales, NASW, 1997

[67] *Carolina del Norte, 1991*

A veces el asunto de dar de alta a un paciente del hospital es una fuente de conflictos entre los administradores y otros profesionistas en Estados Unidos. En un pequeño hospital privado en el estado de West Virginia le pidieron al comité de bioética que considerara el caso de una paciente que sufría muchas enfermedades incluyendo los efectos de una embolia cerebral, diabetes y la enfermedad de Crohn. En el transcurso del año pasado, esta mujer ingresó al hospital y fue dada de alta casi cada dos meses; usaba una silla de ruedas, y no podía cuidarse muy bien por sí misma en casa. Su marido de treinta y dos años era albañil. Tenían dos hijos maduros: una hija, quien estaba trabajando en dos empleos para mantener a su familia, y un hijo, quien estaba distanciado de su familia y vivía en otro estado. De vez en cuando, ya que esta paciente tenía miedo de quedarse sola en casa, viajaba con su marido al trabajo de éste y esperaba en su camioneta todo el día.

Este caso fue presentado al comité de bioética cuando la trabajadora social responsable del hospital se negó a dar de alta a esta paciente porque no podía cuidarse por sí misma en casa. La trabajadora social dijo: "No voy a darle de alta para estar en la camioneta." La trabajadora social, en nombre del hospital, cumplía con la responsabilidad para dar de alta a cualquier paciente solamente si alguien iba a cuidarla de manera efectiva. Sin embargo, por otro lado, el administrador encargado del hospital insistía en que se le diera de alta a esta paciente después de concluir con su tratamiento. Este administrador, igualmente por parte del hospital, cumplía con su cargo para preservar los recursos de la institución. Dijo que no era responsabilidad del hospital proporcionar alojamiento a las personas después de cuidarlas en sus enfermedades. Dar posada a cualquier necesitad no forma parte del propósito del hospital. En este caso hubo un conflicto de intereses profesionales – o sea un conflicto de intereses institucionales – entre las responsabilidades de la trabajadora social y el administrador. El comité bioética resolvió este caso bajo las consideraciones de (1) apoyar la obligación profesional de la trabajadora social y (2) por encontrar cuidado diurno para la paciente.

Perspectivas éticas

Las obligaciones de los profesionistas del cuidado de la salud en relación a los servicios al paciente son evidentes. Claramente los pacientes cuentan con los profesionistas del cuidado de la salud para proporcionar tanto servicios eficaces como consejo fiable. No es siempre bien reconocido que el personal administrativo del cuidado de la salud, para quienes los intereses de la institución misma son lo primordial, tenga obligaciones, aunque indirectas, para suministrar servicios adecuados a los pacientes – obligaciones tales que los ponen a ellos en una situación similar a aquella en la que se encuentran los que proporcionaron directamente los servicios profesionales. Y los administradores deben cumplir con esta obligación por el respeto a las obligaciones profesionales de los profesionistas que trabajan dentro de la institución.

El cómo lograr un acuerdo entre los miembros de una institución para desempeñar sus responsabilidades de manera coordinada es otra cosa. Es necesario un mecanismo organizacional para resolver conflictos, éste puede ser cualquier tipo de comité administrativo con poder para ofrecer consejo o hacer dictámenes consultivos - como ya mencioné en el Capítulo 2. Este comité puede utilizar el análisis *stakeholder* para encontrar soluciones y, por supuesto, darse cuenta de la "Declaración de Propósitos" de la institución. Lo ideal, desde la perspectiva ética, es llegar a alcanzar una visión comprensiva de la institución de tal forma que los intereses de todos los participantes coincidan más de lo que discrepen. No obstante, debido a la naturaleza organizacional de estos conflictos institucionales, es absolutamente esencial que los administradores del nivel más alto formen parte del comité o del proceso.

La resolución de problemas de conflictos de obligaciones o valores tiene mucho que ver con las perspectivas de la ética dialógica y el feminismo. Se pueden utilizar las perspectivas del racionalismo, consecuencialismo y virtudes para identificar los factores

involucrados en problemas éticos – beneficios a los *stakeholders*, derechos de las personas involucradas, e ideales de los roles y relaciones en una sociedad buena. Pero estas perspectivas sirven poco para resolver conflictos entre beneficiarios, conflictos de derechos humanos o incompatibilidades entre las obligaciones de sus papeles sociales. Por eso es necesario el diálogo, para poner en la mesa los intereses de todos los afectados y la perspectiva feminista para recordarnos obligaciones particulares. Al fin del análisis lo que cuenta, en el caso de la paciente con enfermedad de Crohn, es que el hospital no puede abnegar su responsabilidad porque ya ha aceptado esta responsabilidad para con la paciente. Tal es la esencia de la casuística.

Presiones desde fuera de la institución

Las presiones institucionales y los problemas profesionales son más o menos los distintos tipos de conflicto constante, hasta pandémicos, en organizaciones de negocios. Otros problemas, se dan por el sistema económico o surgen de conflictos entre empresas, brotan de presiones desde fuera de las instituciones mismas.

Presiones inherentes al sistema económico

Para empezar es importante darse cuenta de que algunas de las presiones externas se derivan del sistema económico del cuidado de la salud – específicamente de la manera en la cual los servicios del cuidado de la salud son pagados. En general, hay dos tipos de sistemas: (a) el público y (b) el privado.

(a) *Los sistemas públicos*. Dentro de un sistema de tipo público (IMSS, ISSSTE, SSA, etc.), o incluso, para los propósitos de este análisis, dentro de un sistema de seguros privado organizado como servicios integrales de la salud (lo que llamamos en inglés "*managed care*"), el sueldo mensual o anual del médico está pagado por la institución y su responsabilidad es ejercer su profesión (dar sus servicios), concordándose a las reglas de la

institución. Con respecto a la economía de su puesto, la obligación del médico es, al menos en parte, para con la organización; o, dicho de otra manera, la institución es su jefe. Debido a las presiones económicas, la obligación del médico de dar prioridad al interés del paciente (el primer principio del profesionalismo) puede llegar a estar en conflicto con las reglas o con los recursos limitados de la institución. Esto puede involucrar el tiempo disponible para cada paciente y la necesidad del "*triage*" (dar prioridad a pacientes con enfermedades más graves), o medicamentos (tal vez medicinas nuevas y caras que no se encuentran en el cuadro básico del hospital). Así que el médico puede experimentar un conflicto entre las necesidades del paciente y la presión de las directrices de la organización. Por a las presiones económicas, a veces hay límites en el equipo, en las camas hospitalarias, o en las medicinas disponibles, y dichos límites de recursos pueden restringir servicios directos a los pacientes.

Bajo el sistema de seguros integrales hoy en día, habría muchas quejas sobre atrasos en atención puntual y rechazos en la aprobación del tratamiento. Por ejemplo, un médico atendía a un paciente quien contaba con seguro de servicios integrales y dicho paciente requirió una intervención quirúrgica inmediata debido a insuficiencia progresiva del corazón. Sin embargo, la operación tuvo que ser aprobada conforme a las reglas de la organización. Esto podría constituir un conflicto entre la salud del paciente - la cual requería una decisión inmediata - y las cláusulas del seguro - las cuales requerían tiempo para una decisión. A veces las estipulaciones de los seguros retrasan el tratamiento y ponen en riesgo la salud del paciente. Más recientemente, la práctica de los sistemas de seguros integrales, bajo presión económica, ha sido denegar todos los servicios posibles, sean necesarios o no. Esta práctica es claramente inapropiada éticamente juzgada desde cualquier perspectiva ética.

Ha habido varias sugerencias para prohibir este tipo de presiones externas que hacen daño a los pacientes o disminuyen la calidad de los servicios. Estas sugerencias incluyen

procesos para revisar inmediatamente las decisiones para un tratamiento si hay quejas, la explicación del tratamiento ofrecido y el consentimiento informado (lo cual aseguraría que el médico tomará tiempo suficiente para explicar los riesgos del retraso o de la denegación), y una ley con respecto a los derechos del paciente. Este tipo de conflicto entre atención apropiada y las reglas del sistema podría ocurrir en cualquier sistema de salud integral, sea seguro comercial o un sistema público.

(b) *Los sistemas privados*. Hay gente que sostiene que la presión institucional debido al sistema económico es el por qué la medicina privada es preferible a la medicina pública. Dicen que en el sistema de medicina privado, el médico no experimenta ninguna presión económica institucional y por consiguiente, puede poner el interés del paciente en primer lugar.

Claro que no existe esta misma presión dentro del sistema privado, pero existe otra. En el sistema privado los servicios del médico privado son pagados por el paciente o por su seguro de gastos médicos cada vez que el paciente visite al médico y en cuanto a los servicios proporcionados – cada consulta o procedimiento. Lo mismo para otros recursos médicos necesarios. Con esto surge otra presión, pues el médico puede aumentar sus propias ganancias cada vez que haga otro examen u ordene otro tratamiento. Esta presión es se parece más un conflicto de intereses: tiene que ver con la motivación del médico, pero también tiene sus raíces en el sistema económico capitalista.

Así que la diferencia entre los dos sistemas económicos del cuidado de la salud, no es que el sistema público involucre presiones económicas y el sistema privado no, sino que los dos sistemas involucren distintas presiones. Mientras el sistema público puede llevar a alguien a tratamiento limitado o restringido, el sistema privado puede llevarlo a una pérdida de recursos por causa de tratamiento excesivo o innecesario. Se pueden debatir los méritos o las ventajas de cada sistema, pero bajo cualquier sistema financiero del cuidado de la salud va a existir la posibilidad de presiones externas - económicas - porque los médicos tienen

que ganarse el pan y esto puede estar potencialmente en conflicto con el cuidado óptimo de sus pacientes de una manera u otra.

Este problema no es tan reconocido por la clase media en países con recursos suficientes porque un exceso de servicios no pone la salud de los pacientes bajo riesgo; sin embargo, se trata más del incremento de los costos del cuidado de la salud, lo cual, a fin de cuentas, tiene el efecto de negar servicios médicos a mucha gente menos afortunada. Éste es el por qué en Estados Unidos ha subido hasta más de 16 por ciento del Producto Nacional Bruto, restando un 15 por ciento de la población sin acceso al cuidado de la salud; en tanto se queda entre 9 y 11 por ciento el PNB en países que tienen índices mejores en salud universal.

¿Pueden la gente tener más confianza en el sistema público que en un sistema privado? No es enteramente claro y no voy a aventurarme a alguna opinión. Pero póngase atención en este caso real: El Tío Paco sufría dolor de garganta y, después de tres días, fue a una clínica del IMSS. Después de veinte minutos en la sala de espera, ingresó al consultorio del doctor Rayes. El médico le hizo al Tío Paco cuatro o cinco preguntas sobre sus síntomas y le recetó un antibiótico. El Tío Paco recibió las píldoras de la farmacia dentro del mismo hospital, pero no las tomó. En vez de tomar la medicina, llamó al consultorio privado del mismo doctor Rayes e hizo una cita para las seis de la tarde. Fue al consultorio a la hora en punto donde esperó diez minutos. El doctor Rayes lo examinó otra vez, le hizo unas preguntas más, y después de veinte minutos le prescribió un medicamento de marca. Tío Paco pagó su cuenta en la recepción, compró la medicina en una farmacia pública, y regresó a su casa muy contento. Su dolor de garganta se fue el día siguiente.

¿Por qué el Tío Paco confiaría en los servicios del médico en su consultorio privado y no en los del mismo médico en la clínica del IMSS? Puede ser que el Tío Paco haya preferido o haya tenido más confianza en las medicinas de marca, o puede ser que el doctor haya cambiado la receta por otro antibiótico – no sabemos. Puede ser que sintiera más

confianza porque en su consultorio privado le pareció que el doctor le había prestado más atención. Aparentemente el Tío Paco tenía confianza suficiente en este médico. O puede ser que él tuviera más confianza en el sistema de servicios de salud en donde el conflicto de intereses se presente a favor de prestar más atención, que en uno donde le pareció que, si fuera verdad o no, el médico experimentó el conflicto de intereses entre su tiempo con cada paciente y la necesidad de cumplir con el horario de la clínica. Claro que el Tío Paco no culpó al médico por los conflictos de intereses inherentes los dos sistemas, pues seguía teniendo confianza en el doctor Rayes.

Caso: La farmacéutica hospitalaria

La licenciada Malú Villagrande era farmacéutica en la clínica del IMSS de Santo Tomás; ella sirvió a mucha gente con la Enfermedad de Alzheimer. Como parte de su responsabilidad les informó a los médicos sobre las indicaciones y los detalles clínicos de los nuevos medicamentos y a veces a los pacientes de farmacoterapia sobre la manera del usar las medicinas.

Con respecto al tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer hay medicamentos disponibles comercialmente – medicinas nuevas que se han mostrado muy eficaces en estudios clínicos. La medicina Risperidone (Risperdal), por ejemplo, tiene menos efectos secundarios que las alternativas y, según el doctor Richard T. Ham, "cabe efectivamente en la 'ventana terapéutica' entre el tranquilizante de comportamiento agresivo y un sedativo."[68] Mientras que la medicina Ebixa es la primera para tratar efectivamente los niveles más

---

[68] Richard J. Ham, MD, After the diagnosis: Supporting Alzheimer's patients and their families, *Postgraduate Medicine*, Vol. 101 / No. 6/ June, 1997. http://www.postgradmed.com/issues/1997/06_97/ham.htm

avanzados de Alzheimer's, o según información publicada por la Universidad Maimónides:[69]

> Los resultados de los estudios han demostrado que los pacientes tratados con Ebixa experimentan beneficios significativos en la memoria, el lenguaje y la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Ha demostrado ser efectivo al disminuir significativamente los niveles de agitación/agresión, delirios e irritabilidad en pacientes con enfermedad de Alzheimer.

Aunque estos medicamentos están aprobados, no están disponibles en el cuadro básico del IMSS por su costo excesivo.

La licenciada Villagrande no está en desacuerdo con la decisión del IMSS en no ofrecer estos medicamentos. El sistema tiene un presupuesto limitado y la farmacología está generalmente de acuerdo con las prioridades establecidas. Ella piensa, sin embargo, que tiene el deber de informar a los pacientes que estas medicinas están disponibles aunque no sean ofrecidas por el IMSS.

La Licenciada Villagrande mencionó que forma parte de la Sociedad Española Farmacia Hospitalaria que tiene su propio Código de Ética Farmacéutica, el cual enlista los siguientes principios dentro de la sección sobre relaciones con el paciente..

- La primera responsabilidad del farmacéutico es procurar el bienestar del paciente.
- El farmacéutico promoverá el derecho del paciente a tratamientos terapéuticos eficaces y seguros.
- El farmacéutico proporcionará una información veraz y adecuada a cada paciente.
- El farmacéutico respetará la autonomía y dignidad del paciente.[70]

---

[69] Ebixa disponible para el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer moderada. Publicado por Licenciatura en Gerontologia, Universidad Maimónides. http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2006/2006/01/ebixa_disponible_para_el_trata.html

[70] Sociedad Española Farmacia Hospitalaria, www.sefh.es/pdfs/CodigoEticaFarmaceutica.pdf

Estos principios implican, según la licenciada, un deber para informarles a los pacientes porque los pacientes quizá querrían pagar estas medicinas por ellos mismos.

El director de la clínica IMSS está en desacuerdo. Dice que es la política del IMSS no proporcionar este tipo de información a los pacientes porque (1) los pacientes van a perder confianza en la institución si se dan cuenta de la existencia de medicamentos que no están disponibles, (2) los pacientes van a solicitar o demandar medicamentos no disponibles y (3) debido al alto costo, la mayoría de los pacientes del IMSS no pueden pagar estas medicinas por su propia cuenta. Así que le ordenó a la licenciada Villagrande que no dijera nada sobre estas medicinas a los pacientes. La falta de honestidad en no dar información provoca quejas como la siguiente:

> Lo peor del caso es que los médicos solo recetan "lo que hay" aun cuando lo que recetan no les va a servir a los pacientes (…) Si no tienen el medicamento que sana a las personas, háganselo ver, y denle la opción de comprarlo en alguna farmacia X (…) porque lo único que provocan es que la persona se atrase más en su salud. [71]

Perspectivas éticas

Para resolver problemas de este tipo se pueden utilizar las estrategias ya mencionadas – comités consultivos, análisis *stakeholder* y declaraciones de propósitos. Sin embargo, a veces los problemas surgen afuera de la institución. Supongamos, por ejemplo, que la licenciada Malú Villagrande tiene un deber profesional para informar a los pacientes sobre las nuevas medicinas no disponibles en el cuadro básico. No sé si esta política de no informar, mencionada en el caso, sea en verdad la política del IMSS o si el director estaba haciendo política de su propia opinión. Sin embargo, a veces hay problemas organizacionales con un sistema nacional, o incluso con las leyes del estado. Si los problemas surgen realmente desde fuera de la institución, todos los miembros de la institución pueden tener un deber para abogar por cambios en las reglas o las leyes.

---

[71] Roberto Robles 16 Feb, 2007 http://www.opinaelpueblo.com/?p=42#comment-643

Responsabilidades éticas u obligaciones morales pueden convertirse en preguntas sociales o políticas. Y es deber tanto de los miembros de una institución como de la institución misma el influir al desarrollo de políticas sociales, programas gubernamentales y leyes. En este caso es apropiado que el IMSS desarrolle una política para informar a los pacientes de todos los tratamientos posibles, incluso si está solamente disponible fuera del sistema.

Relaciones con laboratorios farmacéuticos

Pueden surgir problemas institucionales con respecto a sus relaciones con cualquier otra empresa, pero hoy en día la relación con los laboratorios farmacéuticos es de crucial importancia. No es ningún secreto que el desarrollo, elaboración y producción de medicinas es un comercio grande.

En México hubo ventas anuales de aproximadamente $10 billones de USD en 2004. México tiene la cuota más grande del mercado farmacéutico en Latinoamérica, como se puede ver en la tabla siguiente:

Cuota del mercado latinoamericano: 2004[72]

País	**% del mercado**
Perú	2.0
Chile	3.6
Colombia	5.2
Venezuela	7.0
Argentina	22.2
Brasil	28.5
México	31.7

Además, con una expansión del mercado farmacéutico entre 1999 y 2004 de 12% en México - la más grande de Latinoamérica - el pronóstico es que esta cuota va a crecer rápidamente hasta casi el 40%.[73]

Tampoco es un secreto que para los laboratorios farmacéuticos este comercio rinde beneficios extraordinarios. Los beneficios de los laboratorios en Estados Unidos (que

[72] IMS Health: http://www.ims-global.com/insight/news_story/0103/news_story_010315.htm
[73] IMS Health: http://www.ims-global.com/insight/news_story/0103/news_story_010315.htm

derivan en parte del comercio farmacéutico en México) incrementaron en un 17.2 por ciento en el año 2002 (después del costo de las investigaciones y el desarrollo de nuevos productos) - 3.7 veces mayor que los beneficios en promedio de las empresas más grandes.[74]

Y menos secreto es que los laboratorios farmacéuticos gastan mucho dinero en la promoción de sus productos. En el año 1998 esto significó $12.7 billones de dólares en Estados Unidos – un presupuesto igual a más de $10,000 por médico al año en promedio. En mis consultas personales con un médico privado en Querétaro, México, en 2004, observé la primera vez en la sala de espera de su consultorio 3 pacientes y 4 representantes de laboratorios farmacéuticos, y en otra ocasión 3 pacientes y 3 representantes.

Según un estudio extensivo llevado a cabo en Stanford University, el presupuesto total de las promociones farmacéuticas desde 1998 se dividió de la siguiente forma.[75]

Presupuesto de las promociones farmacéuticas desde 1998

	Billones $USD	**%**
Muestras gratis	6.6	51.9
Representantes en Consultorios	3.5	27.8
Representantes en Hospitales	.7	5.5
Publicidad para consumidores	1.3	10.5
Publicidad en revistas médicas	.5	4.3

El propósito de estos grandes gastos por parte de los laboratorios es el aumentar la venta de sus productos. Y la presión de estas promociones está enfocada primariamente en los médicos, quienes recetan las medicinas. Esto, por su parte, produce un conflicto grave porque el juicio de los médicos, el cual debe ser ejercido por parte de los intereses de sus pacientes y también tomando en cuenta los intereses de las instituciones que pagan las

[74] Kaiser Foundation, 2002
[75] *Study calculates outlay of pharmaceutical marketing.* Stanford Report, May 21, 2003.

cuentas con recursos limitados, está influenciado por la presión externa de las promociones. Las decisiones de los médicos y a veces las de los administradores están comprometidas por esta presión externa.

Hay mucha evidencia de los efectos de esta presión, misma que voy a indicar en seguida. Sin embargo, no necesitamos mucha evidencia empírica para concluir que la presión externa de las promociones de los laboratorios farmacéuticos tiene el efecto deseado. El mercado libre constituye un experimento científico por sí mismo y los laboratorios saben los resultados. Sin lugar a dudas, los laboratorios no gastarían tanto dinero, si no fuera útil para sus ventas y sus beneficios.

Déjenme someter a consideración los siguientes puntos en relación con este grave asunto – la presión externa por parte de los laboratorios farmacéuticos:

1. Del total de $12.7 billones gastados en Estados Unidos en el año 1998 por actividades promocionales de los laboratorios farmacéuticos, aproximadamente 85 por ciento fue gastado en contactos de representantes de estas empresas con médicos. Este dinero incluía muestras gratis de medicinas (casi la mitad) y regalos directos. Entre los regalos se encontraban libros, equipo médico y computadores de mano, además de almuerzos, banquetes y fiestas de varios tipos. El propósito de estos obsequios, especialmente en el caso de estudiantes y médicos residentes, no era el soborno directo, por supuesto, sino establecer una relación cordial entre los representantes y los médicos o los estudiantes, lo cual puede ser útil más tarde cuando el representante quiera solicitar una cita para promover sus productos. “Los médicos que aceptan regalos,” dijo el doctor Norman Fost, director del programa de la bioética de la Universidad de Wisconsin, “están mucho más dispuestos para hacer una cita con el representante. Y hay estudios que demuestran que los médicos con

buenas relaciones con los agentes de ventas están más dispuestos a recetar sus productos."[76]

2. Recientemente los laboratorios farmacéuticos han cambiado sus estrategias promocionales. En vez de regalos para médicos, estas empresas ahora ofrecen equipos médicos, patrocinio de programas educativos, computadoras para los consultorios, y software para mejorar el ejercicio de la medicina. Estas promociones ayudan a los pacientes en vez de incrementar las ganancias de los médicos. A muchas personas les parece que estos obsequios, que beneficiarían a los pacientes, serían más apropiados que los regalos para los médicos. Otras dicen que los propósitos y los efectos de estas nuevas estrategias son idénticos al pasado, y que el propósito de todas las promociones todavía es la venta de productos farmacéuticos, así que sigue la presión.
3. Encuestas empíricas sobre promociones de productos farmacéuticos muestran claramente la influencia de estas actividades. En un estudio de revisión con 29 artículos, publicado en el *Journal of the American Medical Association* en el año 2000, la doctora Ashley Wazana concluyó que la interacción entre médicos y la industria farmacéutica había afectado claramente la conducta de los médicos.[77] La frecuencia de los contactos con representantes de empresas farmacéuticas fue asociada con costos más altos de las medicinas recetadas, reducida tendencia para recetar medicinas genéricas y recetas menos racionales – lo cual quiere decir, en términos laicos, errores médicos. La aceptación de obsequios y la frecuencia de regalos, además fueron asociadas con la opinión entre los médicos de que los regalos no tienen influencia alguna en absoluto sobre el juicio y el comportamiento de los médicos. El pagar por la asistencia a conferencias médicas dobló el índice de recetas

[76] ACP Observer
[77] *Physicians and the Pharmaceutical Industry: Is a Gift Ever Just a Gift?* JAMA, January 19, 2000, Vol. 283, No. 3:373-380.

de medicinas producidas por los laboratorios patrocinadores, y los médicos que asistieron a presentaciones de representantes de los laboratorios farmacéuticos fueron menos capaces para identificar información falsa o sesgada proporcionada por las empresas. La evidencia de estos efectos es sencillamente aplastante, sin lugar a dudas. Dijo el profesor Arthur Caplan, de la Universidad de Pennsylvania, "Ya pasó el tiempo para hacer investigaciones; hay que empezar a crear soluciones."[78]

4. Estas mañas de promoción conducen a un debate importante: ¿Es apropiado o no que los programas de formación médica permitan que los representantes de los laboratorios farmacéuticos contacten a los estudiantes o a los médicos en las facultades de medicina y en los hospitales? Unas personas dicenque los representantes proporcionan mucha información importante sobre medicamentos nuevos. Otras mencionanque esta información no es confiable, que los agentes de los laboratorios ponen énfasis en pruebas clínicas con resultados parciales a sus productos y que no mencionan efectos negativos. Es mejor, dicen, que los médicos o estudiantes obtengan información de farmacólogos profesionales.[79]
5. La confiabilidad de información publicada es otro asunto controversial relacionado con las actividades de los laboratorios farmacéuticos. Ahora más del 60 por ciento de las investigaciones clínicas universitarias están pagadas por los laboratorios farmacéuticos. En Estados Unidos está permitido desde 1980 que las universidades acepten dinero de los laboratorios junto con los recursos del gobierno federal. Este dinero no sólo es para pagar los gastos de las pruebas clínicas, sino va directamente a los bolsillos de los investigadores. Pagan las empresas mil o dos mil dólares por presentaciones profesionales y mil o dos mil dólares por día de consulto. Los

---

[78] Shannon Brownlee, *Doctors Without Borders: Why you can't trust medical journals anymore*, *Washington Times* 4/10/04.
[79] Elaine Zablocki, *Drug company gifts may affect the way doctors practice medicine*. Jan. 18,2000. http://my.webmd.com/content/article/21/1728_54165.

laboratorios cobran gastos para conferencias, pagan derechos a los investigadores, y ofrecen opciones para comprar acciones.

Las presiones indirectas producidas por este apoyo económico son evidentes en los estudios clínicos publicados. Habría varias estudios sobre la calidad de los ensayos clínicos. Investigadores enlazados con laboratorios farmacéuticos enfatizan los resultados positivos excesivamente, suprimen resultados negativos, y destacan los beneficios de los productos de sus empresas afiliadas. Además se averiguó a través de varias investigaciones empíricas que estos estudios clínicos frecuentemente (a) utilizaron dosis de medicamentos competitivos inapropiadamente por debajo de lo necesario, (b) probaron sus medicinas preferidas contra placebos, en vez de comparar con tratamientos estándares, con medicamentos menos caros y (c) utilizaron sujetos menos dispuestos a efectos secundarios.[80] La financiación de investigaciones clínicas, concluyó un periodista del *Washington Times*, "permite que las empresas farmacéuticas controlen o, al menos, influyan en mucho de lo que se publica en periódicos médicos, y esto efectivamente convierte la ciencia en una herramienta del mercado."[81]

Enfrentado con el problema de la confiabilidad de información publicada en sus paginas, la respuesta más frecuente por parte de los editores de los periódicos profesionales ha sido que es por eso que requieren que los autores revelen sus relaciones con laboratorios farmacéuticos en sus artículos. Esta regla, no obstante, no es eficaz. Sheldon Krimsky, un profesor de la política pública de Tufts University, encontró que sólo 0.5 por ciento de los autores revelaron algún conflicto de intereses, aunque más del 25 por ciento de las investigaciones recibieron dinero

[80] NEJM 1998, núm. 338, p. 101; 2000 núm. 342, pp. 1539-1544; BMJ 2002, núm.325, p.249; JAMA, 1999, pp. 1453-1457.

[81] Shannon Brownlee, *Doctors Without Borders: Why you can't trust medical journals anymore*, *Washington Times* 4/10/04.

de la industria.[82] Sin embargo, pocos periódicos científicos prohíben estos conflictos de intereses.

6. Los efectos de las promociones farmacéuticas son evidentes también en pedidos para añadir medicinas a los cuadros básicos de los hospitales. Según una investigación publicada en el *Journal of the American Medical Association*, los médicos pidiendo añadir medicinas a los cuadros básicos tuvieron 19 veces más probabilidad de haber recibido dinero de los representantes, 13 veces más probabilidad que se hayan reunido con agentes de ventas farmacéuticas, y 5 veces más de probabilidad que hayan recibido dinero de los laboratorios farmacéuticos para asistir a conferencias, para presentar ponencias científicas o para hacer investigaciones clínicas.[83]

7. Otra actividad de los laboratorios farmacéuticos es la promoción de medicinas para usos no aprobados por las autoridades gubernamentales (usos no-etiquetados). Esto está basado en el hecho de que, aunque continúa siendo ilegal para los laboratorios promocionar sus productos para usos no aprobados, una vez aprobado y disponible, los médicos pueden recetar una medicina para el propósito que quieran, y para cualquier paciente. La ilegalidad de promociones para usos no-etiquetados, sin embargo, es un detalle que no molesta mucho a las empresas farmacéuticas.

Caso hipotético: Ensayo clínico de Tiotrioid 21

La División de Medicina del Instituto Pulmonar está llevando a cabo un ensayo clínico del Tiotrioid 21 – un tratamiento inhalador para pacientes con cardiomiopatía. El objetivo de esta investigación es averiguar si esta medicina puede ser útil para pacientes con bronquitis crónica o enfisema, pacientes que dejaron de fumar al menos hace diez años. El

---

[82] Sheldon Krimsky, *Science in the Private Interest: Has the Lure of Profits Corrupted Biomedical Research?* New York: Rowman & Littlefield, 2003.
[83] JAMA 1994, núm. 271 pp. 684-689.

ensayo va a durar cinco años para ver si este medicamento puede retardar la degeneración esperada de la función de los pulmones.

El laboratorio farmacéutico, Boehmer-Engels, que produce el Tiotrioid 21 ha ofrecido, como parte del financiamiento del estudio, un programa computarizado de expedientes de los pacientes para capturar los datos del ensayo. Este programa, que se podría usar por todo el instituto, no sólo captura todos los datos del paciente en forma muy conveniente, sino también tiene capacidad para descargar los expedientes en los llamados palm-pilots. Además, el laboratorio ofrece tanto proporcionar palm-pilots nuevos a cada unidad de servicio del instituto para el uso de las enfermeras, como vender los palm-pilots a los médicos a precios reducidos. En adición, Boehmer-Engels capacitará a todos los profesionales y administradores en el uso del programa nuevo. El software también contiene una unidad educativa que cada semana presenta dos minutos de noticias de portadas sobre investigaciones y nuevos tratamientos para enfermedades respiratorias.

Caso: Un soplón dice que los vendedores rompieron las reglas para promocionar un medicamento [84]

New York Times, 14 de marzo de 2002

En 1996, el Dr. David P. Franklin, antiguo socio de la investigación en la escuela de medicina de la universidad Harvard, aceptó un trabajo como mediador médico con Warner-Lambert, laboratorio farmacéutico, creyendo estar ayudando a los doctores a entender la complejidad de las medicinas de la compañía.

Pero pronto el Dr. Franklin se dio cuenta, según informes legales recientemente revelados, de que el laboratorio lo había empleado para participar en una campaña a nivel nacional de la comercialización que él creyó era no solamente ilegal, sino también posiblemente ponía a los pacientes en peligro.

El Dr. Franklin afirma, en un testimonio de soplón presentado después de que él dimitiera de la compañía en 1996, que Warner-Lambert no estuvo satisfecho con las pocas ventas del medicamento Neurontin, medicina aprobada solamente para tratar epilepsia en casos específicos. Para aumentar las ventas, dijo, la compañía promocionó agresivamente

[84] Melody Petersen, *Whistle-blower says marketers broke the rules to push a drug. New York Times*, March 14, 2002; http://www.healthyskepticism.org/reports/2002/promotion%20020314b.htm

Neurontin a los médicos en más de una docena de condiciones médicas para las cuales no estaba aprobado - condiciones como déficit de atención en niños, dolor neurológico y desorden bipolar.

De acuerdo con la ley federal, los médicos pueden recetar cualquier medicamento de cualquier manera que crean buena para sus pacientes. Pero es ilegal que un fabricante de medicinas promocione activamente un medicamento para indicaciones no aprobadas por la Administración del Alimento y de la Droga (FDA), la cual requiere ensayos clínicos detallados para demostrar su seguridad y eficacia.

La oficina del procurador de Estados Unidos en Boston está haciendo investigaciones tanto criminales como civiles en la comercialización de Neurontin, según declaraciones del mismo en corte federal.

Una portavoz para Pfizer, que adquirió a Warner-Lambert en 2000, dijo que el pleito está relacionado con actividades de mercadeo que supuestamente habían ocurrido antes de la adquisición. "No estamos enterados de ninguna evidencia creíble que los empleados de Warner-Lambert hicieran afirmaciones falsas sobre Neurontin," dijo la portavoz, Mariann Caprino.

En declaraciones financieras, Pfizer ha dicho que está cooperando con los investigadores federales y está disputando la demanda. Dijo también que es poco probable que ésta vaya a afectar sus finanzas de manera importante.

Sin importar si el caso del Dr. Franklin tiene éxito, su demanda - basada en conversaciones de teléfono que él grabó, documentos internos y sus propias experiencias - puede proporcionar una ojeada poco común en la manera en la cual los ejecutivos de comercialización de las medicinas de un laboratorio crearon un medicamento superestrella pretendiendo influenciar a los médicos. Estas prácticas se han mantenido bajo la observación creciente de la legislatura estadounidense y de los investigadores federales y estatales del cuidado de la salud.

La estrategia de la compañía, según la demanda del doctor Franklin, incluyó pagos a médicos por aparecer como autores de artículos profesionales sobre aplicaciones de Neurontin no-aprobadas. Estos artículos fueron escritos de hecho por los no-médicos que trabajaban bajo la dirección de los publicistas de la compañía. La compañía entonces pagó a centenares de doctores para asistir a costosos banquetes y a conferencias de fin de semana, donde fueron impulsados para recetar Neurontin.

Pagaron a otros médicos, los cuales a menudo recetaron a Neurontin, para hablarles a otros médicos sobre sus ventajas. Finalmente, la compañía pagó a los doctores por recetar Neurontin con el fin de incluir a sus pacientes en los ensayos clínicos, los cuales, afirma el Dr. Franklin, fueron designados principalmente para los propósitos de mercadeo.

La compañía adoptó esta estrategia de comercialización, según la demanda, después de decidir no realizar los ensayos clínicos necesarios para ganar la aprobación de las nuevas aplicaciones de Neurontin, porque creyó que la medicina pronto iba a perder la protección de la patente.

Cualquier estrategia que la compañía haya utilizado parece haber sido un gran éxito. En 2000, Warner-Lambert dijo que más del 78 por ciento de las recetas de Neurontin habían

sido escritas para las indicaciones no relacionadas con la epilepsia. Las ventas de Neurontin este año eran de $1.3 mil millones USD, y se alcanzaron a $1.7 mil millonesUSD el año siguiente, según IMS Health, una compañía de información del cuidado médico.

El Dr. Franklin sostiene que el gobierno federal pagó centenares de millones de dólares por las recetas para aplicaciones no-etiquetadas (*off-label*) de Neurontin debido a la comercialización de Warner-Lambert.

Muchos laboratorios farmacéuticos emplean a especialistas como el Dr. Franklin para contestar a las preguntas técnicas de los médicos sobre sus medicinas. En la mayoría de las compañías, los especialistas, o los mediadores médicos, no promocionan las medicinas. Pero Warner-Lambert ha entrenado al Dr. Franklin y a otros mediadores médicos en las técnicas de marketing, afirma. Según los papeles de la corte, los mediadores médicos fueron enviados para informar a los médicos de cómo Neurontin se podría utilizar para tratar muchas condiciones además de la epilepsia, incluyendo migrañas, ataques por el retiro de la droga y del alcohol, y síndrome de la agitación de la pierna. …

El Dr. Franklin afirma que la compañía le dijo a él que les informara a los médicos que los primeros resultados de ensayos clínicos habían demostrado que Neurontin era altamente eficaz para muchas aplicaciones no-etiquetadas, aunque, la demanda dice, ningún dato apoyó esas declaraciones. Además, el Dr. Franklin divulgó que cuando él hizo sus propias investigaciones y encontró los artículos médicos que revelaron efectos secundarios en niños que tomaban Neurontin, sus encargados le dijeron que no informara a los médicos (...)

La demanda también dice que Warner Lambert pagó a doctores de su presupuesto de comercialización para participar en estudios clínicos. Un grand ensayo, se queja el Dr. Franklin, tuvo el propósito de persuadir a neurólogos para recetar Neurontin en dosis más altas que ésas con aprobación federal. En ese ensayo, pagaron a 1,200 doctores tanto por su participación como por cada paciente enlistado en el ensayo.

Perspectivas éticas

El análisis *stakeholder* puede mostrar por evidencia empírica el efecto de las presiones externas en los médicos y en los estudiantes debido a las actividades promocionales de las empresas farmacéuticas. Sin embargo, hay otras personas involucradas en el escenario. En las facultades de medicina, por ejemplo, hay médicos y farmacólogos que llevan responsabilidades para la enseñanza del uso apropiado de las medicinas. También se encuentran los representantes mismos de los laboratorios quienes, a pesar de todas las actividades promocionales sospechosas, tienen un papel y un interés en la situación. Éstos frecuentemente tienen información nueva pero sería mejor si los médicos

pudieran llegar a un acuerdo con estos representantes con respecto a sus actividades de comercialización.

Desde el punto de vista de la misión de la institución, es claro que presiones indebidas pueden socavar la calidad de servicios para los pacientes. Podría ser necesario una política organizacional para arreglar o controlar las actividades comerciales de las empresas farmacéuticas. Por ejemplo, los médicos de una clínica puede dedicar una hora específica por semana para reunirse con los representantes farmacéuticos. O un hospital pudiera promulgar reglas específicas para tales actividades. Aunque naturalmente a la gente le gustan los almuerzos gratis y otros obsequios, no es difícil para una institución regular las maniobras promocionales dentro de su ámbito.

Conclusiones

Presiones externas pueden poner a los profesionistas en situaciones muy difíciles. Crean conflictos entre los deberes profesionales para con los clientes y obligaciones a las instituciones que los emplean. A veces estas presiones radican en el sistema económico del cuidado de la salud y otras veces en relaciones del mercado - como en el caso de las actividades de las empresas farmacéuticas. Ante estas presiones la pregunta ética es ¿de qué manera se pueden mantener las actividades profesionistas íntegras y seguras moralmente? Es un deber moral no permitir la influencia de la mercadotecnia en la ciencia de medicina, ni en la relación médico-paciente.

Diferentes problemas requieren soluciones distintas. Si la presión se debe a un conflicto de propósitos o fines dentro de la institución, es preciso un mecanismo organizacional como un comité para encontrar soluciones. Si la presión es debida al sistema económico fuera de la institución o a políticas gubernamentales, es necesario que la institución misma, si se trata de problemas gubernamentales, abogue a favor de cambios apropiados para servir a sus pacientes. Y si la presión tiene su fuente en actividades de

empresas externas, la institución puede establecer reglas o normas organizacionales para mantener control de sus propias actividades. Es de suma importancia que los administradores y profesionistas responsables de la cultura organizacional de la institución presten atención a la dimensión ética del asunto de las presiones que provienen desde fuera de la institución.

V

Publicidad y Mercadeo

Entre 1992 y 1994 el Woodstock Theological Center, un instituto jesuita en Estados Unidos, convocó a un seminario para deliberar sobre "los factores éticos de los aspectos empresariales del cuidado de la salud." Este núcleo de especialistas concluyó que el desafío principal enfrentado por el sistema del cuidado de la salud en los EEUU se deriva de la influencia de la comercialización del mercado.

El desarrollo de instrumentos para el diagnóstico y el tratamiento también ha abierto la oportunidad para lograr beneficios considerables tanto para los profesionistas como para los empresarios del cuidado de la salud. Los profesionistas pueden elegir especialidades lucrativas, o pueden apuntar hacia nichos dentro de sus especialidades; tal como la cirugía plástica y la medicina deportiva, las cuales son especialmente rentables puesto que mucha gente está dispuesta de buena gana a pagar altos precios por estos servicios, incluso si están excluidos de los que otorgan los sistemas públicos o de sus seguros de gastos médicos. En consecuencia, el ámbito del cuidado de la salud se encuentra más y más afectado por las prácticas del mercado y se ha desdibujado cada vez más la línea entre la atención a las necesidades de la sociedad para el cuidado de la salud y la venta de productos para los consumidores.[85]

Por supuesto que este proceso ocurre hoy en día no solamente en Europa y en Estados Unidos sino en países latinoamericanos. Los participantes del grupo Woodstock se preocuparon porque se reemplazara el modelo profesional por un modelo del mercado

---

[85] Woodstock (Woodstock Theological Center), 1995, *Ethical Considerations in the Business Aspects of Health Care*, Washington, DC: Georgetown University Press.

como base de las transacciones lucrativas. Según el modelo profesional, no se consideran los productos y los servicios al cuidado de la salud sujetos a transacción comercial porque el profesionista responde a las necesidades humanas tomando en cuenta el bienestar del paciente en vez de sus propios intereses en vender productos o servicios para sacar beneficios. El modelo profesional se basa en un principio altruista, mismo que está en contra del motivo de beneficios. Así que la transición del cuidado de la salud hasta el estatus comercial puede socavar o debilitar la fundación ética del profesionalismo. No obstante, no es de extrañar la explotación comercial del cuidado de la salud. Siempre y cuando se puedan vender productos y servicios con beneficios es probable que las prácticas del mercado vayan a predominar. Ésta es la época del libre mercado y, con esto, de la comercialización agresiva.

Caso: El marketing agresivo

Desde la perspectiva ética, lo más importante de esta transición a la época del mercado es que los proveedores del cuidado de la salud pueden aprovecharse de los pacientes al venderles servicios innecesarios o sin beneficios para ellos. Considerese, por ejemplo, el caso de la señora Montoya. La señora tenía 87 años; era muy activa y estaba orgullosa de su buena condición y su aspecto. Después de leer un aviso asegurando que la reconstrucción dental podía hacerla parecer mucho más joven, acudió al dentista indicado en la publicidad. Este dentista le ofreció a ella un reemplazo total de sus dientes – un procedimiento que costó $220,000 pesos. La señora Montoya no había sufrido ningún problema con sus dientes antes, aunque había perdido dos muelas del juicio y tenía una corona. El procedimiento fue enteramente cosmético. El hecho de que la señora estaba mentalmente alerta y era capaz de tomar sus propias decisiones con respecto al gastar su dinero (y también capaz de mentir en cuanto a su edad), no la protegió de ser víctima de marketing agresivo. Desde el punto de vista de la salud, el

procedimiento fue innecesario; el orgullo de su buena forma la hizo vulnerable a la explotación.

La justificación racional de la publicidad comercial, dicen frecuentemente, es que ésta proporciona información necesaria para hacer selecciones racionales por parte de los consumidores.[86] Es irónico que esta justificación sea tan poco sincera. ¿Quién va a referirse a la publicidad comercial como fuente de información confiable sobre productos o servicios? Tal vez una persona pueda consultar anuncios comerciales para saber lo que un proveedor está afirmando sobre sus productos; sin embargo, para obtener información comparativa o consejo en cuanto a su salud, es necesario ir a fuentes distintas. Los consumidores, por su parte, están reñido con las afirmaciones de los publicistas en cuanto al valor de su información; según un estudio citado por el profesor Manuel Velásquez: "Las encuestas han revelado que el 66% de los consumidores opina que la publicidad no reduce los precios; el 65% cree que obliga a la gente a comprar cosas que no debería comprar; el 54% siente que la publicidad insulta su inteligencia, y el 63% piensa que los anuncios no presentan la verdad."[87] Y puesto que es el consumidor quien paga por la publicidad, Velásquez pregunta, "¿qué recibe el consumidor a cambio de lo que paga por publicidad?"

Perspectivas éticas

Es posible enlistar los principios éticos de la publicidad de manera relativamente sencilla.

1. El consecuencialista indicaría que la publicidad poco honesta distorsiona información necesaria al libre mercado para una compra-venta que va a satisfacer tanto al proveedor como al consumidor. El éxito del libre mercado como forma de distribución para los productos y servicios depende de la circulación libre de

[86] Walter Weir, *Truth in Advertising and Other Heresies*, (New York: McGraw-Hill Book Company, 1963).
[87] Manuel G. Velásquez, Ética en los negocios, México: Pearson Educación de México, 2000, p. 342.

información. El problema con la publicidad agresiva no es solamente que ésta puede crear “necesidades” falsas, sino que puede tergiversar los beneficios esperados y minimizar los riesgos tomando en cuenta el carácter del paciente y su vulnerabilidad – como en el caso de la señora Montoya. Consideraciones cosméticas pueden estar incluidas entre los intereses del paciente pero, en el caso de la señora Montoya, probablemente no hasta el grado que sea recomendable esta cirugía dental.

2. Desde el punto de vista racionalista es obvio, especialmente en el cuidado de la salud, que la norma del consentimiento informado requiere información objetiva y confiable. El propósito de esta norma es hacer que el paciente tenga información suficiente y adecuada para tomar su decisión. El racionalista podría decir también que la publicidad deshonesta, engañosa o manipuladora, viola la integridad del consumidor. Si vamos a tratar al cliente como un “fin en sí mismo,” como dijo Kant, sus necesidades deben ser de suma importancia en vez de los deseos del proveedor para vender sus servicios.

3. El idealista podría indicar que la explotación comercial del cuidado de salud socavará la confianza entre los médicos y sus pacientes. El éxito de las relaciones médico-paciente está fundado en la confianza en el profesionalismo del médico (y de la institución) por parte del paciente. Si la señora Montoya hubiera discutido el reemplazo de sus dientes con su propio dentista, éste probablemente habría podido sugerir otro tratamiento o bien, pudo haber tranquilizado las preocupaciones que su apariencia le provocaban. La señora Montoya tenía una relación de confianza con su propio dentista y este dentista estaba dispuesto a invertir el tiempo necesario para platicar con ella. Este dentista, por supuesto también pudo haber sido presionado por la comercialización y tal vez por eso no le gustó gastar su tiempo proporcionando apoyo psicológico a sus pacientes.

4. Los partidarios de la perspectiva dialógica podrían acotar que el dentista que hizo la cirugía se aprovechó de la vulnerabilidad de la señora Montoya por contrato injusto o por comunicación inequitativa. Puesto que el conocimiento de los dos no fue igual, el contrato no fue justo y la señora no ejercía un poder semejante en la situación comunicativa.

5. Finalmente, el feminista podría decir que la señora Montoya debía haber discutido el tratamiento dental con su familia (lo que no hizo) y el dentista le debía haber preguntado la opinión de su familia. Así que, de las varias perspectivas éticas la promoción de los servicios por parte del dentista fue inaceptable.

Publicidad y profesionalismo

Aunque hay grupos profesionales preocupados por la disminución de la relación médico-paciente, con respecto a la publicidad comercial, estas asociaciones suelen limitarse a la prohibición de prácticas claramente engañosas. El Código Ético de la Asociación Americana Médica, por ejemplo, dice:

> No hay límites en la publicidad por parte de los médicos, salvo aquellos justificados específicamente por la protección del público de prácticas engañosas. A un médico se le permite publicitarse a sí mismo como doctor por medio de publicidad comercial o por cualquier otra forma de comunicación publica (incluyendo periódicos, revistas, guías telefónicas, radio, televisión, avisos por correo u otro medio) a condición de que esta comunicación no sea engañosa por omitir información necesaria, por no incluir afirmaciones falsas o engañosas y por hacer creer algo embustero a alguien.[88]

La prohibición del engaño, sin embargo, no es el fin del asunto: la responsabilidad profesional incluye mucho más. Históricamente, se consideraba a los médicos, junto con los abogados y el clero, como profesionistas en vez de vendedores de productos y servicios. Esto se mantiene vigente hoy en día, aunque el concepto del profesionista está perdiendo tanto prestigio como poder por falta de confianza publica. Como ya hemos indicado, un

---

[88] American Medical Association, 1997, *Code of Medical Ethics: Current Opinions and Annotations*, 1996-1997 Edition, Chicago, IL: American Medical Association, p. 78

"profesionista" en el sentido original es una persona de suma competencia a quien se puede consultar para obtener consejo sincero y confiable.

Al hablar de "responsabilidad profesional" se quiere decir que el profesionista se enfoca en los intereses y el bienestar del cliente, dejando de lado sus propios beneficios financieros. El doctor Arnold Relman, antiguo editor de la *New England Journal of Medicine*, enfatizó este punto en un artículo intitulado "Lo que los valores del mercado hacen a la medicina."

> Aunque los vendedores comerciales están obligados a producir un producto bueno y a publicarlo sin engaño, no tienen obligación alguna de considerar los intereses del consumidor – de recomendar al consumidor si este producto es realmente necesario o no, o de preocuparse por quienes no pueden permitirse comprar ninguno de los productos del vendedor por falta de dinero. El mercado puede ser un mecanismo eficaz para proporcionar productos y servicios con respecto a los deseos de los consumidores y sus capacidades de pagar, pero el mercado no tiene ningún interés en absoluto, ni en las necesidades de los consumidores ni en lograr éxito universal de distribución.[89]

Además de los médicos y las enfermeras, se pueden contar entre los profesionistas tanto a los administradores de instituciones del cuidado de la salud como a los publicistas profesionales dado su poder y experiencia. El poder para influir a la gente basado en el conocimiento superior y en las habilidades de persuasión, lleva consigo la responsabilidad de tomar en cuenta los intereses de los pacientes.

La mera prohibición del engaño puede ser bastante vaga. El engaño es un concepto muy ambiguo. Puede limitarse a mentiras explícitas, o puede referirse a cualquier práctica que, aunque no directamente falsa, influye en la gente que tiene poca capacidad para distinguir la realidad de la ficción, o cuya voluntad es débil. Se pueden tergiversar servicios y productos por medio del arte, o por uso de términos técnicos, o por afirmaciones que exageran la probabilidad de éxito o de satisfacción.

Además de la publicidad engañosa por información falsa, existe el problema de persuasión enfocada en los deseos o los miedos de la gente. En los años cincuenta

---

[89] Relman, Arnold S., 1992, "What Market Values Are Doing to Medicine," *The Atlantic Monthly*, March, 1992

aparecieron dos libros importantes sobre la publicidad manipuladora. En *Las formas ocultas de la propaganda*, Vance Packard afirmó que la publicidad subliminal es un tipo de control de la mente por sugerencia oculta.[90] Un año más tarde, John Kenneth Galbraith sostuvo que el propósito de la publicidad no era dar información con el propósito de que la gente pudiera comparar productos y servicios que satisficieran sus necesidades, sino era crear necesidades.[91] Hoy en día, aunque no estamos tan preocupados por el control subliminal, sigue la pregunta: ¿sí o no la publicidad comercial es persuasiva por ser atractiva emocionalmente, o por crear un nuevo sentimiento de necesidad? Por sí sola, la persuasión emocional no es necesariamente mala; a veces, es preciso persuadir a una persona para hacer lo que le beneficiará. Sin embargo, si la persuasión crea un anhelo por un producto o servicio que no beneficiará a nadie, ésta puede ser manipuladora.

La persuasión por anhelos no es la única herramienta emocional disponible para los publicistas; además, puede provocar miedo. El profesor Leonard Weber ha criticado la promoción de servicios de maternidad al enfatizar los riesgos de las complicaciones médicas en relación con el parto.[92] Aunque no tan alarmante, un anuncio reciente - que promovía seguros de gastos médicos - mostró a un paciente con un problema urgente que esperó por mucho tiempo en una clínica para consultar a un médico. La empresa de seguros había prometido que esto no ocurriría con los seguros anunciados. Tal publicidad negativa nunca será apropiada con respecto al cuidado de la salud; está sometida al miedo de que la persona vaya a poner en riesgo su salud si no selecciona (y paga) los servicios anunciados.

---

[90] Packard, Vance, 1957, Las formas ocultas de la propaganda. *The Hidden Persuaders*, New York: David McKay

[91] Galbraith, John Kenneth, 1958, La sociedad opulenta, Mexico: Ariel; *The Affluent Society*, New York: Houghton Mifflin

[92] Weber, Leonard J., 1990, "The Business of Ethics," *Health Progress*, January-February, 1990

Análisis ético

Declaraciones de misión

La publicidad y el mercadeo constituyen la manera en la cual las instituciones del cuidado de salud se relacionan con sus clientes. Las declaraciones de valores que afirman el concepto de atender las necesidades de la gente de manera profesional simbolizan esta relación importante. Se debe reconocer, sin embargo, que esta relación profesional no es una transacción comercial entre vendedor y consumidor. Hay una gran diferencia tanto entre la competencia como en el conocimiento de los proveedores en comparación con el de los consumidores. Los pacientes frecuentemente no entienden los detalles o el significado de sus propias enfermedades y en consecuencia, no pueden saber lo que necesitan ni juzgar cuál tratamiento será apropiado. En comparación con consumidores de otros productos, el paciente está mucho más vulnerable y dependiente en una relación profesional médico-paciente. Por eso se llama la relación profesional "fiduciaria".

Cuando la declaración de misión de una institución a cuidado de la salud afirma ofrecer servicios "profesionales" en vez de comerciales, o dice que va a proporcionar servicios "de índole profesional," esta misión implica que la institución no va a aprovechar la oportunidad para hacer transacciones comerciales. Entre sus valores éticos el Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías – ISSSTE en Zapopan, Jalisco menciona "profesionalismo, responsabilidad, integridad, honestidad y empatía."[93] Esto implica que no solamente los servicios al cuidado de la salud son profesionales, sino también lo es el marketing de estos servicios. Es esencial que la publicidad no se aproveche de la vulnerabilidad emocional o de la falta de conocimiento de los pacientes. Tal es la responsabilidad de los publicistas. Es su deber ser fieles a la misión y a los

[93] http://www.issstezapopan.gob.mx/mision.asp

valores de la institución. A veces, por el contrario, parece ser el marketing el que domina la declaración de misión; quiero decir, que las declaraciones de misión parecen estar escritas con fines publicitarios – de hecho, a veces están escritos por los publicistas.

Al fin y al cabo, aunque no es muy común, es posible que una declaración de misión incluya un compromiso de las prácticas con respecto al marketing justo o a la publicidad justa. La declaración (1999) del *Advocate Health System* hizo esto explícitamente: "Guiados por el valor de colaboración, vamos a actuar con responsabilidad en las comunicaciones (...) para evitar afirmaciones falsas o engañosas."[94]

Perspectivas Stakeholder

Los consumidores, por supuesto, tienen interés en acceder a información confiable con respecto a su salud. Aparte de la confianza en su médico, los pacientes tienen la responsabilidad de cuidar de su propia salud - especialmente en esta época de enfermedades crónicas, en que mucho depende de la dieta, el ejercicio y la conciencia de síntomas. Por consecuencia, la información confiable es esencial para los pacientes – tanto información sobre síntomas y tratamientos disponibles como información sobre dieta, ejercicio, etcétera. Por eso es esencial incluir la perspectiva de los pacientes dentro del proceso de marketing. Los profesionistas de la publicidad deben estar atentos a la opinión pública tanto para medir sus necesidades como para juzgar el valor de sus anuncios

También los médicos y otros profesionistas tienen interés en la publicidad porque presenta sus servicios y forma su imagen pública. Aunque los anuncios son escritos por publicistas, los médicos deben aceptar la responsabilidad de supervisar lo que los publicistas están promoviendo en su nombre.

---

[94] Advocate (Advocate Health Care), 1999, "Advocate Health Care Ethics Statement," Oak Brook, Illinois, http://www.advocatehealth.com/about/faith/healing/chuw8.html

Códigos profesionales

Existen varios documentos de pautas sobre publicidad escritos por órganos públicos o asociaciones. Uno, por ejemplo, es la enumeración de "Principios Comunes y Reglas de Buenas Prácticas" publicado por la Alianza Europea por la Ética Publicitaria (European Advertising Standards Alliance - EASA) en 2002.[95] Según este protocolo, los estados participantes "prohibirán" la publicidad destinada al público de medicamentos que se sujeten a recetas médicas además de aquellos que contengan sustancias psicotrópicas o estupefacientes, y prohibirán la distribución directa al público de medicamentos con fin de promocionarles. También se prohíbe incluir en la publicidad destinada al público elementos que:

- atribuyan a la consulta médica o la intervención quirúrgica un carácter superfluo;
- comparen el medicamento con otros tratamientos o medicamentos;
- sugieran que la utilización del medicamento puede mejorar la buena salud normal del usuario o que su no utilización pueda afectarla;
- se dirijan principal o exclusivamente a los niños;
- hagan referencia a una recomendación formulada por científicos, profesionales de la salud u otras personas cuya notoriedad pueda incitar al consumo de medicamentos;
- equiparen el medicamento a un producto alimenticio, cosmético o a otro producto de consumo;
- sugieran que la seguridad o la eficacia del medicamento se debe a que se trata de una sustancia natural;
- puedan inducir, mediante una representación o una descripción detallada, un autodiagnóstico falso;
- hagan referencia de manera abusiva, alarmante o engañosa a testimonios de curación;
- utilicen de manera abusiva, alarmante o engañosa representaciones visuales de las alteraciones del cuerpo humano producidas por enfermedades, o de la acción de un medicamento en el cuerpo humano;
- mencionen que el medicamento ha recibido una autorización de comercialización.

También, "en la publicidad no se podrán mencionar las siguientes indicaciones terapéuticas: la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, otras enfermedades infecciosas graves, el cáncer y otras enfermedades tumorales, el insomnio

[95] http://www.easa-alliance.org/

crónico, la diabetes y otras enfermedades del metabolismo." Sin embargo, aunque los estados miembros de la Unión Europea "prohibirán toda publicidad de los medicamentos que no dispongan de una autorización de comercialización," no hay mención en el código de publicidad del uso de medicamentos para propósitos no autorizados – usos no-etiquetados.

En México existe un Código de Buenas Prácticas de Promoción promulgado por la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica, una asociación de laboratorios farmacéuticos. Éste, sin embargo, trata casi exclusivamente con publicidad y promociones destinadas para médicos. Estas pautas dicen que la información proporcionada debe ser precisa, equilibrada y "suficientemente completa para permitir al destinatario juzgar por sí mismo el valor terapéutico del medicamento."[96] Información que refiere a estudios clínicos debe incluir resultados negativos, especialmente sobre reacciones adversas o efectos secundarios. Además, la información proporcionada tiene que evitar en "promoción directa, indirecta o a través de terceras personas, cualquier uso en indicaciones no autorizadas localmente." El defecto de este código, no obstante, es la falta de discusión de la publicidad dirigida al público.

El acatamiento legal

El marco más universal con respecto a la publicidad relacionada con la salud es el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco negociado en el año 2003. Este convenio, que hasta 2005 contó con 121 Partes, afirma que "Cada Parte, de conformidad con su constitución o sus principios constitucionales, procederá a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco."[97]

---

[96] http://www.canifarma.org.mx/
[97] http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

Con respecto a la promoción de medicamentos, la Organización Mundial de la Salud elaboró un juego de criterios éticos en 1988 que consecuentemente ha servido como modelo para las leyes de varios países. Aunque estos criterios hayan sido las primeras pautas para poner límites a lo que los representantes de empresas farmacéuticas podían hacer, no hicieron más de lo que no esté ahora contenido en leyes nacionales.

En el año 2000, el Presidente de Estados Unidos Mexicanos, Ernesto Zedillo publicó el *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Publicidad*.[98] Este reglamento detallado cubre no solamente los medicamentos sino todos los servicios de salud. No es necesario incluir aquí un resumen de todos los puntos de esta ley, aunque se puede decir que el reglamento menciona exageraciones y efectos subliminales de la publicidad, contiene especificaciones sobre la publicidad de fórmulas para lactantes y requiere permisos y avisos para su propaganda.

En el futuro, se puede esperar que se elaboren leyes en varios países que contengan criterios específicos para la publicidad, siempre y cuando el público se sienta en peligro a causa de marketing inapropiada.

Caso: Cirugía del ojo

En Estados Unidos los limites o prohibiciones de la publicidad manipuladora por parte de la Comisión del Mercado Federal (*Federal Trade Commission*) han sido poco eficaces. Sin embargo, un buen ejemplo de acción eficaz por parte del gobierno ocurrió con las restricciones de la publicidad de cirugía ocular. De hecho, esta cirugía puede ser muy útil para mejorar la visión en individuos al cambiar la forma de la córnea del ojo. Los resultados han sido dramáticos y el índice de éxito muy bueno. Este éxito, no obstante, condujo en el pasado a afirmaciones exageradas por parte de los publicistas.

[98] http://www.respyn.uanl.mx/vi/2/contexto/ReglamentoPublicidad.pdf

Los anuncios decían: “Tira tus Gafas” o “La Alternativa Segura y Fácil.” Esto, a su vez, provocó esperanzas poco realistas y condujo a la desilusión de muchos pacientes.

La Comisión del Mercado Federal concluyó eventualmente que esta publicidad no informaba a la gente de manera apropiada sobre los riesgos y las consecuencias a largo plazo de la cirugía (porque los problemas con los ojos pueden volver). Como resultado, la Comisión estableció las siguientes normas:[99]

1. La publicidad de esta cirugía del ojo debe informarr que es posible que los pacientes tengan que usar gafas en el futuro.
2. Afirmaciones de evidencia científica tienen que acompañarse con referencias a estudios específicos.
3. Debe ser claro en los anuncios que la cirugía es un procedimiento invasivo.
4. No es posible evitar el dolor; la publicidad no debe decir “cirugía indolora.”
5. Está prohibida la referencia a la aprobación del equipo por parte de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (*U. S. Food and Drug Administration*).

Por justicia, hay que reconocer que el cuerpo profesional de oftalmólogos (*American Academy of Ophthalmology*) respondió a la orden de la Comisión del Mercado Federal con información pública y publicidad, corrigiendo las afirmaciones exageradas; este órgano también aconsejó a sus miembros a que no engañasen al público.[100] Claro que los oftalmólogos pueden estar entusiasmados con un tratamiento o

---

[99] FTC (Federal Trade Commission), 1998, “In the Matter of Summit Technology, Inc., a Corporation, and VISX, Inc., a Corporation, DOCKET NO. 9286, AGREEMENT CONTAINING CONSENT ORDER TO CEASE AND DESIST,” http://www.ftc.gov/os/1998/9808/d09286viagr.htm (August 21, 1998

[100] AAO (American Academy of Ophthalmology), 1996, “Refractive Eye Surgery,” http://www.eyenet.org/public/ref_surg/ref_surg.html, (March 7, 1998)

un procedimiento que mejora la vida de sus pacientes. Sin embargo, éste es exactamente el momento en que deben ser prudentes con respecto a su publicidad.

Culpabilidad suficiente para todos

Se debe admitir que los productores no son los únicos responsables del abuso de las medicinas; tampoco es la comercialización agresiva siempre inoportuna. Según algunos comentaristas, una población especialmente vulnerable es la de los padres de niños pequeños: a veces aparecen sin razón en los consultorios, ansiosos por la salud de sus niños, por falta de experiencia en distinguir lo normal de lo anormal. A veces han sabido por boca de sus vecinos sobre medicamentos para el asma o de sus parientes sobre vacunas para alergias, y van al médico. Ha habido muchas quejas sobre el mal uso de la Ritalina para el control de lo que es en realidad un comportamiento activo.[101] Así que parte de la culpa por el sobre uso de medicamentos queda con los pacientes que exigen solución a problemas no médicos – la medicalización de problemas sociales.

Sin embargo, otra parte de la culpabilidad para el sobre-tratamiento médico queda en los mismos médicos. Quizá pensando que un paciente que salga del consultorio sin una receta para acceder a la medicina no va a estar satisfecho con el médico; los doctores son propensos a recetar tratamientos inútiles. Y, de hecho, a veces los pacientes se quejan: "El doctor no me dio nada". Por otra parte, el sobre-diagnóstico médico podría ser un problema – sobre-diagnóstico de asma, alergias y "Trastorno de Deficiencia de Atención con Hiperactividad." Frecuentemente es más fácil recetar un medicamento que explicar a los ansiosos padres que el comportamiento de su niño no es anormal.

---

[101] Véanse http://www.geocities.com/ilemperatriz/RITALINA.html, http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=44640205, http://www.3deducacion.com/Alternativas.html.

También, por supuesto, parte de la culpabilidad del sobre-tratamiento y medicalización queda con los productores de medicinas y otros productos de salud. Había un exceso de medicinas de profilaxis de infecciones inmunomoduladores más o menos inútiles, de vacunas anti-alérgicas y vitaminas de "boutique" especiales.[102] Hoy en día la comercialización de productos es algo fácil en manos de los profesionistas de la publicidad, así que es una tentación tomar ventaja de poblaciones.

El Valor del Marketing: Una perspectiva distinta

No obstante, los problemas de la publicidad agresiva en una sociedad comercializada no deben ocultar el valor de la comunicación. En general la publicidad competitiva puede bajar los costos del cuidado de la salud y puede animar a la gente a buscar cuidado, acción benéfica sólo para ellos. Desde una perspectiva mercantil, la prohibición de la publicidad es una ventaja para los proveedores establecidos, puesto que sin publicidad es más difícil para los nuevos proveedores establecer nuevos negocios.

La publicidad ha adquirido mala reputación porque se convirtió, en años recientes, en función alejada del marketing o de la mercadotecnia. La estrategia del mercadeo es un concepto más amplio que el de la publicidad – un concepto que puede ser un enfoque importante, incluyendo el de perspectiva ética, para la misión de una institución al cuidado de la salud.

El concepto verdadero de marketing se refiere a la relación entre los proveedores y los consumidores, la cual está más allá del convencer a los consumidores para que compren los productos y servicios ofrecidos. Se trata en verdad de las necesidades de los consumidores y el diseño de los productos y servicios.

Se logra entender este concepto de mercadeo enfocándose en el proceso de la investigación de mercados. Por un lado, la investigación de mercados puede ser

[102] Comunicación personal, el Doctor Luis Concha Malo, Pediatra, Querétaro.

meramente una herramienta para entender las preferencias de los consumidores con el propósito de convencerlos para comprar el producto. O, por otro lado, es un estudio cuyo propósito es el de diseñar y desarrollar el producto o los servicios – un estudio para averiguar las verdaderas necesidades de los consumidores potenciales y para crear productos y servicios que satisfagan estas necesidades.

Entendido de esta segunda manera, el propósito de la investigación de mercados con respecto al cuidado de la salud es ayudar en el rediseño del producto – y del sistema mismo de la salud – para que éste sea más productivo. Esta investigación puede enfocarse en problemas sobre el tiempo de espera de los pacientes en la sala de urgencia antes de consultar a un médico, o sobre las habilidades comunicativas de los médicos y las enfermeras, o si se diera al paciente la oportunidad para hacer preguntas o mencionar sus dudas y para participar en decisiones relacionadas con su propio tratamiento. El analista del mercado también puede averiguar si los pacientes cumplen con su tratamiento. De hecho, la investigación apropiada de marketing puede ser un aspecto importante en la misión clínica de una institución sanitaria – y de esta manera un aspecto de la ética institucional.

En un libro de texto moderno, William Nickels y Marian Burk Wood explicaron su concepto de marketing como "el proceso del establecer y mantener relaciones a largo plazo y de beneficios mutuos entre instituciones y sus clientes, sus empleados y otros *stakeholders*."[103] En este concepto, el enfoque en el comprador ha sido reemplazado por la relación de la institución con todos los *stakeholders*. La promoción por publicidad ha sido reemplazada por comunicación mutua y como parte de este proceso, la dimensión ética se convirtió en algo central. El marketing se trata hoy en día no solamente de la promoción de productos, sino de la investigación de las necesidades de servicios para la

[103] Nickels, William G. and Marian Burk Wood, 1997, *Marketing: Relationships*, Quality, Value, New York: Worth Publishers

gente. En la investigación de mercados, mientras más se dé el análisis de necesidades humanas, más se tratará de consideraciones éticas.

Desde la perspectiva de las estrategias éticas, el profesionista del marketing dentro del ámbito de una institución al cuidado de la salud tiene la tarea de informar a la organización lo que necesitan sus clientes. Éste debe formar parte de los equipos administrativos para la planeación estratégica de servicios y para el desarrollo organizacional de la institución, puesto que este profesionista puede representar los intereses de los clientes – un grupo importante de *stakeholders*. Si la misión de una institución es cumplir con las necesidades del cuidado de la salud – y este punto es frecuentemente la primera afirmación de una declaración de misión – entonces los profesionistas de marketing deben ser los responsables de la evaluación de estas necesidades.

Conclusiones

Las presiones del libre mercado pueden socavar o abrumar el carácter profesional de la relación médico-paciente o cualquier otra relación paciente-profesional en el cuidado de la salud. Aunque es muy difícil resistir las fuerzas de comercialización provenientes del mundo económico de hoy, se puede poner en contra de estas presiones (1) la misión central del cuidado de la salud, (2) la consideración de la vulnerabilidad de los muchos pacientes quienes cuentan con y confian en este cuidado y (3) las declaraciones de grupos o asociaciones de profesionistas que enfatizan el carácter profesional de sus servicios. La verdadera índole del marketing es el averiguar las necesidades de los clientes para desarrollar servicios que satisfagan estas necesidades.

VI

Ética en las investigaciones biomédicas

Se ha escrito mucho sobre la ética en las investigaciones médicas.[104] Estos comentarios se refieren principalmente a la responsabilidad institucional de este campo.

El desarrollo del sistema de protección de sujetos humanos

Frecuentemente los bioeticistas mencionan el Código de Nuremberg, formulado en respuesta a las atrocidades cometidas en el nombre de la investigación médica por parte del régimen Nazi durante la Segunda Guerra Mundial, como el comienzo de las regulaciones que protegían a los sujetos humanos que eran sometidos a la investigación científica.[105] Sin embargo, el Código de Nuremberg de 1947 es básicamente un documento simbólico. La atención que los medios de comunicación brindaron a las atrocidades estaba dirigida en los 40's y 50's en su mayor parte hacia la incompetencia y la inhumanidad de los experimentos y no hacía el uso de sujetos humanos, sin el consentimiento de los mismos. Tal como David J. Rothman escribiera en 1987, "el juicio Nuremberg de los médicos nazis (...) recibió poca cobertura periodística, y antes de los setenta, el Código por sí solo era citado o discutido no muy frecuentemente en publicaciones médicas".[106]

A lo largo de la década de los cincuenta, el cuerpo militar de Estados Unidos continuó dirigiendo experimentos en personal bajo servicio involuntario, y ya entrada en la

---

[104] Véase por ejemplo, Hernández Arriaga, Jorge Luis. Ética en la investigación biomédica, Mexico, D.F., Editorial El Manual Moderno, 1999.

[105] OPRR (Office for Protection from Research Risks, National Institutes of Health, United States Department of Health and Human Services), 1993, *Protecting Human Research Subjects: Institutional Review Board Guidebook*, Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

[106] Rothman, David J., 1987, "Ethics and Human Experimentation," *New England Journal of Medicine*, 317:1195, in Arras, John D. and Bonnie Steinbock, Eds., *Ethical Issues in Modern Medicine*, 4th Edition, Mountain View, CA: Mayfoeld Publishing Company, 1995.

década de los setenta, la investigación del sector médico privado continuaba sin previo consentimiento informado de los sujetos.[107] Hasta 1964 la Declaración de Helsinki fue adoptada por la Asociación Médica Mundial. Los Institutos Nacionales de Salud en Estados Unidos no regularon las investigaciones en el campo médico sino hasta 1974 después de que *El Estudio Tuskegee* había sido revelado.

El problema de la experimentación con seres humanos vino a llamar la atención de la comunidad médica en Estados Unidos en 1966 con la publicación del artículo de Henry Beecher sobre "Ética e Investigación Clínica" en el *New England Journal of Medicine*[108]. Beecher arguyó que "los procedimientos cuestionables o faltos de ética eran comunes" en las investigaciones médicas y citó 22 ejemplos de estudios en los cuales la salud de los sujetos peligraba sin haber sido informados del riesgo, sin su consentimiento. Beecher determinó que estas investigaciones eran normales; de hecho, eran comúnmente patrocinadas por universidades respetables y los resultados se publicaban en revistas médicas importantes. Por ejemplo, los pacientes en instituciones mentales eran infectados intencionalmente con malaria con el propósito de probar nuevas drogas. Además los internos de un centro correccional para jóvenes fueron vacunados contra la influenza A y B, y después expuestos al virus, en tanto el grupo de control se inyectó solamente con el virus, sin vacunación. Todos los estudios citados por Beecher tuvieron lugar después de 1950.

El médico Jorge Hernández de la Universidad de Guanajuato describió otros tres estudios experimentales de esta misma época: [109]

> La Escuela Estatal de Willowbrook, en el estado de Nueva Cork, es una institución para personas de "alteraciones mentales". En 1954, un grupo de investigadores deseaba saber la historia natural de la hepatitis viral (…) para

---

[107] Beecher, Henry E., 1966, "Ethics and Clinical Research," *New England Journal of Medicine*, 274:1354-60; Hastings (The Hastings Center), 1992, "Twenty Years After: The Legacy of the Tuskegee Syphilis Study," *The Hastings Center Report*, 22:29-40.
[108] Beecher, Henry E., 1966, Op. Cit.
[109] Hernández Arriaga, Jorge Luis, Ética en la investigación biomédica, México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, 1999, pp., 18-19.

> modificar o prevenir la infección. Para ello, seleccionaron un grupo de niños con síndrome de Down o retraso mental de esa institución, a los cuales administró un extracto de virus de hepatitis obtenido de heces de personas enfermas. El argumento de los investigadores para llevar a cabo el estudio era que de cualquier forma los niños tarde o temprano adquirirían la hepatitis y además estarían vigilados por los médicos investigadores, lo que incluso, en opinión de ellos podría ser benéfico. (…) El trabajo terminado fue publicado en *The New England Journal of Medicine*.
>
> El estudio de Metástasis en Judíos con enfermedades crónicas (…) se diseñó con la finalidad de analizar si el desarrollo de metástasis tumorales se debía a (were due to) la presencia misma del cáncer o a debilitamiento general del paciente. Hasta entonces se sabía que personas sanas no desarrollan cáncer, ya que rechazan adecuadamente las células tumorales. Para ese fin, se seleccionó un grupo de judíos ancianos con diversas enfermedades crónicas. (…) Nunca se les dijo que el proyecto consistía en administrarles células neoplásicas, ya que, en opinión de los investigadores, se les angustiaría innecesariamente.
>
> El estudio de contracepción en San Antonio se diseñó con la idea de evaluar qué tanto de los efectos colaterales de los anticonceptivos orales se debía a sugestión. Se seleccionó para ello un grupo de 76 mujeres de origen mexicano, todas ellas multigestas, que acudían a la Clínica para Anticoncepción. El diseño del estudio fue doble ciego y (…) no se les informó a las mujeres en qué etapa del estudio recibirían placebo. (…) Al finalizar, de las 76 participantes en el proyecto 11 se embarazaron (10 mientras recibían placebo y una mientras recibía anticonceptivos).

La revelación en 1972 del estudio de la Sífilis en Tuskegee provocó una fuerte reacción pública.[110] En las tempranas décadas del siglo XX la medicina estadounidense y la biología eran manifiestamente racistas. Los afro-americanos eran comúnmente vistos como físicamente defectuosos y mentalmente inferiores, así como emocionalmente incontrolables. Fueron utilizados igualmente por investigadores médicos y doctores así como sujetos para experimentos. En razón de que en investigaciones previas sobre la sífilis habían surgido preguntas sobre la efectividad del tratamiento convencional, se consideraba importante averiguar el curso natural de la enfermedad de tal manera que pudieran ser reconocidos los cambios significativos. A principios de la década de los treinta, el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos identificó el condado de Macon, Alabama como uno de los seis condados con niveles excepcionalmente altos de sífilis e inició el estudio en el Instituto Tuskegee. El

[110] Pence, Gregory E., 1995, *Classic Cases in Medical Ethics*, 2nd Edition, New York: McGraw-Hill.

propósito original de este estudio era observar el progreso de la enfermedad en varones afro-americanos sin tratamiento. Para ese tiempo, los tratamientos disponibles aparentemente mostraron aliviar los síntomas, más no controlar la enfermedad.

El estudio, que duró desde 1932 hasta 1972, fue llevado a cabo de una manera casual. No contó con un director responsable la mayor parte de ese periodo, visitas de doctores federales se realizaban en lapsos de 9 años de frecuencia. Los 399 participantes fueron engañados al habérseles dicho que tenían "la sangre sucia" y que el "piquetito" en la espina dorsal que se les hacía con el fin de medir el progreso de la enfermedad, era realmente un tratamiento. Cuando la penicilina estuvo disponible al público entre 1943 y 1945, ninguno de los sujetos de Tuskegee fue tratado con esta cura. Esto continuó hasta la década de los sesenta. De hecho, algunos sujetos fueron eliminados del reclutamiento durante la Segunda Guerra Mundial porque en el ejército ellos pudieran haber recibido tratamiento. En 1969, con los sujetos aún sin haber recibido tratamiento, un comité en el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos votó para continuar con el estudio.

En 1972 la periodista Jean Heller de la Prensa Asociada escribió el artículo "Víctimas de la Sífilis en un Estudio de Estados Unidos Permanecieron Sin Tratamiento Durante Cuarenta Años", que apareció en la portada del *New York Times*. El estudio Tuskegee fue cerrado ese mismo año por el Secretario de Salud y Servicios Humanos y se llevó a cabo una audiencia en el Congreso. El estudio había violado casi cada una de las reglas de investigaciones médicas vigentes hoy en día. No hubo consentimiento informado, los sujetos fueron engañados, las presuposiciones del estudio eran claramente racistas, el diseño de la investigación tuvo defectos, no produjo resultados benéficos y, sobre todo, los participantes fueron dañados directamente.

El Informe Belmont y los "Principios de la Bioética"

Pocos años después de la revelación de Tuskegee, la Comisión para la Protección de Sujetos Humanos publicó el *Belmont Report* en 1974, en tal documento se establecían los

primeros parámetros federales específicos para la bioética. En respuesta a las revelaciones de Tuskegee y otros experimentos médicos, el Acta Nacional de Investigaciones en Estados Unidos fue promulgada, cuando así creó el sistema federal de comités institucionales para las investigaciones que incluyeran sujetos humanos (*Institutional Review Boards*).

El *Informe Belmont* es un punto central en la historia de la ética de investigaciones con seres humanos porque formuló la primera declaración de los principios que eventualmente se convertirían en el marco estándar tanto de la ética de investigaciones como de la bioética clínica. Esta posición se desarrolló filosóficamente en el libro *Principios de Ética Biomédica*[111] publicado en 1979 por Tom Beauchamp y James Childress. Childress es un teólogo protestante, sirvió cuatro años como Professor of Christian Ethics en el Instituto Kennedy de Georgetown University – una universidad católica. Otro desarrollo teórico muy importante del Comisión Nacional que promulgó el Informe Belmont fue el redescubrimiento de la Casuística, mencionada en el Capitulo I. [112]

El *Informe Belmont* estableció un consenso sobre estos principios. Así que, hoy en día, en muchos libros, especialmente en los textos, se encuentra una lista de cuatro principios de la bioética. Desde estos principios prácticos, supuestamente emanan conclusiones para varios tipos de problemas bioéticos. Los principios normalmente mencionados son:

Principio de no maleficencia

---

[111] Beauchamp, Tom L. and James F. Childress, Barcelona: Masson, S.A. 1999; *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979 (Fourth Edition, 1994).

[112] Permítanme un comentario adicional sobre la historia de la bioética. Muchos artículos mencionaron al doctor Van Rensselaer Potter como el fundador de la bioética. De hecho la bioética no era una invención del doctor Potter – como pretende este "mantra" de muchos bioéticistas latinoamericanos. Aunque Potter usó la palabra "bioética" en un artículo en 1971; no tomó gran parte en el desarrollo de la bioética moderna. La bioética moderna empezó, según Albert R. Jonsen, con lecturas y libros de Paul Ramsey y Joseph Fletcher en los años cincuenta y sesenta, y con presentaciones y comentarios por parte del sacerdote jesuita Richard McCormick (Albert R. Jonson, *The Birth of Bioethics*, Oxford: Oxford University Press, 1998). En los años setenta invitaron a estos tres teólogos a presentar sus ideas frente a la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos. Ramsey era un protestante conservador, Fletcher un protestante liberal, y el padre McCormick un católico moderado.

Se encuentra la máxima "*Primum non nocere*" (ante todo, no hacer daño al paciente) en las escrituras de Hipócrates. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Este principio fue especialmente relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas o tratamientos médicos conllevaban daños o riesgos. Un ejemplo actual sería el ensayo fase II de una terapia genética, en el caso de Jesse Gelsinger quien murió en Filadelfia en 1999.[113]

Principio de Beneficencia

Claro que el fin del cuidado médico es la salud o el bienestar del paciente. El sentido positivo de la "beneficencia" requiere que el tratamiento médico contribuya a los bienes del paciente. A veces no es tan sencillo: los beneficios pueden obtenerse a menudo sólo con riesgos concomitantes y el tratamiento es cuestión de peso en los beneficios esperados. Le pertenece al paciente decidir si los beneficios potenciales valen los riesgos. La salud misma, por supuesto, es un valor básico e importantísimo, pero puede estar contra otros valores, como la autonomía. Por ejemplo, sólo desde el punto de vista de la beneficencia, un paciente herido en un accidente de coche necesita una transfusión de sangre; pero si este paciente es un Testigo de Jehová y elige rechazar la transfusión, esto es su privilegio.

Principio de la Autonomía

El derecho básico del individuo es el de elegir, por sí mismo o sí misma, el curso de su tratamiento médico. La autonomía incluye dos aspectos: la libertad de la influencia controladora y la capacidad de acción intencional. El principio de autonomía fue la demanda principal del movimiento del derecho-pacientes. Esto ha puesto en jaque al tradicional paternalismo de beneficencia, el comportamiento del médico como pater-familia o tirano benigno. El derecho de

[113] Laura Vargas-Parada, Terapia genética, http://www.comoves.unam.mx/articulos/genica/genica.html.

la autonomía está establecido legalmente según las leyes y las opiniones de los tribunales, que conceden a la gente el derecho a tener toda la información que necesita para elegir de manera suficientemente informada – el consentimiento informado. También se apoya este principio por las políticas que permiten los testamentos vivos, representantes o agentes, para decidir por su propia cuenta en el caso de discapacidad del paciente y en los órdenes de "No Resucitar."

Principio de Justicia

Hay distintas opiniones acerca de la cuestión de cuáles individuos tienen derechos a diferentes tipos de cuidado, pero en general los principios de la distribución equitativa deben aplicarse al cuidado de la salud. En todos los países se da la cuestión del derecho al cuidado de la salud – diferencias en sistemas del cuidado de la salud para ricos y pobres, sistemas públicos vs. cuidado privado, etc. Hay varios problemas en relación con el derecho al cuidado médico: ¿Tienen derecho al cuidado ilimitado los individuos que han perdido su salud al ejercer sus propias acciones? ¿Un alcohólico tiene el derecho al transplante del hígado si ha dejado el alcohol hace seis meses? ¿Tiene la gente en países pobres el derecho a medicinas costosas desarrolladas en países ricos?

Con el desarrollo de estos principios comunes, el *Informe Belmont* estableció un marco filosófica importante tanto a la práctica de comités de la bioética clínica como al desarrollo de códigos nacionales e internacionales sobre las investigaciones médicas. La Comisión para la Protección de Sujetos Humanos publicó el *Belmont Report* en 1974 y poco después s promulgó el Acta Nacional de Investigaciones en Estados Unidos, lo cual creó el sistema federal de comités institucionales para las investigaciones que envolvieran sujetos humanos (*Institutional Review Boards*).

Códigos internacionales

El código de Nuremberg aclaró muchos de los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación. La primera disposición del código dice que "es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario del sujeto humano."[114] El código incluye otros puntos implícitos en este principio: la capacidad de dar consentimiento, la ausencia de coacción, y el cálculo de los riesgos y beneficios.

Dándose cuenta de las faltas del Código de Nuremberg, la Asociación Médica Mundial publicó la Declaración de Helsinki en 1964. Esta norma proporciona protección adicional a personas con capacidades limitadas e insiste que los investigadores médicos, que aceptan a sus propios pacientes como sujetos de investigación, sean muy precavidos. La Declaración también estableció el principio de dar preferencia al bienestar del paciente sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. También requirió el uso de formularios de consentimiento por escrito. Más recientemente, la Declaración de Helsinki ha sido revisada después de varias críticas de los estudios del medicamento Zidovudina (AZT) controlados con placebo en África. Ha sido castigado el uso de controles con placebo en las circunstancias en que existe un método terapéutico de eficacia comprobada.

En 1993 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (*Council for International Organizations of Medical Science*, CIOMS) publicó sus "Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica con sujetos humanos" (*International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*), con el propósito específico de indicar la manera en que se debe interpretar la Declaración de Helsinki en los países en desarrollo.[115] Los puntos principales de estas pautas son:

- las condiciones de la investigación en países en desarrollo
- la protección de las minorías y poblaciones vulnerables
- la distribución de riesgos y beneficios en las poblaciones afectadas
- el papel de los comités de ética y

[114] Hernández Arriaga, Op. Cit., 1999.
[115] http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm

• las obligaciones del patrocinador, del investigador y del país anfitrión.

Perspectivas éticas

Desde el punto de vista de las perspectivas éticas y los planteamientos de análisis desarrollados en los Capítulos 1 y 2, se puede decir, principalmente, que las instituciones al cuidado de la salud en las cuales se hacen investigaciones clínicas tienen una estricta responsabilidad para supervisar estas actividades. Ésta debe formar parte de su misión, debe ser sometida a análisis *stakeholder* y debe apegarse tanto a los estándares de los códigos internacionales como a las leyes vigentes del país. Las instituciones pueden desempeñar esta responsabilidad (1) por medio de comités para la aprobación por adelantada o dictámenes consultivos, (2) por auditorias de los ensayos clínicos, (3) por informes de análisis de los impactos de investigaciones y quizás, con énfasis especial, (4) por declaraciones de conflictos de intereses.

La Teoría de Equipoise o Equiponderación

Además de los principios generales bioéticos y los comités de revisión, hay una teoría especial sobre la ética de las investigaciones científicas. En 1974 el profesor Charles Fried publicó un libro sobre experimentación médica que estableció el principio ético central para investigaciones con seres humanos.[116] Fried afirmó el principio de "incertidumbre clínica" para ensayos clínicos controlados y aleatorizados en los cuales se comparaban dos medicamentos. Dice este principio que un ensayo clínico está justificado únicamente a condición de que el médico *no sepa* cual de los dos medicamentos es mejor para el paciente. A esta condición de incertidumbre se le llama "equipoise" para señalar que el médico está balanceando o equilibrando entre dos opciones y no tiene razón alguna para elegir la una sobre la otra. Por ejemplo, no está justificado probar antibióticos en contra de la aspirina

[116] *Medical Experimentation: Personal Integrity and Social Policy*, Ámsterdam: North Holland, 1974.

para una infección bacterial porque ya es conocido que el antibiótico es efectivo. Si el médico sabe que los tratamientos no son iguales, es requisito ético que recomiende el tratamiento superior.

La formulación clásica del concepto de equipoise fue la de B. Freedman de 1987.[117] Freedman explicó que Fried estaba pensando solamente en un equilibrio en la mente del investigador responsable para el cuidado personal del paciente. Freedman dijo que la incertidumbre es algo más científica y el estándar apropiado se da por referencia a la comunidad médica. Es posible determinar por evidencia científica si existe un tratamiento preferido o efectivo. No se debe dejar este juicio a la opinión personal del médico. Hoy en día los ensayos no son llevados a cabo por parte de un médico individuo, sino por un investigador quien no es el médico clínico de los pacientes sujetos. El investigador debe asegurarse deque el medicamento nuevo está probado en comparación con el tratamiento estándar.

Un problema con respecto al concepto de equipoise es si el enfoque de la incertidumbre clínica debe ser o no la cura de la condición especifica o podría incluir efectos secundarios. A veces hay medicamentos efectivos pero un médico recomienda otro, incluso uno menos efectivo, tomando en consideración los efectos secundarios del primero para un paciente especifico. Así que el médico puede elegir un tratamiento menos efectivo a resguardo de otras condiciones.

Otro problema es la pérdida de incertidumbre clínica en pleno ensayo. Cuando el médico investigador empieza a recibir resultados, si es evidente que un medicamento es superior, puede perder su estado de incertidumbre. Por ejemplo, normalmente es necesario evidenciar una diferencia de .05 por ciento en una muestra de tamaño apropiado para afirmar una diferencia científica. Sin embargo, el médico investigador puede perder su propio incertidumbre antes de obtener esta prueba científica y así, tiene el deber de terminar

[117] Freedman B. 1987. Equipoise and the ethics of clinical research. *New England Journal of Medicine*. 317(3): 141-145.

el ensayo – o por éxito o por fracaso del medicamento nuevo. Pero si la incertidumbre clínica está perdida antes de que el ensayo produzca evidencia suficiente para una prueba científica, el ensayo no vale nada para el conocimiento médico.

Caso Hipotético: Equipoise

Los representantes del laboratorio farmacéutico Brüler solicitaron la participación del oncólogo Marco Díaz en un ensayo clínico para la aprobación tanto en México como en la Unión Europea del nuevo medicamento Zonctin. Zonctin es un tratamiento nuevo contra el cáncer colorrectal. Estos cánceres son carcinomas que nacen en el recubrimiento del intestino grueso (colon) y recto; según estadísticas son más comunes en quienes consumen mucha carne y grasas, y poca fibra, frutas y verduras.

En pruebas de fase II Zonctin se mostró más eficaz que la quimioterapia estándar con dos otros medicamentos (que no puedo pronunciar) y con menos efectos incluyendo menos

- Diarrea
- Náuseas y vómitos
- Pérdida del apetito
- Pérdida del cabello
- Cansancio extremo

El Doctor Díaz había leído informes sobre Zonctin basados en ensayos clínicos en Angola, India y Venezuela. Aunque estos informes mostraron a Zonctin superior a las medicinas estándares, no fueron aceptados por algunas irregularidades en los procedimientos burocráticos, pero no científicos, por las autoridades de la Unión Europea donde se ubica el laboratorio farmacéutico Brüler– y consecuentemente no esta disponible en México. El doctor Díaz está convencido absolutamente de que Zonctin es superior, sin embargo no puede recetarlo debido a las regulaciones. Además el medicamento, aunque menos caro que los otros, no está disponible en el cuadro básico del IMSS y del ISSSTE. Así que, de acuerdo con el principio de equipoise, el doctor Díaz no debe participar en el ensayo clínico,

aunque esto sería la única manera de obtener el medicamento para sus pacientes y por eso debe participar.

Principios éticos generalmente reconocidos

Puesto que ya existen mecanismos de revisión y leyes con respecto a la regulación de investigaciones empíricas por medio de códigos internacionales y comités institucionales, sería más ventajoso presentar aquí un resumen de los principios éticos aceptados internacionalmente por acuerdo común, mismos que se utilizan generalmente en análisis ético de protocolos científicos.

1. Regulación y supervisión de ensayos clínicos

De la historia del abuso humano en el nombre de la investigación científica, se puede concluir que hay una necesidad social de revisión y control de estas actividades. El peligro moral se debe al conflicto de intereses entre el deseo de progreso científico (reputación o dinero) y el bienestar del paciente. Cuando existe tal conflicto de intereses es apropiada la regulación y supervisión gubernamental para proteger a la gente vulnerable. La Pauta 2 del CIOMS – OMS está dirigida a este punto:[118]

> Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética. Los comités de evaluación deben ser independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no debiera depender del resultado de la evaluación. El investigador debe obtener la aprobación o autorización antes de realizar la investigación. El comité de evaluación ética debiera realizar las revisiones adicionales que sean necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

En México la responsabilidad gubernamental se deriva del derecho constitucional a la protección de la salud. El fundamento constitucional se encuentra plasmado en el artículo 4º párrafo cuarto y en el artículo 73 fracción XVI de la Constitución Federal. El artículo 4º señala que "toda persona tiene derecho a la protección de la salud, y las bases y modalidades

[118] http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm

para el acceso a los servicios de salud serán definidos por la ley, así como la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general." Según la Ley General de Salud, es requisito que cada institución en la cual se llevan a cabo investigaciones con seres humanos constituya una comisión de bioética. Este comité tiene la responsabilidad de revisar protocolos de investigación y regular la bioseguridad de radiaciones ionizantes y de ingeniería genética. [119]

> En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación, una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones ionizantes o de técnicas de ingeniería genética.

Además, la Organización Mundial de la Salud ha promulgado requisitos similares:[120]

> Todas las propuestas para realizar investigación en seres humanos deben ser sometidas a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para examinar su mérito científico y aceptabilidad ética.

Y el Artículo 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la ONU (2005) añadió a estos requisitos la responsabilidad clínica para evaluar problemas específicos:[121]

> Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:
>
> a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes, suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
> b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
> c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
> d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.

Este tipo de regulación se desarrolla por todo el mundo. Por ejemplo, en Estados Unidos el enorme sistema de regulación federal funciona por medio de comités institucionales (*Institutional Review Boards*), los cuales tienen que cumplir con las leyes

---

[119] Artículo 98 de la Ley General de Salud, http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf
[120] Ginebra, 2002, http://www.cioms.ch/frame_spanish_text.htm
[121] www.comisionunesco.cl/Unesco/Documentos/documento_bioetica.doc

federales en muchísimos detalles.[122] Y es común que estos comités para la aprobación de investigaciones biomédicas por todo el mundo tengan que incluir individuos con competencia científica en varias materias y personas de todos los grupos afectados, además de gente con ninguna relación con la institución en donde se llevan a cabo las encuestas.

Es responsabilidad de estos comités regular y supervisar todos los aspectos de investigaciones relacionados con los principios bioéticos. Además, como parte de sus actividades de regulación, los comités tienen que guardar documentación (a) del protocolo de las investigaciones, (b) de los resultados, (c) de cualquier incidente inesperado relacionado con la salud de los sujetos, y (d) del consentimiento informado.

2. Consentimiento Informado.

Para que una persona dé su consentimiento informado, el primer requisito es la capacidad física y mental para tomar decisiones. En el pasado, la evaluación de la capacidad del paciente normalmente exigía la participación de un psiquiatra e involucraba varias pruebas mentales. Se usaban pruebas como la de orientación en espacio y tiempo (¿sabes dónde estás?, ¿cuál es la fecha de hoy?), preguntas sobre relaciones o eventos (¿cuándo nació tu madre?, ¿quién es el presidente de la república?) o ejercicios mentales como contar hacia atrás, desde cien, por intervalos de siete – por ejemplo 100, 93, 86, etcétera. Sin embargo, estas pruebas no garantizaban que el paciente pudiera tomar su propia decisión: las pruebas psiquiátricas no son necesarias ni siempre útiles.

Hoy en día se toma la determinación más por el sentido común del médico, que por estándares psiquiátricos. Excepto en los casos en los que hay indicios de algún impedimento, debido a una enfermedad mental por ejemplo, la determinación de la capacidad del paciente puede ser tomada por el médico que ofrezca el tratamiento. La determinación puede hacerse con base en el entendimiento que logre el paciente acerca de su condición, de su enfermedad, del tratamiento ofrecido y de las alternativas disponibles.

---

[122] http://www.fda.gov/oc/ohrt/irbs/

Hoy en día se usan criterios funcionales: es suficiente para indicar su capacidad si el paciente

(1) puede entender los hechos de su enfermedad,

(2) puede comunicarse,

(3) puede apreciar las consecuencias de su decisión,

(4) puede formular una decisión con respecto a sus valores, deseos u objetivos y

(5) puede mantener una decisión estable por un tiempo.

Después de ser calificado para tomar su propia decisión, el sujeto de cualquier investigación debe dar su consentimiento a su participación bajo las siguientes condiciones:

a) Que la participación del sujeto sea absolutamente voluntaria. Esto implica que el individuo entiende que su denegación de participar en el estudio o su retirada del estudio no lo privará de su derecho al cuidado apropiado de la salud.

b) Que el sujeto reciba una descripción completa de la investigación y los procedimientos o medicinas experimentales. Esto debe incluir una explicación del grupo experimental y el de control, además de la comparación con tratamientos estándares o del uso de placebos.

c) Que el sujeto esté informado adecuadamente sobre los riesgos potenciales y los beneficios anticipados de su participación. Con respecto a este principio, el programa educativo del *Family Health International* dice:

> Los beneficios no se deben exagerar y nunca se deben usar para inducir al participante a tomar parte en el estudio. La provisión gratuita de servicios de salud a los que el participante tiene derecho no se debe presentar como beneficio especial. Es necesario prestar especial atención a la manera de presentar los beneficios a las personas con acceso limitado a los servicios de asistencia médica. Ofrecer asistencia médica a personas que de lo contrario no tendrían acceso es un poderoso incentivo que por lo tanto se vuelve potencialmente coactivo. Los investigadores son responsables de garantizar que las decisiones de los posibles participantes no sean veladas por la promesa de asistencia médica.[123]

[123] Family Health International, 2002, http://www.fhi.org/sp/topicss/ethicss/curriculum/default.htm

d) Que el sujeto esté informado de tratamientos alternativos disponibles para su condición.

e) Todo el proceso de consentimiento informado debe ser apropiado al paciente teniendo en cuenta su idioma, su cultura, su capacidad intelectual y cualquier discapacidad que tenga.

En México el proceso de consentimiento informado está controlado por el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, de la cual dice el Artículo 22:[124]

> El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:
>
> I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;
>
> II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;
>
> III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;
>
> IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y
>
> V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

Estos Reglamentos de la Secretaría de Salud indican que son requeridos dos testigos, pero no es claro qué quiere decir este requisito. ¿Exactamente qué están observando y testificando estos testigos? Que el sujeto ha firmado el formulario o que su participación es voluntaria. ¿Cómo se determina esto? ¿Qué información es suficiente para esta determinación? ¿El testigo está afirmando que el sujeto ha entendido la información o que el sujeto era competente para decidir? ¿El testigo tiene capacitación para determinar esto?

[124] http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html

Además, es muy difícil conseguir dichos testigos – normalmente el consentimiento informado toma dos consultas. ¿Deben estar presentes los dos testigos todo el tiempo?

Caso: Ensayo Médico Alzheimer

El Dr. Javier González es gerontólogo, tiene su consultorio privado en un edificio médico asociado con el hospital privado Santa Clara. Es uno de 20 gerontólogos reclutados por el laboratorio farmacéutico BuenTipo para hacer ensayos clínicos de un medicamento para detener el progreso de Alzheimer. El ensayo es doble-ciego. Se espera que cada gerontólogo enliste a 20 pacientes en la investigación.

La señora Camacho, con 66 años, ha recibido un diagnóstico de senilidad incipiente (probablemente de tipo Alzheimer) desde hace 4 años. Vivía sola en un departamento, pero tiene vecinos que la cuidan. Normalmente la señora Camacho está alerta y parece estar bastante consciente; sin embargo, de vez en cuando sufre pérdida de memoria. Se encontró una vez, por ejemplo, vagando por su vecindad cuando una amiga suya llamó a seguridad pública. En ese entonces, no recordaba la dirección de su casa. En la opinión del doctor González la señora Camacho es capaz de decidir por sí misma sobre el cuidado de su salud.

Después de una conversación sobre su medicación y la posibilidad de inscribirse en la prueba clínica, la señora Camacho dijo estar de acuerdo y estuvo dispuesta a entrar al ensayo clínico. Cuando regresó al consultorio para su entrevista de información y consentimiento, la señora Camacho dijo que su hija se había opuesto del todo a su participación en cualquier ensayo clínico, pero que por su parte todavía estaba dispuesta a participar. De hecho, la hija de la señora había llamado al doctor González para decirle que su mamá se confunde, se desorienta y no debe permitírsele tomar tal decisión por sí misma.

La señora Camacho menciona que entiende su propia condición – que debido a su edad, la sangre no llega a su cerebro a veces y se anda de olvidadiza. Acota que tiene confianza en su médico y quiere aceptar el riesgo de este ensayo para ayudar al

descubrimiento de nuevos medicamentos para su condición además de lograr la posible mejora de sí misma.

3. Revisión científica

Aunque el consentimiento informado es la piedra angular de la ética de investigaciones médicas con sujetos humanos desde el Código de Nuremburg, no es la única preocupación de los bioeticistas. Otro principio central es el valor de las investigaciones. A veces las instituciones que patrocinan las investigaciones tienen comités de investigaciones científicas para revisar el valor científico y los aspectos técnicos de cada encuesta como lo indican la Ley General de Salud y el "Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud." Otras veces el mismo comité tiene tanto la responsabilidad científica como la obligación de las dimensiones éticas. El valor científico es asunto importante porque cada institución quiere asegurarse de que todas las investigaciones bajo su patrocinio valgan la pena por su contribución al conocimiento humano, y de que los métodos no contengan defectos.

El primer punto de las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS es validez científica y beneficencia:[125]

> La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos radica en la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas. La investigación puede justificarse éticamente sólo si se realiza de manera tal que respete y proteja a los sujetos de esa investigación, sea justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. Además, como la investigación sin validez científica no es ética, pues expone a los sujetos de investigación a riesgos sin posibles beneficios, los investigadores y patrocinadores deben asegurar que los estudios propuestos en seres humanos estén de acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se basen en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

Esta pauta debe excluir ensayos clínicos que expongan propósitos de comercialización en lugar de propósitos verdaderamente médicos – aunque no es siempre el caso.

---

[125] http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm

El enfoque de la revisión ética con respecto al valor de las investigaciones es la cuestión de si el riesgo de los sujetos humanos vale la pena en comparación con el conocimiento que se podría obtener por medio de cada encuesta. Como dice la Ley General de Salud en su Articulo 100. La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- Podrá efectuarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.

Además cada investigación médica sometida para la aprobación del comité ético lleva ciertos riesgos a los participantes, y el comité de ética tiene que asegurarse de que la balanza de estos riesgos y el conocimiento potencial o los beneficios posibles del estudio sea la apropiada. El someter seres humanos a riesgos sin expectativa de beneficios de igual importancia no es aceptable moralmente.

4. Confidencialidad de la información médica

Otro principio para la ética de investigaciones médicas con sujetos humanos es la seguridad de información confidencial. El comité de ética debe revisar las medidas especificadas en el protocolo para proteger la confidencialidad de los participantes. A veces esto implica (1) que se evite la recolección de información innecesaria al estudio, (2) que se quite de los expedientes información desde la cual se podría identificar a los individuos, y (3) que al final de la encuesta se guarde la información de manera segura. Cabe mencionar aquí que a veces se provocan dificultades especiales tras la revelación de información por un sujeto en una investigación sobre otra persona quien no es participante en el estudio y, por consiguiente, no ha dado ningún consentimiento informado para recabar o utilizar esta información.

5. Justicia

Otra responsabilidad del comité de ética con respecto a los principios éticos de las investigaciones tiene que ver más con la comunidad o con la sociedad en general que con los sujetos individuales. Ésta trata de la distribución de riesgos y beneficios dentro de la comunidad. Si el reclutamiento de sujetos, por ejemplo, es de un hospital o una clínica que atiende a la gente del nivel más pobre de la sociedad, o a la gente predominantemente indígena debido al tipo de institución que sea o a su ubicación, los riesgos no serían repartidos de igual manera a pesar de que los beneficios estarían disponibles para toda la gente. O si, como ocurrió a veces en el pasado, los sujetos fueron exclusivamente hombres, los beneficios no aplicarían tan apropiadamente a las mujeres. El comité de ética en investigaciones tiene que asegurarse de que ningún procedimiento se aproveche de la gente de un sector de la población en ventaja de otro sector.

6. Indemnización

Es apropiado éticamente, por supuesto, que los patrocinadores de las investigaciones médicas paguen los gastos de los procedimientos o proporcionen las medicinas gratis. Además, desde el punto de vista ético, los que participan en ensayos clínicos deben recibir compensación por cualquier daño que fuera causado por procedimientos o medicinas experimentales. Los participantes deben ser informados de antemano de todas las condiciones financieras en el caso de que hubiera complicaciones debido a las investigaciones. Las normas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas dicen que los patrocinadores deben “indemnizar a los sujetos que sufren una lesión física importante debido a procedimientos realizados únicamente con el fin de lograr el

propósito de la investigación."[126] Es apropiado también indemnizar a los sujetos por el tiempo y gastos personales, además de cualquier molestia que sufran.

Desde los setenta ha habido un debate sobre el pago a sujetos en ensayos clínicos. Se decía, por ejemplo, que las personas en prisión sufrían demasiadas presiones para dar su consentimiento voluntario. Todavía hay dudas sobre esta práctica, aunque existe un acuerdo común al efecto que "el monto de esta indemnización debe ser razonable y basado en costos locales" y que "la indemnización no debe ser tal que influya excesivamente en la decisión de participar."[127] El enfoque actual de este debate es el reclutamiento de participantes de poblaciones pobres en países en desarrollo, y en poblaciones de culturas no-occidentales.

Problemas actuales de la ética de investigaciones biomédicas

Vale la pena mencionar brevemente tres problemas que los comités de investigaciones médicas institucionales pudieran encontrar en la aprobación de investigaciones clínicas.

(1) *Poblaciones vulnerables*. Primordialmente hay la necesidad de proteger poblaciones o grupos vulnerables de manera especial. A veces es necesario y apropiado usar como sujetos humanos en ensayos médicos a personas de capacidad atenuada o limitada, por ejemplo, enfermos de Alzheimers o individuos con síndrome de Down. Niños con condiciones genéticas o incurables constituyen otro problema difícil porque los padres tienen que dar el consentimiento informado y frecuentemente ellos están en muy buena disposición para intentar cualquier tratamiento que ofrezca esperanzas mínimas puesto que se sienten culpables de la condición de su hijo. Aunque hay varias pautas para estos grupos especiales, es necesario considerar cada caso por sus propios méritos.

---

[126] "Pautas Éticas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en Seres Humanos", 2002, http://www.uchile.cl/bioetica/doc/exper.htm
[127] Family Health International, 2002, http://www.fhi.org/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/index.htm

(2) *Ensayos con placebos*. Es más un asunto institucional porque es cuestión de política. La Declaración de Helsinki originalmente estipuló que:

> Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de todo procedimiento nuevo deben ser evaluados mediante su comparación con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos existentes. Ello no excluye que pueda usarse un placebo, o ningún tratamiento, en estudios para los que no hay procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos probados.[128]

Esto implica que en un ensayo clínico, cuando exista un tratamiento estándar, los medicamentos experimentales tienen que ser probados contra las medicinas efectivas existentes; y, como es usual, cuando sea claro estadísticamente que los nuevos medicamentos son superiores o inferiores al tratamiento estándar, todos los sujetos deberán recibir las medicinas superiores, cuales quiera que sean.

En el año 2000, a fin de "aclarar" la posición de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre el uso de placebos en ensayos controlados, la AMM publicó la siguiente nota:

> La AMM reafirma que se debe tener muchísimo cuidado al utilizar ensayos con placebo y, en general, esta metodología sólo se debe emplear si no se cuenta con una terapia probada y existente. Sin embargo, los ensayos con placebo son aceptables éticamente en ciertos casos, incluso si se dispone de una terapia probada (…) Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, su uso es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de un método preventivo, diagnóstico o terapéutico.[129]

Esta revisión tuvo implicaciones muy graves. Según la interpretación de algunos investigadores, se pueden probar nuevos medicamentos contra placebos en vez de compararlos con tratamientos estándares puesto que no hay ningún tratamiento "disponible" para los pobres en países en desarrollo. Si el ensayo hubiera tenido lugar en un país económicamente desarrollado, por ejemplo en México, Canadá o Estados Unidos, en vez de en África o Asia, los patrocinadores habrían tenido que ofrecer tratamiento igual a todos, porque se dispone de una terapia probada en estos países desarrollados. Sin embargo, en

---

[128] http://www.wma.net/s/policy/b3.htm
[129] http://www.wma.net/s/policy/b3.htm

países pobres se pueden usar placebos porque no se dispone de tratamientos estándares debido a la falta de recursos. Esto es discriminación: es el uso de poblaciones pobres para experimentación inhumana sin ofrecerles beneficio alguno.

Esto tuvo lugar, por ejemplo, en pruebas del tratamiento con la medicina zidovudine.[130] El tratamiento con esta medicina en mujeres embarazadas y VIH positivas puede reducir la transmisión a niños en un 50 por ciento. En vez de probar un tratamiento nuevo contra el tratamiento estándar con zidovudine, lo que sería obligatorio en países desarrollados, lo probaron solamente contra placebos. Se puede calcular que una mitad de los niños nacidos, de los sujetos humanos, en estos estudios fueron VIH positivos innecesariamente y probablemente murieron.

(3) *Indemnización de los sujetos*. Otro problema con las investigaciones desarrolladas en países pobres es el requisito del Párrafo 30 de la Declaración de Helsinki que dice:

> Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.[131]

Después de un extenso debate el grupo de trabajo consultorio de la AMM propuso que se publicara la siguiente nota de clarificación:

> Por la presente, la AMM reafirma su posición de que es necesario durante el proceso de planificación del estudio identificar el acceso después del ensayo de los participantes en el estudio a procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos que han resultado beneficiosos en el estudio o el acceso a otra atención apropiada. Los arreglos para el acceso después del ensayo u otra atención deben ser descritos en el protocolo del estudio, de manera que el comité de revisión ética pueda considerar dichos arreglos durante su revisión.[132]

Así que si esta clarificación fuera adoptada por la AMM, no sería necesario proveer tratamientos o procedimientos a los sujetos humanos después del ensayo, sino sería

---

[130] Lurie, Peter, and Sidney M. Wolfe. "Unethical Trials of Interventions to Reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries." *NEJM* 337, no. 12 (Sept 18, 1997): 853-856.
[131] http://www.wma.net/s/policy/b3.htm
[132] http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm

obligatorio explicar si van a proporcionar tratamiento médico a todos los participantes o no. No es necesario proveer tratamiento, sólo informar a los participantes pobres que no van a proporcionarlo.

Estos problemas son importantes desde la perspectiva de los comités de investigaciones bioéticas porque se necesita aprobación tanto de comités en países pobres como en países en donde se ubiquen los investigadores.

Caso: Aumento en los comportamientos arriesgados [133]

Se está llevando a cabo un estudio de vacuna contra el VIH en 12 lugares diferentes. En este estudio, algunos participantes reciben la vacuna bajo prueba y otros reciben un placebo (el placebo es una inyección que no contiene el principio activo bajo prueba para la prevención del VIH). El estudio requiere que los participantes visiten la clínica del estudio periódicamente para someterse a un análisis de sangre y que respondan a los cuestionarios sobre sus vivencias y comportamientos de riesgo.

En los primeros 12 meses después de la vacunación, un número creciente de participantes en el estudio informa sobre un aumento en los comportamientos arriesgados. En las respuestas de las encuestas relacionadas con los comportamientos, muchos de estos participantes afirman que creen que la vacuna los protegerá. Muchos de ellos también parecen olvidarse que es posible que hayan recibido un placebo sin principio activo. El problema es más grave en cuatro de los lugares donde se está llevando a cabo el estudio.

Conclusiones

La regulación y supervisión de las investigaciones médicas es responsabilidad de la institución en la cual se llevan a cabo ensayos clínicos. Han sido desarrollados tanto procedimientos organizacionales como principios éticos para cumplir con esta

[133] Adaptado de http://www.fhi.org/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/index.htm

responsabilidad. Sin embargo, todavía existen preguntas importantes sobre las prácticas de los investigadores con respecto al uso de placebos, poblaciones vulnerables e indemnización de los sujetos voluntarios. Se pueden analizar estos casos críticos desde el punto de visto de sus *stakeholders* y las declaraciones de misión de las instituciones involucradas por comités institucionales.

VII

Servicios a los Pacientes

Responsabilidad Institucional

Un buen número de problemas éticos en la clínica requieren soluciones institucionales u organizacionales. Una situación que sucede frecuentemente en algunos hospitales es la cuestión sobre qué miembro de un equipo medico está, a fin de cuentas, a cargo de los aspectos éticos en relación con un paciente ingresado, quién es el responsable.

Se puede ilustrar esto por medio de un ejemplo: El señor Navarro era un hombre de 42 años de edad, casado y con dos hijos de diez y doce. Era el dueño de una pequeña firma de consultoría. Él y su familia habían gozado de buena salud hasta ese entonces, sin conocimiento alguno de problemas médicos anteriores.

Cierta noche, el señor Navarro presentó de repente un severo cuadro de migraña, cayendo en coma de inmediato. Luego de ser ingresado a una sala de emergencias requirió de entubación traqueo-pulmonar junto con respiración artificial. El examen no mostraba reacción en lo más mínimo a la estimulación externa. La presión sanguínea estaba marcadamente elevada. El examen neurológico mostraba sin lugar a dudas daño cerebral masivo. Los pulmones estaban moderadamente congestionados. El examen radiológico del cerebro mostraba una hemorragia masiva que había desplazado una considerable cantidad de la masa encefálica. Los Rayos-X tomados en el área pectoral daban evidencia de una moderada congestión pulmonar y de insuficiencia cardiaca. El corazón se le había alargado de forma tal que daba a entender que una alta y prolongada presión sanguínea estaba presente. Los datos de laboratorio mostraron un ligero deterioro de los riñones.

El paciente fue ingresado bajo el cuidado de un neurocirujano, quien concluyó que, quirúrgicamente hablando, nada podía hacerse para revertir la situación. Otros doctores fueron consultados, incluyendo a un especialista del corazón, un nefrólogo, un neurólogo, un especialista de pulmón y al propio médico familiar del señor Navarro, quien llevaba varios años sin ver a su paciente.

Después de 3 semanas sin mejoría renal, la diálisis fue recomendada. La señora Navarro creía que su esposo no querría seguir viviendo en este estado, en una condición que, todo mundo estaba de acuerdo, era irreversible. Ella le pidió al medico familiar que detuviera el tratamiento y le permitiera a su esposo morir en paz. El médico familiar le contestó que él no le permitiría morir al paciente después de estar enfermo por tan breve periodo. El neurocirujano aseveró que él no podía hacer nada adicional para mejorar el estado del señor Navarro, pero que la decisión para negar tratamiento posterior no era de su competencia. El cardiólogo estaba complacido con el descenso de la presión sanguínea del señor, y su sorprendente supervivencia, y sentía que él no podía tomar decisión alguna para descontinuar el tratamiento para sostenerle su vida.

Por su parte, el nefrólogo creía que la diálisis pudiera mejorar un poco su condición general, y no tomaría responsabilidad de cualquier otro desenlace. Respectivamente, el especialista de pulmón no podía tomar decisiones de vida o muerte, y su responsabilidad tenía que ver solamente con la condición de los pulmones del paciente. El neurólogo simpatizaba con la señora Navarro, y estuvo de acuerdo con ella, pero sentía que su responsabilidad era solamente evaluar el grado de daño. La señora Navarro percibió que ningún médico estaba aceptaba la responsabilidad del cuidado total y definitivo de su esposo.[134]

Uno pudiera concluir, puesto que la señora Navarro le había hecho una solicitud al médico familiar, que él pudo haber asumido la responsabilidad final; o, al contrario,

---

[134] Warren Point, MD, comunicación personal, 1999.

uno pudiera decir que puesto que el neurocirujano determinó que no había nada por hacerse, él mismo debería haber tratado con el problema. O que el nefrólogo debería haber hecho un acercamiento más holístico y haberse opuesto a la diálisis desde el principio. O que el neurólogo debió indicar claramente que el señor Navarro no tenía esperanza alguna de ser salvado, y su deber era organizar una junta del grupo médico implicado. El problema era que ningún miembro de este grupo tomaba la responsabilidad para llevar a cabo la decisión de dar fin al tratamiento.

Casos como éste pueden causar fricciones sin llegar a solucioneshasta que fallece el paciente, como sucedió con el señor Navarro. Mientras tanto, la falta de coordinación y la carencia de asumir responsabilidad pueden representar grandes problemas para pacientes y sus familias.

De entrada, uno pudiera afirmar que éste es un conflicto clínico y requiere de una solución médica y que el equipo médico necesita decidir quién está a cargo. No obstante, si el personal médico o el equipo médico en su totalidad no está capacitado o muestra poca disposición para solucionar un problema, esto se convierte en un asunto administrativo. Tarde o temprano la administración tendrá que decirle al personal médico que la falla al no aceptar responsabilidad como “capitán de la nave” es inadmisible.

Es una responsabilidad de las instituciones al cuidado de la salud desarrollar las políticas para proteger los derechos de los pacientes – políticas para gobernar la práctica de la medicina, de la enfermería y de todos los servicios profesionales dentro de su ámbito. El enfoque de este capítulo no radica en los problemas de la bioética clínica, sino en el rol de la institución en el desarrollo y la supervisión de las prácticas clínicas. Conforme con este propósito, revisamos aquí los derechos de los pacientes y las políticas necesarias y apropiadas para asegurar dichos derechos.

Perspectiva ética: Códigos profesionales

En 2001, un grupo representativo de varios órganos públicos y privados mexicanos, encabezado por funcionarios de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, formuló y publicó una *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.* Este proyecto se inició en contemplación de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006 y el Programa Nacional de Salud, los cuales destacaban la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes "para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos." Como explicaron los directores de este proyecto,

> Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos. Con el propósito de compilar en forma sucinta y clara la información disponible respecto al tema, se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud.[135]

La Carta se redactó basada en las 1117 opiniones sometidas a la consideración de los expertos convocados y fue presentada a la sociedad ante el presidente de la Republica en diciembre 2001 en la forma siguiente:

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

1. *Recibir atención médica adecuada.*

2. *Recibir trato digno y respetuoso*.

3. *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz*.

4. *Decidir libremente sobre su atención*.

5. *Otorgar o no consentimiento válidamente informado*.

6. *Ser tratado con confidencialidad*.

7. *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión*.

8. *Recibir atención médica en caso de urgencia*.

9. *Contar con un expediente clínico*.

10. *Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida*.

---

[135] Carlos Tena Tamayo, et al., Derechos de los pacientes en México. *Rev. Med. IMSS* 2002; 40 (6): 523-529

Otras declaraciones de comportamiento profesional que pueden establecer normas específicas para el cuidado de los pacientes son el *Código de Bioética para el Personal de Salud* de la Comisión Nacional de Bioética promulgado en 2002[136] y el *Código de Conducta para el Personal de Salud* de 2002, promulgado por el Secretario de Salud.[137] Estos códigos prestan atención tanto a principios en relación con el profesionalismo, ya mencionado en otros capítulos, como pautas para la protección del paciente discutida en el presente.

Políticas Institucionales

Por supuesto, el poner en práctica estos derechos es responsabilidad, en primer lugar, de los médicos que tratan a los pacientes. Sin embargo, puesto que la práctica profesional de los médicos se lleva a cabo casi siempre dentro del contexto o del ambiente de una institución al cuidado de salud, sea un hospital o una clínica o incluso el consultorio propio del médico, es responsabilidad de estas instituciones el establecer las políticas o pautas para guardar estos derechos. Una institución al cuidado de la salud puede cumplir con su responsabilidad con respecto a los derechos de los pacientes principalmente adoptando y promulgando ésta *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* como parte de su misión y publicándola en información proporcionada a los pacientes.

Esto, no obstante, no es más que el primer paso. Sabemos todos que existen documentos de principios establecidos por instituciones y que los miembros o empleados de la misma institución hacen caso omiso de éstos. Así que son necesarias políticas de conducta específicas, normas y pautas para poner en marcha los derechos de los pacientes.

1. Consentimiento Informado

Tres de los derechos del paciente listados en la Carta se refieren directamente al consentimiento informado: 3. *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz*, 4.

---

[136] http://bob-hall.net/ .html
[137] http://bob-hall.net/ .html

Decidir libremente sobre su atención y 5. *Otorgar o no consentimiento válidamente informado.*

El respeto por la autonomía del paciente en el campo del cuidado médico no es simplemente una actitud permisiva, que otorga al paciente este derecho sólo en el caso de que el paciente lo demande. El resultado de esta actitud permisiva sería el respeto de la autonomía de los individuos que pueden imponerse dentro del contexto de la relación médico-paciente; sin embargo, hay mucha gente que es demasiado tímida para imponerse efectivamente en tales relaciones. Hoy en día para realizar la autonomía es necesario ayudar, animar, o darle confianza al paciente, incluso fomentarle la capacidad para evaluar y decidir sobre su tratamiento.

No obstante, el consentimiento informado no es un asunto tan simple como el firmar un formulario dando todo el poder al médico. El paciente no debe aceptar un tratamiento indeterminado; él o ella debe acceder únicamente a los procedimientos específicos para obtener beneficios anticipados. De este modo, para que el paciente dé su consentimiento informado, es necesario que el médico le proporcione toda la información necesaria para su decisión. Normalmente, esta información incluye cinco puntos:[138]

(1) una explicación de su enfermedad o de su estado de salud,

(2) información acerca del tratamiento propuesto por el médico,

(3) un recuento detallado de los riesgos y beneficios esperados del tratamiento propuesto,

(4) información sobre tratamientos alternativos disponibles, sobre sus riesgos y beneficios potenciales,

(5) las consecuencias probables si el paciente rechazara cualquier tratamiento.

Existe un problema en relación con el criterio del consentimiento informado. Hace unos años, el criterio del consentimiento informado se fundamentaba en la opinión

---

[138] *Principios de Ética Biomédica,* Beauchamp, Tom L. and James F. Childress, Barcelona: Masson, S.A. 1999; *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1979 (Fourth Edition, 1994).

profesional de un especialista – un médico. Para obtener el consentimiento del paciente, solamente se requería cumplir con la "costumbre" médica de informar al paciente lo que los médicos normalmente explican, incluso cuando esto fuera en términos técnicos no bien entendidos por el paciente. Ahora, por el contrario, el criterio aceptado requiere del médico que informe adecuadamente sobre las necesidades del paciente mismo para que éste pueda decidir. El médico debe discutir con el paciente todo lo que sea necesario para que pueda tomar su decisión - los puntos ya mencionados - contestando a todas sus preguntas, incluso en su propio idioma si fuera necesario. El criterio en el proceso del consentimiento informado es que la comprensión del paciente debe ser lo suficientemente plena para que pueda decidir de manera adecuada. Así que, además de darle al paciente la información requerida, es muy importante que el médico solicite al paciente sus preguntas o dudas.[139]

A veces se puede inferir el consentimiento del paciente sin que lo haya manifestado expresamente. Cuando un paciente se presenta en el consultorio o clínica pidiendo ayuda contra su enfermedad, el médico puede presuponer su consentimiento. Pero si es cuestión de un tratamiento que pueda tener efectos secundarios adversos, o que implique posibles complicaciones, entonces el consentimiento explícito es necesario. Asimismo, si hay algún cambio en el estado del paciente en tratamiento o incluso, si es razonable suponer que el paciente desea más información, el consentimiento informado explícito es necesario. En general, si el tratamiento lleva consigo algún riesgo adicional, requiere el consentimiento.

Por supuesto, existen circunstancias que plantean excepciones a la norma del consentimiento informado, las emergencias por ejemplo, cuando un paciente está

---

[139] Por medio de investigaciones empíricas (Hall, Robert T., et. al., Relaciones médico-paciente: un estudio empírico. *Medicina y Ética: Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica*, Vol. IX, No. 1, 2008.) hemos manifestado la importancia de la solicitud de preguntas por parte del médico. Preguntamos a más de 1500 pacientes, "¿Le preguntó el doctor si tenía usted preguntas o dudas?" El 52.7% de los entrevistados nos dijo que sí, el 47.3% contestó "No." Los pacientes quienes dijeron que el médico solicitó sus preguntas estuvieron más dispuestos a pensar que el médico había puesto atención a su problema ($\chi^2 = 137.524$, $p = 0.000$). Igualmente, cuando el médico había solicitado sus dudas, dijeron los pacientes que estaban contentos con la atención del doctor ($\chi^2 = 91.048$, $p = 0.000$), que estaban más de acuerdo con lo que el doctor recetó ($\chi^2 = 50.224$, $p = 0.000$) y que el médico había puesto atención a lo que le habían dicho ($\chi^2 = 86.335$, $p = 0.000$).

inconsciente o incapacitado y cuando el hecho de obtener el consentimiento del paciente o de sus familiares se lleve tal tiempo que la vida del paciente se ponga en riesgo o bien exista el peligro de daño permanente a él. Por otra parte, encontramos el llamado "privilegio terapéutico," cuando no se puede informar al paciente del uso de un placebo como en el caso recontado en el Capítulo I, y casos de incapacidad del paciente o de menores de edad.

2. Directrices anticipadas

Los derechos del paciente no se aplican solamente al paciente consciente y competente, sino al paciente después de perder su conciencia o su capacidad para decidir. Así que es necesario que las instituciones al cuidado de la salud tengan políticas para proteger los derechos del paciente incapacitado. A veces, hay leyes que le dan al paciente el derecho de hacer un testamento en vida o de nombrar a un individuo de actúe como su representante. Si no hay leyes estatales o federales relevantes es necesario que las políticas de la institución aseguren que se pongan en marcha estos derechos dentro de la institución.

No es responsabilidad de la institución misma o de sus administradores formular o precisar los contenidos de tal documento. Esto queda a cargo de cualquier órgano de la institución que supervisa el cuidado de los pacientes. Pero sí es responsabilidad de la institución y de sus mandatarios asegurarse de que el paciente tenga la oportunidad de aceptar o rechazar tratamientos por adelantado y que se guarden los derechos de los pacientes por el órgano apropiado por medio de directrices anticipadas. Los derechos del paciente por los cuales una directriz anticipada es necesaria y apropiada incluyen los siguientes:

1. Escribir un testamento en vida para ordenar que, si su condición es terminal o se encuentra en estado vegetativo persistente, no quiera ser mantenido vivo por medios artificiales por más del tiempo que sea necesario para confirmar su

condición como terminal. (El rechazo de equipo de ventilación u otro tratamiento para sostener la vida no aplica en casos de trauma.)

2. Nombrar a un representante en caso de que el paciente perdiese su capacidad de entendimiento o decisión respecto a su tratamiento. Este representante debe recibir toda la información pertinente al paciente por parte del médico y debe estar autorizado para decidir por cuenta del paciente en lo relativo a (a) la aceptación o el rechazo de cualquier tratamiento, incluyendo aquellos destinados a sostener o resucitar su vida y (b) el cambio de médico o el traslado del paciente a otro hospital o enfermería. Si la persona que fue nombrada como representante del paciente no pudiese cumplir con sus deseos, el paciente puede autorizar que su médico nombre como tal representante a un pariente o a un amigo para que actúe por su parte, a condición de que dicho representante sea aquella persona que conozca y defienda los intereses y deseos del paciente de la mejor manera.
3. Expresar sus deseos sobre la donación de órganos.
4. Autorizar una orden de "no intento de resucitación" siempre y cuando ésta sea apropiada en la opinión del médico del paciente o de su representante.
5. Autorizar una autopsia siempre y cuando el médico lo considere acto útil.
6. Expresar sus deseos sobre medidas de paliación. Si el paciente se encuentra en estado terminal de su enfermedad, es su derecho manifestar su preferencia de que sean suministradas medidas suficientes para mitigar su dolor y para mantenerse cómodo en vez de que se le apliquen tratamientos agresivos de curación que se pueda considerar razonablemente fútiles.

Si no existen leyes o normas gubernamentales para asegurar estos derechos del paciente (o algunos de estos derechos), es necesario que la institución misma desarrolle sus propias políticas para lograr esto. Estas políticas deben cubrir todos los puntos sobre los cuales el paciente quisiera expresar sus deseos por adelantado en caso de su propia

incapacidad. Se pueden realizar estos deseos en forma de contrato o acuerdo, bajo política institucional, entre el paciente y su médico principal, como el siguiente:

Hospital Central

Directrices Anticipadas

Directrices Anticipadas de _____, Paciente

Comunicación y Decisión ☐ Sí ☐ No

Deseo que mi diagnóstico y el tratamiento propuesto me sean explicados ampliamente y del mismo modo pido la oportunidad de aceptar o rechazar el tratamiento antes de que se ponga en marcha.

Representante ☐ Sí ☐ No

Si en algún momento dado perdiese mi capacidad de entendimiento o decisión respeto a mi diagnóstico o de los tratamientos a que he de ser sujeto, deseo que _____ actúe como mi representante. Mi representante debe recibir toda la información pertinente de parte de mi médico y decidirá por cuenta mía en lo relativo a: (1) aceptación o rechazo de cualquier tratamiento, incluyendo aquellos destinados a sostener o resucitar mi vida; (2) el cambio de médico o el traslado de mi persona a otro hospital o enfermería; (3) todas las decisiones relativas a la donación de mis órganos, así como a todo lo relativo a mi autopsia e inhumación.

Si la persona que he nombrado como mi representante no pudiese cumplir con mis deseos, pido que mi médico nombre como tal a un pariente o un amigo para que actúe como mi representante. Deseo que mi representante sea aquella persona que de mejor manera conozca y defienda mis intereses y deseos.

El Testamento en Vida ☐ Sí ☐ No

Si mi estado es terminal, o me encuentro en estado vegetativo persistente, no quiero ser mantenido vivo por medidas extremas por mucho tiempo.

La Donación de Órganos ☐ Sí ☐ No

Deseo que todos aquellos órganos de mi cuerpo que puedan ser utilizadas por otras personas sean donados y aprovechados por éstas.

Resucitación ☐ Sí ☐ No

Creo que el uso de una orden de “no intento de resucitación” resulta apropiado, siempre que mi médico y yo (o mi médico y mi representante) estemos de acuerdo en ella.

Medidas de Paliación ☐ Sí ☐ No

Si me encontrase en estado terminal de mi enfermedad manifiesto expresamente mi preferencia porque me sean suministradas medidas suficientes para mitigar mi dolor y para mantenerme confortable en vez de que se me apliquen tratamientos agresivos de curación que se puedan considerar razonablemente fútiles. Se pueden administrar medidas de paliación necesarias incluso si estas medidas aceleran la muerte.

Autopsia ☐ Sí ☐ No

Si mi médico cree que sería importante o útil, es permitido una autopsia.

Paciente _____ **Fecha** _____

Tomaré en plena cuenta estas directrices y deseos anticipadas de este paciente

Médico _____ **Fecha** _____

Caso: La señora Castaño

La señora Castaño es una persona diabética de 63 años con complicaciones circulatorias severas. Ella vive sola. Entró al hospital por la sala de urgencias, y le encontraron que tenía la pierna izquierda con gangrena. El médico, que la atendía desde hace algunos años, evaluó su condición y le informó que su pierna tenía que ser amputada o ella moriría. La señora Castaño rechazó la amputación e indicó categóricamente que ella prefería morir a tener que, en sus propias palabras, "ser mutilada." Estaba muy enferma, pero absolutamente consciente y entendió completamente las consecuencias de su decisión. Ninguna conversación y súplicas por parte de sus médicos y de su familia (dos hijas) la convencieron de elegir la cirugía. Entonces se inició el tratamiento con antibióticos.

Durante una de sus visitas, la señora Castaño había dicho al doctor que si ella no podía tomar decisiones, deseaba que su hija mayor decidiera en su lugar. Tres semanas después del ingreso al hospital, la señora Castaño se tornó delirante debido al estado cada vez más grave de su infección y no tenía la capacidad de decidir por sí misma.

Entonces la hija mayor dijo que su madre había sido siempre "muy rejega." Dijo que era característico de su madre rechazar muchas cosas. Pero cuando la forzaban a hacer lo que ella había rechazado, ella aceptaba siempre y cuando fuese por su bien. Ella dijo que su madre tenía que ser forzada a casi todo lo que ellas le aconsejaban: Citó como ejemplo ir de vacaciones, abrir su propia cuenta de cheques, aprender a conducir, etcétera. Ella tenía siempre razones para rechazar, pero cuando las decisiones fueron tomadas por ella - dijo - a menudo estaba de acuerdo con esas decisiones y contenta con los resultados. El médico estaba de acuerdo en que éste era el problema en su relación con la paciente: él tuvo que "forzarla" a tomar los medicamentos frecuentemente, al final se mostró de acuerdo y contenta.

Estando la señora Castaño ahora en estado de delirio y casi inconsciente, la hija mayor se acercó al médico y le pidió ordenar la cirugía y salvar la vida de su madre. En

aquel momento la cirugía inmediata tenía posibilidad de éxito muy alta. El problema ahora era si el médico familiar debería quedarse o no con la decisión de la señora Castaño, o accedía a los deseos de la hija.

Hay varios problemas importantes del consentimiento informado y la delegación de la decisión del paciente a sus familiares o a un agente representante. Sin embargo, quisiera mencionar aquí un problema de índole cultural. En Estados Unidos, el principio de autonomía está arraigado en la cultura y en las leyes de manera tan preponderante que el individuo tiene que decidir por sí mismo, casi sin la ayuda de su familia o de sus amigos. Esto puede dar lugar a un problema cuando hay circunstancias en las cuales la familia debe tomar decisiones respecto a un paciente anciano, o en caso de enfermedad mental que disminuya la capacidad del paciente para tomar una decisión por sí solo. Incluso desde el punto de vista de la autonomía, la dependencia de las preferencias autónomas del paciente es un principio demasiado "individualista." Si el paciente desea que su familia esté a cargo del cuidado de su salud y considere que es mejor confiar en el juicio de otras personas, el individualismo de la cultura moral no permitiría que sus deseos fueran cumplidos. Carl Schneider, un filósofo estadounidense, ha denominado este excesivo individualismo como la "autonomía obligatoria."[140] Esta situación puede reflejar un individualismo del sistema de los derechos. Los derechos pertenecen a los individuos y hay poca consideración para la familia, la comunidad o la solidaridad social. Recientemente, algunos filósofos han propuesto conceptos alternativos a este valor cultural; no me refiero a los llamados "*communitarian*," quienes son críticos del multi-culturalismo de la sociedad y los cuales exigen más conformidad dentro de la sociedad, sino más bien hablo de los que han puesto énfasis en la dependencia que caracteriza a la naturaleza humana, así como de los filósofos feministas (tanto hombres como mujeres) quienes han subrayado los vínculos entre los individuos y el carácter social de la naturaleza humana.

---

[140] Schneider, Carl. *The Practice of Autonomy*, Oxford University Press, 1998.

Se usó el caso de la señora Castaño en una investigación empírica comparativa[141] para averiguar bajo qué circunstancias los médicos estarían dispuestos a desautorizar, anular o hacer caso omiso de los deseos del paciente a favor de los beneficios del paciente o la petición de su familia. La pregunta a los médicos mexicanos y estadounidenses fue si el médico ordenaría la amputación o no y por cuáles motivos. De los médicos mexicanos el 88.1% dijo que sí ordenaría la cirugía, de los estadounidenses el 46.0% (n =263). Los resultados son los siguientes:

	EUA	México	Total
Sí Ordenaría la cirugía	46.0%	88.1%	74.1%
No No la ordenaría	54.0%	11.9%	25.9%
Total	87	176	263

Aunque los médicos mexicanos se manifestaron mucho más inclinados por la cirugía, es de interés que los médicos de Estados Unidos estaban divididos casi igualmente entre la cirugía y los deseos del paciente. La diferencia entre los médicos mexicanos y los estadounidenses fue estadísticamente significativa con una probabilidad de error menor a 0.000.

Concluimos (tomando en cuenta además de esto, sus respuestas otras preguntas) que los motivos de los médicos mexicanos estuvieron principalmente influenciados por la familia, mientras que los médicos estadounidenses estuvieron influenciados por el hecho de que en Estados Unidos, en gran parte, los mandatos de un agente representante no deben anular las órdenes directrices de la paciente. Fue interesante que los médicos estadounidenses, los cuales no ordenarían la amputación, también decidieron por motivos relacionados con la familia y no por el temor a ser acusados de dar tratamiento sin autorización. Los médicos estadounidenses se vieron verdaderamente divididos entre los deseos de la paciente y los mandatos de la familia. Las respuestas de los médicos

[141] Hall, RT, et al., La relación médico-paciente en México y Estados Unidos: un estudio empírico, Buenos Aires, Argentina: *Perspectivas Bioéticas*, Año 9 Numero 16, Primer Semestre de 2004, pp. 103-25.

estadounidenses indican que muchos de ellos, con referencia a este caso verdaderamente problemático, no están de acuerdo con el individualismo absoluto de la ley de su país. Muchos creen que al menos a veces los deseos de la familia deben anular los de la paciente o, para ponerlo más claro, existen ocasiones cuando debe permitírsele a la familia cuidar a una paciente, incluso en contra de sus órdenes anticipadas. El punto principal de este ejemplo es que no es apropiado el uso sencillo de políticas de una cultura en otra sin consideración y revisión. Es preciso que cada institución desarrolle sus propias políticas.

3. Comités institucionales clínicos

Para poner en práctica los derechos de los pacientes y las políticas institucionales, no es suficiente una declaración sencilla por parte de la institución. Es necesario que la responsabilidad sea asignada a una persona o a un órgano específico. Con este propósito, en 2002, la Comisión Nacional de Bioética propuso incluir un nuevo artículo en la Ley General de Salud. Este artículo autorizaría que "en las instituciones de salud y en las unidades de atención médica (...) se constituirá un comité de bioética, órgano colegiado independiente del gobierno de la unidad de servicio, autónomo en sus opiniones y decisiones, relacionado con los asuntos éticos que surjan en la prestación de los servicios de salud y en la investigación en seres humanos y animales, así como en aspectos de bio-seguridad." Estos comités institucionales deben incluir, en la opinión de la Comisión Nacional, "representantes de todas las profesiones que prestan servicios de salud en la unidad y miembros de la sociedad civil, ya sean del sector privado, del sector educativo y de pacientes actuales o potenciales, a fin de contribuir a la operación de alta calidad de dichas unidades."[142]

Con respecto a la organización y función de los comités clínicos, hablo desde la perspectiva de mi propia experiencia. Entre 1986 y 2004 formaba parte del comité de bioética clínica del Charleston Area Medical Center y desde 1994 era miembro del

[142] Comunicación personal, El Doctor Fernando Cano-Valle, junio, 2004

comité clínico del Thomas Hospital de la misma ciudad. Para las dos instituciones era el encargado del programa de educación pública y de la capacitación de los miembros del comité. Me gustaría ofrecer, para su consideración, una breve relación de algunos errores que, en mi experiencia, varios comités clínicos hemos cometido.

1. *Consultas a los comités*. La práctica de varios comités en las primeras décadas del movimiento bioético era convenir una reunión del comité entero cada vez que había una pregunta por parte de un médico o de un paciente. El problema con esta práctica era que tomaba demasiado tiempo para ser útil. Así que en vez de convocar al comité entero, decidimos recurrir a un pequeño grupo de tres personas para hacer consultas – esto resultó más eficiente, pero todavía no lo suficientemente rápido. Hoy en día, muchos comités designan a una persona o tienen a un individuo especialista en la bioética para dar el primer consejo de parte del comité. Esto funciona muchísimo mejor, pero al menos en hospitales grandes, requiere de una persona disponible casi de tiempo completo –lo que, a su vez, requiere contar con un presupuesto en lugar de servicios voluntarios.

2. *Falta de seguimiento.* Otra dificultad, la cual no solucionamos en mi experiencia, es que a veces una familia necesitaba apoyo con una decisión difícil por dos o tres días – y tal vez seguimiento después – y el comité nunca logró satisfacer esto. Para mí fue muy frustrante que el comité o la delegación de tres personas sólo ofreciera consejo pero ningún seguimiento.

3. *Composición restringida del comité*. Otro problema fue la composición del comité clínico. Claro que además de los médicos son necesarios enfermeras, trabajadores sociales, y ministros religiosos, pero la inclusión de otras personas resultaba más problemática. Sin embargo, a veces el personal administrativo o los médicos tienen miedo de incorporar en el comité a personas no relacionados con el hospital o que no son profesionistas médicos - por ejemplo, personas laicas o miembros del público o académicos, e incluso abogados - por creer que conformado así el comité clínico podría ser usado para promover quejas en contra

del hospital o en contra de los propio médicos. Al principio, en un comité hubo mucha suspicacia sobre mi inclusión; sin embargo, seis años más tarde yo era recibido como experto en otro comité - casi con demasiada deferencia. Hasta donde yo sé, la incorporación de miembros del público o académicos ha provocado muy pocos problemas; en cambio, ha proporcionado una perspectiva muy útil.

4. *Médicos o administradores en el control*. El control, o hasta la presencia de administradores a veces ha significado para los pacientes que el comité sirva nada más a los intereses o a los propósitos institucionales. Y un control total por parte de médicos puede indicar que los intereses profesionales van a predominar. De hecho, hay evidencia empírica que con una membresía de más de 25% de médicos, el comité es menos exitoso.[143] Demasiados médicos aparentemente dan la impresión de que el comité va a imponer la perspectiva médica y no la del paciente –y muchas veces es así. Es un grave problema: que el comité haga lo que los médicos mandan, lo cual logra que se perciba como el "matón" que hace que se cumpla las órdenes de los médicos.

5. *Acceso restringido al comité*. Otro asunto es la pregunta de quién podría tener derecho a convocar al comité para considerar un caso. En un hospital, donde yo era miembro del comité clínico, esto era prerrogativa exclusiva de los médicos. Este hospital es muy conservador y los profesionistas, tanto médicos como administradores, sospechaban que los pacientes iban a usar al comité para levantar quejas en contra de los médicos por negligencia o por fallas en los tratamientos o en contra del mismo hospital. Así que limitaron el acceso al comité a los médicos y luego a otros profesionistas, siempre con la aprobación de los médicos. He sabido, sin embargo, de un comité que fue usado muchísimo por las enfermeras para levantar quejas en contra de los médicos. Creo que es necesario enfatizar constantemente que un comité clínico debe servir a los intereses de los pacientes, además de dar ayuda a los médicos con problemas difíciles.

---

[143] Linda S. Scheirton, Determinants of Hospital Ethics Committee Success, *HEC Forum*, 1992, 4 (6): 342-359.

6. *Tomar decisiones y dar consejo.* Relacionado con esto, hoy en día se entiende (aunque no en las primeras fases de la formación de comités clínicos) que el deber del comité es dar consejo y no tomar decisiones por parte de los médicos o de los pacientes. Esto simplifica el problema del acceso restringido. Si el comité no va a decidir ni de manera jurídica ni en toma de decisiones médicas, sino solamente a dar consejo, la respuesta del comité –el consejo para cualquier problema- podría estar dirigida únicamente a la persona que le pide su consejo. Si hay quejas sobre los médicos o sobre el hospital, el comité podría ayudar con sus declaraciones y orientar al quejoso sobre cómo proceder con sus quejas.

7. *Consulta sin educación vale poco.* Una investigación empírica en Estados Unidos en los años noventa ofreció conclusiones muy interesantes. La encuesta SUPPORT[144] concluyó que la intervención clínica en su forma de proporcionar información a los médicos sobre los deseos de los pacientes, sin capacitación de los médicos en la bioética no logró cambiar las prácticas de los doctores. Después de una consulta exhaustiva con pacientes terminales, no hubo diferencia alguna entre el grupo de médicos con información sobre los deseos del paciente y el grupo de médicos sin dicha información - diferencias con respecto a órdenes de no resucitación, el plazo de hospitalización o el uso de ventiladores después del diagnóstico de condición terminal. Este estudio de 4028 pacientes terminales (más de 2000 con consultación bioética), en 5 grandes hospitales tomó 5 años y costó $28 millones USD. La consulta con pacientes y la provisión de información al doctor sin capacitación del médico sobre la bioética y los derechos del paciente no vale nada. Así que fue un error por parte de los comités clínicos estadounidenses enfocarse en consultas en vez de atender a la educación del personal y del público.[145] Así que para la implementación de la Declaración UNESCO, el aspecto fundamental debería ser la educación, con énfasis en la bioética, y normalmente ésta es una tarea para el comité clínico.

---

[144] William Knaus and Joanne Lynn, "Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT)", Robert Wood Johnson Foundation, 1995.
[145] Lo, Bernard, Improving Health Care at the End of Life: Why is it so difficult? JAMA, 1994; 274 (20).

8. *Políticas hospitalarias.* Una función de los comités hospitalarios bioéticos poco cumplida es la de establecer políticas del hospital sobre el consentimiento informado y directrices anticipadas para regularizar la práctica de la medicina. Por ejemplo, una vez dos médicos neurólogos nos trajeron un problema. Dijeron que cuando hicieron una valoración, usando un electro-encefalograma, tomado dos veces con diferencia de seis horas (el criterio establecido), para afirmar que el paciente murió, la familia negó su permiso para retirar el respirador. La familia no cría que el paciente había muerto porque todavía estaba respirando. El comité decidió que era necesaria una política para establecer que no se requería ningún permiso de la familia para retirar el respirador una vez que el paciente fuera pronunciado muerto. Como asunto práctico, el comité les informo a los médicos que sería mejor no pedir permiso (porque de hecho no hubo ninguna decisión), sino informarles a los familiares de manera más apropiada que el paciente se había muerto.

5. *Información Médica*

a. Los expedientes médicos y la confidencialidad con respecto a la información

Es bien sabido que la confidencialidad de información médica – el secreto profesional – sirve para muchos propósitos importantes. Los pacientes quieren evitar la vergüenza social, estigmatización o discriminación debido a trastornos mentales, enfermedades de transmisión sexual, o adicción a sustancias tóxicas, que podría suceder a partir de la revelación de información privada, incluso información médica. La gente espera, con razón, que su vida privada no vaya a ser expuesta al público. La confidencialidad es útil para la relación médico-paciente puesto que la confianza del paciente puede animar a la gente que sufre estos problemas a buscar ayuda del médico. La violación del compromiso de confidencialidad ha causado que la gente con diagnóstico de VIH, por ejemplo, perdiera su trabajo, su casa o su puesto universitario. Además la confidencialidad sirve para beneficios públicos puesto que promueve el control eficaz de enfermedades contagiosas.

Es bien sabido también, y un tema muy discutido en la bioética clínica, que hay varias excepciones a la norma de confidencialidad del expediente médico. Hay que reportar a las autoridades gubernamentales el brote de enfermedades infecciosas, por ejemplo, además del abuso de niños o adultos, heridas criminales o de disparos, y conductores dañados. También hay un deber por parte del médico para dar aviso a personas en peligro de sufrir violencia o infección.

Recientemente, una de las mayores preocupaciones del público en general ha sido el acceso ilegal de “hackers” ajenos a la institución, a la información privada que se guarda en las computadoras. Contrariamente a lo que podría pensarse, la difusión de la información entre las personas que tienen acceso legal representa un problema mayor que el de los hackers. Me refiero especialmente al uso de esta información por los empleadores, por los seguros, por las empresas de negocios o incluso para propósitos de investigaciones médicas. Debido a cambios recientes al prestar servicios de salud, la confidencialidad de información médica es ahora un asunto institucional. Hasta hace algunos años, la relación médico-paciente era “cara a cara". La única información sobre el paciente que constaba por escrito era su expediente clínico, el cual se guardaba exclusivamente en los archivos del médico. Hoy en día la confidencialidad en lo referente a este tipo de información enfrenta una situación totalmente nueva. En los hospitales trabajan muchas personas que necesitan tener acceso a la información sobre los pacientes, como: los especialistas, patólogos, técnicos, enfermeras, estudiantes de medicina, trabajadores sociales, investigadores, representantes de los paneles de calidad, oficinistas y todos aquellos relacionados con las finanzas y los seguros. Aunque todo esto es necesario para el moderno cuidado de la salud, sin duda disminuye la confidencialidad de la información privada. Resulta muy difícil garantizar la confidencialidad, dadas las condiciones actuales de la prestación de servicios de salud. Y puesto que la información médica está capturada por grandes sistemas de computadoras, los cuales pertenecen a, y están bajo control de instituciones, cada organización al cuidado de la

salud debe considerar cuáles son sus propias responsabilidades morales respecto a la confidencialidad. De manera significativa, esta responsabilidad requiere programas informáticos seguros con acceso limitado a los que lo necesitan.

La transferencia electrónica de datos médicos plantea otros problemas. ¿Es apropiado enviar un expediente médico por fax de una oficina a otra sin verificación de quién está al otro extremo de la línea? A fin de cuentas, hoy en día la responsabilidad de guardar información médica con seguro pertenece más a las instituciones del cuidado de la salud que a los mismos médicos u otros profesionistas. La ética institucional requiere que las instituciones de salud establezcan normas destinadas a proteger dicha información. Además es necesario que estas normas tomen en cuenta no solamente el acceso o posesión de información confidencial, sino el uso de dicha información. Por ejemplo, aunque a veces puede ser para el beneficio del paciente, el proporcionar la información a los laboratorios farmacéuticos podría permitir que se utilice esta información para propósitos comerciales sin el consentimiento del paciente.[146]

Caso: Información por error

Griselda Hernández Pérez, Directora Administrativa del Sanatorio Sagrado Corazón, recibió un día una llamada de José Robles, Director de Recursos Humanos. El sanatorio es un hospital privado de ciento ochenta camas - uno de los dos hospitales en Santo Tomás una pequeña ciudad en el sur. El Sr. Robles dijo que él necesitaba un consejo sobre un problema traído a sus manos por el Dr. Santiago Sánchez, quien está encargado del programa de beneficios para empleados del hospital. Rutinariamente el programa ofrece cuidado de la salud, inyecciones contra la gripa y otros servicios gratis para los empleados del hospital. La semana pasada, una enfermera quirúrgica, Azucena Blancas, llegó al consultorio del doctor Sánchez con una petición de examen de sangre para una licencia matrimonial. Ella

[146] En Estados Unidos hubo una norma, escrita por el federal *Departament of Health and Human Services* durante el mandato del Presidente Clinton, al efecto de que no se pudieran usar expedientes médicos para ningún propósito comercial sin el consentimiento explícito del paciente. Esta norma fue cancelada por el Presidente Bush, para el beneficio de las empresas que contribuyeron a su campaña política.

llevó consigo también a su prometido para su propio examen. El reporte del laboratorio regresó a las manos del Dr. Santiago Sánchez quien supuestamente tenía que firmar la forma.

El problema, explicó el Sr. Robles, es que el reporte del laboratorio dice que los resultados de Azucena mostraron seropositivo en el examen de VIH. Por supuesto, él dijo, el laboratorio hizo la prueba de VIH por error, porque no estaba previsto. El doctor Sánchez llamó al patólogo por teléfono y el patólogo se disculpó; él dijo que el doctor Sánchez sólo debería tirar a la basura esta parte del informe que no había sido solicitado. La prueba se había hecho con otros dos exámenes de sangre ese día y el técnico aparentemente pensó que todos ellos seguían la misma forma. El doctor Sánchez no estaba de acuerdo con la idea de simplemente tirar el reporte.

El Sr. Robles dijo que le había preguntado al Dr. Sánchez sobre el novio de Azucena, pero su examen de sangre dio negativo para la prueba de VIH. Por supuesto, dijo el Sr. Robles a la Directora Hernández Pérez, no teníamos derecho a saber esto, porque es información confidencial. La información nos llegó por error, pero el Dr. Sánchez piensa que él debería informarles a Azucena y a su novio. La señora Hernández Pérez dijo que iba a pensar sobre esto y que llamaría al Sr. Robles más tarde.

Al siguiente día, el Sr. Robles llamó a la Sra. Hernández otra vez y le dijo que el Dr. Sánchez había decidido que tenía la obligación de informarle a Azucena: Ella estaba furiosa, no sabía que era seropositiva en la prueba de VIH; dijo que había estado en Nueva York por cerca de dos años cuando su primer matrimonio se había roto, ella había estado viviendo una vida muy disoluta por un tiempo antes de regresar a México. Sin embargo, eso había tenido lugar hacía 5 años.

Luego, dos horas más tarde, Azucena llamó al Dr. Sánchez otra vez y le comentó que ella había decidido no decirle nada sobre esto a su prometido, y añadió también que el doctor tampoco podría decirle nada a su novio. Ella afirmó que esta información formaba

parte de su expediente médico, y que nadie más tenía el derecho a saberlo. De hecho, ella estaba preocupada con respecto al patólogo y al técnico laboratorista. "Así pienso yo – dijo el doctor Sánchez - tú sabes cómo andan las cosas por aquí. No estoy seguro incluso si haya sido apropiado haberte dicho. No sé si esto debiera afectarle a su empleo como enfermera quirúrgica."

El Dr. Sánchez dijo también que él estaba preocupado por tener a una enfermera seropositiva trabajando en Cirugía; eso era meterse en líos. ¿Qué tal si llegaba hasta los periódicos el chisme de que tenemos una enfermera seropositiva trabajando en Cirugía? Santiago Sánchez también piensa que debe decírselo al novio, aunque se pregunta si eso sería lo apropiado.

Aun cuando la información aquí fue generada por error y transmitida sin mucha consideración, estos asuntos no son raros. Incluso así la gente y las instituciones deben tener responsabilidad por sus errores o sus malas decisiones. El director de Recursos Humanos y la directora administrativa fueron informados mientras trataban de solucionar el problema. ¿Habrá complicado el problema el Dr. Sánchez al revelar los resultados al director de Recursos Humanos? ¿Lo complicaría más cuando la Directora Administrativa fue informada, o esto era lo apropiado? Puede ser difícil controlar la diseminación informal de información así como el mantener seguros los expedientes médicos. No obstante, es responsabilidad de la institución establecer políticas apropiadas y efectivas

b. Principios de confidencialidad

La siguiente es una lista breve de principios éticos relevantes para la implementación de políticas institucionales y procedimientos para proteger la información confidencial.

1. *No debe haber un sistema de datos secretos: debe existir algoun modo para que los individuos puedan inspeccionar toda la información guardada.* Excepto en casos de incompetencia o indicaciones médicas para hacer lo contrario, no hay razón para

ocultar reportes médicos de los mismos pacientes. El consentimiento informado para la develación de información médica requiere conocimiento. No es posible dar consentimiento informado para revelar de los datos si uno no sabe qué contiene el expediente.

2. *Debe existir un modo en que los individuos puedan prevenir que la información sobre ellos mismos, obtenida para un propósito específico, no sea usada o puesta a disposición para otros fines.* Requerir el consentimiento para cada uso, o establecer "restricciones del uso legal", es cuestión de política pública. La ley podría permitir, por ejemplo, que se use información médica para investigaciones clínicas o para propósitos de contabilidad, a la vez que podría prohibir cualquier uso comercial o para decisiones relacionadas con el empleo. La gente necesita asegurarse de que la información confidencial no será usada para propósitos distintos a que aquellos que fueron acordados o establecidos por ley.
3. *Una organización manteniendo o diseminando información médica, debe asegurarse de la confiabilidad de los datos para su propósito intencional y debe contar con un proceso con el cual los individuos puedan corregir o enmendar cualquier registro de información sobre ellos mismos*. Los pacientes deben tener la habilidad de asegurarse de que sus expedientes médicos son exactos.
4. *El consentimiento para la revelación debe ser voluntario e informado*. Dada la complejidad del asunto, deben encontrarse métodos para garantizar que los pacientes entienden la naturaleza de la información y su uso intencional. Recibir cuidado médico o tratamiento nunca debe depender del consentimiento, para usos de información médica para fines no relacionados.
5. *El acceso a registros médicos por parte de oficiales civiles debiera ser limitado a personas con órdenes judiciales*. Puesto que nadie puede registrar su hogar sin una

orden judicial, los expedientes médicos en poder de proveedores al cuidado de la salud deben recibir la misma protección.

6. *Cualquier transferencia de información médica debería estar documentada*. La revelación inapropiada de información médica no puede ser detectada sin un registro. No hay razón alguna para permitir el acceso a la información sin que la develación sea grabada como la información misma.
7. *Las medidas de seguridad para la captura de datos electrónicos debería ser una prioridad*. De acuerdo a las sugerencias de Vincent M. Brannigan,[147] los sistemas de datos electrónicos deberían:
   a) Controlar solicitudes autorizadas para la información usando software de acceso restringido;
   b) Detectar el camino que sigue una solicitud a través de un sistema seguro de correo electrónico;
   c) Permitir la búsqueda sólo por medio del nombre del paciente, y prevenir búsqueda errática del banco de datos;
   d) Proveer una vía auditiva para cada uso de información;
   e) Permitir búsquedas generales solamente con propósitos autorizados;

Conclusiones

Aunque los derechos de los pacientes en primera instancia son responsabilidad de los médicos encargados de su cuidado, es deber de la institución establecer normas y pautas con respecto al suministro de servicios para el cuidado de salud dentro de su propio ámbito. Es prioritaria una declaración de los derechos del paciente conforme a la misión del la

[147] OTA (U.S. Congress, Office of Technology Assessment), 1993, Protecting Privacy in Computerized Medical Information, OTA-TCT-576, Washington, DC: U.S. Government Printing Office, http://www.wws.princeton.edu/cgi-bin/byteserv.prl/~ota/disk1/1993/9342/9342.PDF

institución y con la prioridad del paciente como *stakeholder* principal respecto a su propio cuidado.

Además de una declaración de los derechos del paciente, son necesarias políticas institucionales para especificar las prácticas imprescindibles respecto a estas normas. Hay que incluir en estas políticas pautas para el consentimiento informado y procedimientos para considerar directrices anticipadas. La seguridad de la información médica es una responsabilidad especial de las instituciones puesto que dentro de la organización moderna del cuidado de la salud los expedientes médicos pertenecen a las instituciones. En adición, la institución debe proveer la ayuda de un comité de bioética clínica para dar consejo en casos difíciles tanto a pacientes como a médicos.

VIII

Diversidad cultural

La diversidad cultural y la bioética institucional

La aplicación de los principios éticos a las actividades institucionales no es sencilla, puesto que los problemas que se presentan en estos casos usualmente son muy complicados. Por ejemplo, vamos a suponer que uno de los principios morales de la organización sea el respeto por la dignidad del individuo. Éste es un principio muy común, bastante claro y no muy controvertido; sin embargo, cuando se aplica a la organización, resultan consecuencias muy importantes. Primero, puesto que existe discriminación en casi todas las sociedades, las instituciones al cuidado de la salud deben contar con un programa en contra de la discriminación, en el cual se establezca el trato a las personas, sin importar que sean clientes, empleados o profesionistas, sin que se haga distinción de raza, nacionalidad, edad, sexo u orientación sexual. Este programa se contempla en estos días como un requisito esencial: la organización debe asegurarse de que las decisiones que tome la organización con respecto al cuidado de pacientes, a la contratación con profesionistas, las promociones de los empleados, o la terminación del contrato laboral, sean tomadas con imparcialidad. Además, la institución debe considerar las creencias religiosas de sus clientes y sus empleados; debe respetar los días festivos y los regímenes alimenticios contemplados en cada religión.

Perspectivas Éticas

Desde la perspectiva racional, la gente debería ser juzgada conforme a sus méritos. Si una persona quisiera que su propia integridad fuera respetada, lo cual es parte de la naturaleza humana, es irracional el negar respeto semejante a otros. Características del género o etnicidad sobre las cuales uno tiene poco o nulo control y que no son relevantes

para el desempeño del trabajo de uno, no deben ser parte de las evaluaciones del valor de las personas en el contexto de empleo, de la misma manera que no tienen lugar en el contexto del servicio al público o en la compra-venta de productos y servicios. Además, desde la mayoría de las perspectivas racionales, la discriminación basada en la orientación sexual, estado civil, religión, o cualquier otro status atribuido, podría ser igualmente irrelevante sin importar si esas características están o no incluidas en una lista de clases sociales legalmente protegidas.

Aunque la mayoría de las tradiciones idealistas sostienen que los individuos no deben ser juzgados sobre características irrelevantes, debe decirse que algunos grupos religiosos sostienen que la raza y el género son verdaderamente relevantes con respecto a los papeles sociales o cívicos así como con respecto a las responsabilidades familiares. Tanto en la tradición del Mundo Antiguo, como en la temprana tradición Cristiana, aquellos que fueron considerados como personas de igual dignidad, para ser creados iguales, no incluían ni a las mujeres ni a los esclavos. Y hoy en día hay muchos religiosos idealistas que consideran el género y la orientación sexual como algo que de verdad es relevante para las decisiones sociales. Sin embargo, el grado al cual el movimiento de los derechos civiles ha sido motivado por ideales religiosos como fuerte influencia social no debería ser subestimado. Se necesita mencionar sólo a Ghandi, a Martin Luther King, Jr. y a Don Vasco de Quiroga.

La discriminación está moralmente mal vista desde una perspectiva consecuencialista o utilitarista porque al juzgar a la gente utilizando estereotipos no maximiza el beneficio para ellos personalmente, ni para la sociedad en general. Cuando la discriminación toma lugar en el empleo, la gente que pudiera potencialmente hacer el trabajo mejor y, por lo tanto, añadirse al bien común, sería excluida por su raza, género, incapacidad u otras características irrelevantes al desempeño laboral. El beneficio social puede ser maximizado al distribuirse los trabajos solamente sobre la base de las habilidades.

Sin considerar las bases de su perspectiva teórica, la mayoría de los filósofos morales usan el lenguaje de los derechos humanos para expresar sus comentarios éticos en esta área, aunque ellos lo hacen con algunas diferencias en su significado. Los teóricos consecuencialistas que ven el uso de las reglas como el mejor camino para maximizar el bienestar se sienten inclinados a enlistar el derecho al trato igualitario como parte de las reglas básicas, sin importarles la raza, el género, el origen étnico, la religión, discapacidad, etc., y a apoyar las leyes que incorporan estas reglas. Los racionalistas que ven el respeto a los individuos como la más básica e imperativa de las leyes morales frecuentemente utilizan el lenguaje de los derechos humanos para formular este principio. Y los teólogos moralistas a menudo sostienen que el respeto a los individuos está implícito en la voluntad de Dios para la vida social. Así que aunque hay aquí una cierta cantidad de matices entretejidos en los conceptos, a la vez hay un consenso general a nivel de los derechos humanos a pesar de las diferencias teóricas con respecto a la justificación subyacente.

Desde la estrategia *stakeholder*, debería quedar claro que los empleados y los prospectos a ser empleados tienen interés en ser considerados por sus propios méritos; sin embargo, hay otras razones – la gente a menudo siente que tiene derecho con respecto a su empleo o su ascenso a causa de su trabajo de planta. Contratar personal y ascender puestos considerando las relaciones personales puede tener un efecto en detrimento de otros empleados, quienes pudieran resentir una cultura empresarial que envuelva favoritismo. Iguales oportunidades representan un buen negocio al menos en dos maneras: hallar a la persona ideal para el trabajo y promover la confianza en la imparcialidad de las decisiones organizacionales.

Los principios antidiscriminatorios están fundados en muchas declaraciones de principios de las organizaciones al cuidado de la salud, particularmente en aquellas instituciones con afiliación religiosa. Considérense los ejemplos siguientes

> Respetamos las diferentes necesidades de los pacientes en nuestra comunidad multicultural y plurilingüe.[148]
>
> (...) tenemos un deber para con Dios y nuestro prójimo en la justicia y caridad; por lo tanto todos y cada uno que se acerque a nosotros buscando cuidado, sin importar raza, credo, nacionalidad, edad, sexo, discapacidad o estado económico, tiene derecho a que se le comparta de los frutos de nuestro ministerio.[149]

Si las estipulaciones de la misión son tomadas seriamente, pueden centrar su atención en lo que se hace para desarrollar procedimientos organizacionales que ayuden a prevenir la discriminación. Las revisiones regulares de las prácticas que la institución usa para contratar y ascender a alguien en su puesto son importantes. Las pautas claras para las descripciones del trabajo y evaluaciones del funcionamiento pudieran proporcionarles a los gerentes una idea más objetiva de su tarea y una capacidad más fuerte para resistir las presiones de la tendencia humana para subestimar las habilidades de la gente en cuestión de género o etnicidad diferente o incluso de clase social distinta a ellos mismos.

Caso: Preferencia del cliente

Mientras parece que hay un consenso entre las perspectivas éticas en relación a la discriminación, los problemas prácticos para las instituciones del cuidado de la salud persisten. Considérese el siguiente dilema:

Una residencia privada para ancianos enfermos tiene 90 camas de cuidado intermedio y 20 de cuidado intensivo y emplea a un personal de enfermeras, ayudantes y trabajadores de mantenimiento. En esta residencia ocurrió un incidente en el cual un paciente y su familia rechazaron la atención de una enfermera afro-americana y la directora trasladó a la enfermera a otra ala de la institución. La enfermera, Kendra Wilson, se quejó con la directora de que ésa era la tercera vez en dos años que ella había sido trasladada a una unidad diferente porque un paciente había rehusado recibir atención de una enfermera afro-americana. La directora simplemente dijo que no había nada que ella pudiera hacer; la

---

[148] St. Joseph's Hospital (Ontario, Canada), 1998, "Our Values," http://www.stjosham.on.ca/mission.html
[149] St Francis (St. Francis Health System, Pittsburgh, PA), 1999, "Philosophy", http://www.sfhs.edu/mission.html

familia de la paciente había hecho la petición. Ella había tratado de hablar con ellos sobre esto, pero ellos insistieron que era una situación incómoda para su madre el tener a una persona de color cuidando de ella. Puesto que éste era el único cuarto individual disponible por el momento, la única forma de solucionar el problema era transferir a Wilson a otra unidad. La directora se disculpó, diciendo que Wilson era, en verdad, una de sus más competentes enfermeras; pero insistió en que ella no había tenido otra opción. "Es realmente por tu propio bien", dijo ella, "No quisiera que fueras avergonzada por esta familia".

Una notificación oficial por parte de la Comisión de Derechos Humanos del Estado llegó unos días después notificando al hospital que una queja había sido levantada por la Sra. Wilson. La Comisión solicitó la siguiente información: ¿Fue realmente la Sra. Wilson transferida por causa de la preferencia de esta clienta? ¿Qué porcentaje de clientes y del personal eran afro-americanos? ¿Era la política de facilitación el hacer transferencias tomando en cuenta la raza?

La directora de la residencia contactó al abogado de la institución buscando consejo. Le dijo el abogado que debería responder que, (1) accediendo a los deseos de sus pacientes era una necesidad del negocio la facilidad, que (2) otro personal era a veces reasignado a petición de sus pacientes (lo cual era absolutamente verdadero), y así que (3) esto no era un asunto de discriminación basado en la raza. "Sólo dígales a los de Derechos Humanos que es su práctica normal acomodarse a los deseos de los pacientes", dijo el abogado.

Este caso hizo surgir muchas preguntas. ¿Wilson debía haber sido reasignada? ¿Fue apropiado la respuesta del abogado? ¿Era más justificable acomodarse a los prejuicios de los pacientes que actuar bajo el prejuicio de uno mismo? Si Wilson no hubiera sido reasignada, ¿cómo habría reaccionado la familia? ¿Debería esto tener un efecto colateral en el reclutamiento de enfermeras en el futuro? ¿Constituía una defensa moral o legal decir que ésta era una "necesidad del negocio"?

Dos problemas en particular merecen una consideración especial aquí. El primer es un asunto práctico: lo que hace uno en una situación de urgencia cuando una acción es evidentemente contraria a los principios éticos de la organización, pero el cuidado real de un paciente lo requiere. Digamos, por ejemplo, que la paciente aquí en cuestión le hubiera gritado a Wilson, rehusando que Wilson la tocara, o incluso que le hubiera arrojado algo habiendo ella entrado al cuarto. Todavía había que cuidar a la paciente hasta que se pudieran hacer otros arreglos.

El cuidado que esta paciente requiere, a pesar de su actitud, una responsabilidad moral basada en el compromiso previo de facilidad hacia la familia que no puede ser eludido. Sin embargo, accediendo a las demandas éticamente inapropiadas de la paciente podría ser justificada solamente en el contexto de dirigirse al tema más amplio de una manera que pudiera mantener la política de la organización sobre la diversidad. De hecho, Wilson estaba interesada básicamente en forzar a la organización a tomar una posición que fuera consistente con su política ética establecida. Ella no quería negarle la ayuda a nadie a pesar de la actitud racista de la paciente. El caso demostró, sin embargo, que las organizaciones necesitan dirigirse a los temas de manera efectiva y de una forma definitiva en vez de dar soluciones que simplemente pongan el problema de lado hasta que el siguiente ocurra. Contraria a la actitud paternalista de la directora hacia ella, Wilson no estaba tan ofendida por causa de las opiniones racistas de la paciente como sí por el rechazo de la residencia para tratar el tema de una manera que fuera consistente con su declaración de misión. Para ella, la persistencia de la solución inmediata sin ningún esfuerzo para solucionar o prevenir el problema en el futuro indicaba que la organización era en sí misma racista a pesar de que proclamaba lo contrario.

El segundo problema aquí es más hipotético, pero también así de práctico. ¿El caso sería igual si éste hubiera sido un caso de discriminación de género? Por ejemplo, que tal si una monja de más edad no desea ser atendida por un enfermero. ¿Debiera este enfermero

ser reasignado? ¿De alguna manera esdiferente la discriminación de género a la discriminación racial? Esto pudiera ser más una cuestión de modestia personal que un asunto de discriminación de género. O muy bien pudiera estar relacionado con los votos religiosos de la monja. La gente seguramente no va a estar de acuerdo sobre este asunto; personalmente creo que hay una diferencia aquí. Si la monja estuviera verdaderamente cómoda con el cuidado de un enfermero aparte de la situación de higiene personal, tal situación bien podría ser considerada más una cuestión de modestia que un asunto de género.

Discriminación dentro de la cultura mayoritaria

Gente con discapacidad

Se ha supuesto veces que las personas con discapacidad por trastornos mentales o capacidad mental disminuida no pueden tomar sus propias decisiones. Es un error asumir esto automáticamente, así como suponer que gente con poca educación no puede entender ni decidir.

La incapacidad mental de decidir no necesariamente representa una afección total; puede ser que un paciente sea capaz de participar en algunas decisiones, aunque no pueda decidir enteramente por sí mismo o con respecto a otros asuntos relacionados con su cuidado de salud. Nuestro hijo Miguel, por ejemplo, es autista y de vez en cuando usa un casco para proteger su cabeza de sus propias acciones. Hace un año, la dueña de la casa en donde vive nos dijo que Miguel parecía ya no necesitar el casco porque su comportamiento había mejorado, pero Miguel rechazó quitarse el casco. Le dijimos a la dueña que esperara, que Miguel sabría cuándo podría quitarse el casco. Dos semanas más tarde Miguel le dijo que estaba listo para quitarse el casco. Él no tuvo, por sí mismo, la capacidad para tomar decisiones importantes, aunque supo cuándo podía andar sin el casco. Ahora, en algunos países, hay leyes al respecto en las que una enfermedad mental, la discapacidad física o la

vejez no representan motivo para suponer que el paciente no tiene capacidad para decidir sobre su tratamiento. Éste debe ser otro punto de capacitación del personal sobre el consentimiento informado y por una unidad de relaciones profesionales con personas con discapacidad.

Orientación sexual

Aun sin presencia de gente de otro grupo étnico, pueden existir igualmente diversidades culturales y por consecuencia discriminación de otras formas entre poblaciones mayoritarias y minoritarias. No es posible explicar todos los detalles con respecto a los grupos de minorías en nuestra cultura en el presente, pero debo mencionar que existe discriminación, solamente para decir que las instituciones al cuidado de la salud deben contar con programas de capacitación o sensibilización para todo el personal.

La orientación sexual está incluida en la protección de los derechos civiles en algunos países. Contrario a la opinión pública, sin embargo, es legal en la mayor parte del mundo que una persona sea rechazada de su empleo, sea privado de un ascenso, o sea despedido por causa de su orientación sexual. Desde una perspectiva consecuencialista, la discriminación por la orientación sexual podría privar a la organización del posible beneficio de empleados con talento. Y desde la perspectiva racional la discriminación podría negar igualdad de oportunidad a los miembros de las comunidades lésbica y gay. Al contrario, muchas personas religiosas creen que la gente con orientaciones homosexual y sus actividades son pecaminosas e intolerables. En el nivel social, por lo tanto, encaramos la cuestión social sobre si nuestra sociedad civil va a continuar manteniendo sus límites morales tradicionales, o si va a expandirlos para incluir las orientaciones sexuales que han sido previamente excluidas. Como un asunto práctico de la política de empleo, las instituciones al cuidado de la salud enfrentan la pregunta: ¿quieren extender protección anti-discriminatoria en el empleo para la gente lésbica y gay?

Frecuentemente las políticas organizacionales y los manuales de procedimientos, así como los códigos organizacionales y declaraciones de misión, contienen declaraciones típicas que afirman que la institución va a tratar a la gente, sea clientes o empleados, por igual. Mas no declaran de manera explícita que las orientaciones sexuales están incluidas como minoría protegida de la discriminación. El argumento común en contra de la inclusión es que, ésta pudiera ser ofensiva para algunos pacientes y personal incluso para varios grupos de la comunidad. El argumento más común a favor de extender a los homosexuales la protección anti-discriminatoria es que es asunto de igualdad de servicios al público y de oportunidades de empleo, puesto que la orientación sexual de una persona es un factor irrelevante para el cuidado de la salud y para el desempeño de su trabajo, y que la gente lésbica y gay merece que se le trate como miembros participativos de la comunidad. Puesto que la inclusión explícita de esta minoría en la política institucional no requeriría que otros individuos cambiaran ninguna de sus creencias, parece que los argumentos para la inclusión de la orientación sexual dentro de los parámetros institucionales deberá prevalecer. La inclusión explícita de las minorías de gente lésbica y gay envía un mensaje fuerte a un importante segmento de nuestra sociedad.

Minorías raciales y religiosas

Hoy en día hay un consenso social en contra de la discriminación por causa de raza o religión, aunque no implica que no exista. Desgraciadamente, la discriminación se da en varios tipos y por eso es necesario un programa y políticas institucionales explícitas para establecer dentro de la institución un ámbito cómodo para todos. En este espacio no es apropiada una explicación detallada de estos programas, aunque debo mencionar que los más eficaces incluyen intercambio cara a cara con personas “diferentes” – personas de varias razas para explicar sus propias experiencias con tratamiento discriminatorio o un rabino o una rabina para explicar el propósito y la importancia de la dieta kosher, o un clero

de los testigos de Jehová para explicar sus normas con respecto al uso de la sangre. No es exactamente un asunto de conocimiento, sino de entendimiento y simpatía – de educación emocional.

El acoso sexual

Cabe mencionar brevemente aquí el acoso sexual como infracción a losderechos humanos. Hay nulo desacuerdo con el juicio moral de que el acoso sexual, definido como molestia por palabras o por acciones indeseadas de índole sexual, es inapropiado. Cada institución al cuidado de la salud debe aclarar mediante avisos una política de no-tolerancia a este tipo de comportamiento por parte de cualquier empleado, socio o cliente. También, cada organización debe contar con un mecanismo por medio del cual una empleada, socia o cliente pueda informar a un responsable, con la expectativa de que se resuelva el problema. El mecanismo apropiado depende de la cultura organizacional de la institución, aunque debe ser uno en el cual la empleada o paciente pueda confiar sin miedo a represalias.

Aunque en nuestra sociedad hay un consenso general a efecto de no permitir el acoso sexual, todavía sigue este problema por falta de acción o sea por parte de las instituciones o de las víctimas.

Cultura y trastornos mentales

Al extremo de las dificultades en la comunicación y el entendimiento cross-cultural, existen en México y en otros países problemas relacionados con el cuidado de la salud mental. Pocos médicos familiares pueden diagnosticar y tratar trastornos mentales indígenas como pérdida de alma, susto, temor a los espíritus malévolos y a la brujería (para mencionar solamente trastornos con nombres en español). Frecuentemente estos problemas son menospreciados o subestimados: dijeron algunos investigadores, por ejemplo:

> Los síndromes de índole cultural que los puertorriqueños llaman “ataques de nervios” y que para los méxico-americanos es “susto”, tienen una relación muy compleja para los diagnósticos psiquiátricos. Los síntomas tales como “escuchar su nombre cuando no se encuentra alguna persona a su alrededor” y “ver o sentir

> presencias extrañas" son manifestaciones muy comunes entre algunos hispanos, pero no necesariamente son manifestaciones de psicosis.[150]

Y frecuentemente los médicos no entienden o no aprecian el tratamiento llevado a cabo por curanderos o el uso de herbolaria en su tratamiento.[151]

Es urgente que las instituciones al cuidado de salud afronten el problema de identificar y tratar los trastornos de la gente indígena dentro del contexto de su propia cultura. Por eso es necesario que instituciones que sirven a poblaciones indígenas desarrollen programas de entendimiento y comunicación intercultural.

A veces las diferencias en la cultura de las minorías son graves. El doctor Sergio Lerin del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (**CIESAS**) ha descrito el problema sucintamente:

> En los contextos indígenas de nuestro país, médico y paciente no sólo hablan idiomas distintos sino que manejan visiones del mundo diferentes, a menudo contrapuestas. En la mayoría de las veces no se encuentran puntos de contacto intercultural entre el médico y el paciente, los recursos en salud no reciben capacitación intercultural,(…) no se brinda información al paciente en su propia lengua (…) no existe un reconocimiento de las representaciones culturales del enfermar y morir. (…) La salud mental nos refiere supuestamente a la capacidad del individuo de adaptarse y ser funcional en su entorno familiar, comunitario y sociocultural, a diferencia de la salud en términos somáticos donde la definición corresponde a la ausencia de enfermedad.[152]

El problema es que los médicos intentan interpretar el comportamiento y las enfermedades dentro del paradigma occidental de trastornos mentales.

> Desde un enfoque intercultural, todo criterio clínico necesita del contexto cultural para tener validez y poder ser interpretado correctamente. Una enfermedad tradicional puede resultar extraña para el médico alópata porque la confronta en un contexto individual normativo, apoyándose en los estándares sociales occidentales.

---

[150] Revisión Completa y Análisis a fondo de Asuntos De Salud Mental Hispana, Compilado por: Peter J. Guarnaccia y Igda Martínez, © 2003 New Jersey Mental Health Institute, Inc. http://209.85.207.104/search?q=cache:ZGC4E1dSeS8J:www.njmhi.org/litreviewspanishonline.pdf+salud+mental+susto&hl=es&ct=clnk&cd=42&gl=mx

[151] Berenzon, Shoshana y Nayelhi Saavedra, Presencia de la herbolaria en el tratamiento de los problemas emocionales: Entrevista a los Curanderos Urbanos, *Salud mental*, febrero, año/vol. 25 número 1:55-66, 2005 http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58212508.pdf

[152] Lerin, Sergio, Alcoholismo y salud mental: Una propuesta de capacitación, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Mexico,D.F.:2005 http://www.cdi.gob.mx/sicopi/alcoholismo_oct2006/2_sergio_lerin.pdf

No es problema sólo de capacitación de los médicos, sino del conocimiento médico. Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud , "Se carece de estudios sistemáticos sobre la prevalecía de los trastornos mentales en la población indígena o la relación de las categorías de estos trastornos en los sistemas tradicionales y su correspondencia con la clasificación psiquiátrica occidental"[153] Se mencionan frecuentemente en este contexto enfermedades mentales como el susto, nervios, la pérdida de alma y el embrujo,[154] además de enfermedades con dimensiones culturales como el alcoholismo y el abuso de sustancias psicoactivas.[155]

Algunos de estos trastornos mentales están reconocidos como síndromes dependientes[156] de o ligados[157] a la cultura. El susto, por ejemplo, se describe como un mal

> (…) causado por la salida del alma del cuerpo (ajayu), como consecuencia a reacciones imprevistas en lugares donde supuestamente habitan seres míticos. Se presenta en personas que al caminar en lugares oscuros y solitarios, reaccionan por temor a estos espacios, cayendo en estados de ánimo lamentables acompañado de síntomas somáticos tales como cefáleas, náuseas, vómitos, palpitaciones y no raramente cuadros delirantes alucinatorios y confusos. En aquellos casos más graves de miedo que pueden terminar en fallecimiento, se les llama animu karkhuska o "alma espantada".[158]

Aunque existen diferentes opiniones con respecto a estos trastornos mentales y su tratamiento, la perspectiva antropológica afirma que es preciso un abordamiento intercultural, tal como indica el doctor Lerin:

---

[153] Farias, P. J. (1997). Salud mental y población indígena en América Latina. En: OPS-OMS. Programas y servicios de salud mental en comunidades indígenas. OPS-PMS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud, Washington D.C. (EUA):9, citado en Lerin, Sergio, 2005, Op. Cit.

[154] Lerin Piñon, Sergio, Desafios de la salud intercultural, Mexico, D. F., Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) 2007. http://www.geocities.com/congresoprograma/8-1.pdf

[155] Secretaria de Salud (SSA) Programa de Acción: Salud Mental. México, D. F., 2001. http://sap.salud.gob.mx/descargas/BIBLIOGRAFIA_COMPLETA/PROGRAMA_DE_ACCION_EN_SALUD_MENTAL.pdf

[156] López-Ibor Aliño, en DSM IV TR BREVIARIO (CRITERIOS DIAGNOSTICOS), Argentina, Masson, 2002.

[157] Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Asociación Psiquiátrica de América Latina, http://www.psiquiatrasapm.org.mx/contenido/publicaciones/gladp2004.pdf

[158] Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Asociación Psiquiátrica de América Latina, F45.1, http://www.psiquiatrasapm.org.mx/contenido/publicaciones/gladp2004.pdf

> Desde nuestra posición teórica y aplicativa, la interculturalidad debe ser entendida como proceso de reconocimiento y respeto de las diferencias culturales en torno a la salud y a la enfermedad física y psíquica, la muerte y el accidente que se presentan en los diferentes grupos étnicos de nuestro país. Luego entonces, las concepciones indígenas en torno a la salud y la enfermedad, así como las prácticas populares de atención y su relación conflictiva, contradictoria y a veces de síntesis con la medicina occidental, son objeto de nuestra orientación intercultural en materia de salud.[159]

Y este reconocimiento, en su torno, requiere capacitación sobre la diversidad cultural:

> Es igualmente importante que los psiquiatras y psicólogos clínicos participen en cursos de sensibilización hacia la cultura local, lo cual les permitiría, por un lado, mantener una actitud informada y flexible en relación con las creencias y expectativas de tratamiento para las enfermedades mentales y, por otro, conocer algunas estrategias de sanación del sistema etnomédico local que pudieran ser complementarias al tratamiento terapéutico por ellos prescrito. Esta aproximación permitiría la congruencia cultural necesaria para facilitar el apego terapéutico del paciente.[160]

Desde la perspectiva de la ética institucional es responsabilidad de las instituciones que sirven a poblaciones indígenas patrocinar cursos de capacitación apropiados. De hecho, este problema no está limitado a zonas rurales. En México casi cada institución al cuidado de la salud sirve a algunas personas con distinta cultura. A veces los casos son muy complicados, como es evidente en el siguiente.

Caso: El paciente samoano[161]

Un medico en Hawai estaba tratando a un joven de 25 años de Samoa con cáncer en su pierna. Se produjo una metástasis múltiple de este cáncer y no hubo manera de evitar su muerte. Es bien sabido que los samoanos muestran mucha más deferencia hacia las autoridades de lo que los de la cultura occidental pueden aguantar. Como era normal, toda la familia directa se reunió en el hospital para hablar con el médico sobre la condición del

---

[159] Lerin, Sergio, Alcoholismo y salud mental: Una propuesta de capacitación, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Mexico,D.F.:2005 http://www.cdi.gob.mx/sicopi/alcoholismo_oct2006/2_sergio_lerin.pdf

[160] Salgado de Snyder, V. N.; Díaz Pérez, MA. de J. y T. González Vázquez. Modelo de integración de recursos para la atención de la salud mental en la población rural de México. *Salud Pública Méx.* Vol. 45 (1):19-26.

[161] Caso reportado por Ken Kipnis, "Professional Ethics and Instructional Success," in ***Professing Medicine***, edited by Audiey Kao, M.D., Ph.D. AMA 2001.

joven. El médico recomendó amputación de la pierna para prolongar la vida del joven unos meses más. El padre del joven, quien era además el jefe de esta comunidad, dio su consentimiento inmediatamente, y el joven indicó que estaba de acuerdo. Más tarde, cuando estaban haciendo los preparativos para la operación, el joven, ahora solo, le dijo al cirujano que no quería amputación porque no quería vivir sus últimas semanas discapacitado. Aún más, el joven no quería que su padre se enterara de que había desafiado su juicio. Las consecuencias sociales de esto serían peores que una amputación para él.

Aquí hay dos opciones: (1) aceptar el hecho que la cultura samoana es diferente a la ética occidental y llevar el joven a la cirugía, o (2) seguir los deseos del paciente de no tener la operación de acuerdo con la cultura occidental. La primera opción muestra respeto para la cultura samoana pero el precio de ésta es que no se respete la norma de consentimiento informado.

Soluciones Pluri-culturales

Un buen ejemplo de que es necesario para adaptarse a diferentes culturas se observa en una situación clínica publicada por el *Multicultural Health Care Solutions*, un grupo consultivo para instituciones al cuidado de la salud en Texas, especializado en la interacción cultural.[162] En este ejemplo, una pareja asiática vestida modestamente lleva a su hijo para que se le haga un examen y sea vacunado de acuerdo a las normas escolares. Los papeles indican que son camboyanos. Un doctor de raza afro-americana, con casi dos metros de altura entra al consultorio, y se da cuenta de que esta familia parece estar un poco atemorizada o nerviosa. El médico trata de facilitarles las cosas portándose de la manera mas amistosa y relajada posible. Los saluda con una amplia sonrisa y le da un vigoroso apretón de manos al papá. Se agacha al nivel del niño y le dice "¡Hola!", despeinándolo con su mano juguetonamente.

[162] MHCS (Multicultural Health Care Solutions), 1999, "Case Study," Bellaire, Texas: Multicultural Health Care Solutions, http://www.mhcs.com/Default.htm (March 12, 1999)

Ninguno dice una palabra. La madre está mirando fijamente el piso; el niño hace lo mismo. El doctor empieza a preguntarse si ellos estarán asustados por el color de su piel, mas decide continuar siendo lo más amigable posible. Cuando el médico está revisando los pulmones del niño, descubre algunas marcas alarmantes en su espalda. Hay moretones enrojecidos con forma de líneas, y le parece al médico como si hubieran sido hechos con un palo, tal como el mango de una escoba. Tal vez esto era el porqué la familia estaba tan callada. Sospecha que los padres han estado apaleando al niño y no quieren que nadie lo sepa. Se pregunta si debería reportar esto al centro de protección infantil o tratar de solucionar este problema en privado con la familia.

Los responsables del *Multicultural Health Care Solutions* analizaron este ejemplo con comentarios sobre los siguientes cuatro puntos, los cuales son habilidades para enfrentar problemas culturales:

> **Discernimiento**: En el estudio de este caso ejemplar, un médico con discernimiento cultural pudiera haberse dado cuenta de que la manera en la cual se porta la familia es una muestra de cortesía, y parte de un estilo de comunicación diferente, en vez de interpretarlo como emoción personal. Los asiáticos del sureste generalmente prefieren un estilo de comunicación formal y reservado, con un contacto visual menos directo en este tipo de situación social que el que la mayoría de los americanos están acostumbrados. La actitud inicial de la familia no es por timidez ni por vergüenza; es amable y normal porque así es su cultura.
>
> **Conocimiento**: La mayoría de los asiáticos, incluyendo a los camboyanos, se siente muy incómoda con el contacto físico. Un apretón de manos, como el que el doctor le dio al padre, es aceptable, mas no muy agradable, especialmente un apretón muy fuerte. Además, un saludo de manos suave de parte de un asiático no implica afecto o una "débil personalidad". Y andar acariciándole el cabello a una persona, incluso a un niño, pudiera ser totalmente grosero, y tan espantoso como si un doctor le dibujara en la cabeza a un niño occidental una calavera con sus huesos cruzados.
>
> Desafortunadamente, aunque el médico quisiera ser amable al tocar, sonreir abiertamente, y hablar animadamente, lo único que provocó fue hacer sentir incómoda a la familia.
>
> Las marcas en la espalda del niño eran probablemente el resultado del "marcado con moneda", una práctica de salud asiática tradicional. Una moneda es frotada vigorosamente en la piel para liberar el "mal de aire." Los síntomas del "mal de aire" son dolor muscular, dolor de cabeza, tos, o garganta irritada -- todos más o menos síntomas comunes. Así que el "marcar con moneda" no es una práctica poco

frecuente; esta acción, para los asiáticos tradicionales, no es más extraña o amenazante que el tomar una aspirina.

Emociones: Las posibles emociones implicadas en este caso son:

- el estrés del doctor al tiempo que se pregunta si estará haciendo lo correcto, culturalmente hablando
- el posible resentimiento por parte del doctor si él atribuye la falta de respuestas por parte de la familia al racismo
- el desconcierto de los padres al no saber como funciona el sistema de salubridad
- el desconcierto por no saber lo que va a pasar luego
- la sensación abrumadora que el doctor le provoca a la familia con su "amigabilidad", la cual perciben ellos como "intensa", y
- la vergüenza y el choque que les produjo el doctor al sacudirle la cabeza al niño.

Habilidades: Algunas habilidades que pudieran ser útiles para el proveedor en este caso son:

- una forma moderada y más formal de saludar
- usar los títulos formales Sr. y Sra., con sus respectivos apellidos
- hablar calmada y lentamente
- no sonreír excesivamente
- evitar el contacto físico
- darles primero a los padres la suficiente atención
- tomar el tiempo necesario para entrar en confianza apropiadamente mediante una formal presentación de él mismo
- conversación social
- hacer una investigación con genuino interés sobre la salud del niño y,
- hacer un historial general antes de intentar hacer algún examen.

Por ejemplo, en este caso el doctor, después de haber entrado en confianza, pudo haber hecho el examen y luego calmadamente haber preguntado a los padres si estaban usando algún remedio casero para curar el malestar del menor.[163]

Este ejemplo indica que hay muchos aspectos complejos en la cultura, y entre las culturas, que merecen atención. El desarrollo de programas institucionales para el discernimiento cultural requiere una fuerte cooperación entre un comité de bioética institucional (o cualquier grupo responsable) y los administradores. Mientras que el comité de bioética pudiera designar programas educacionales para dirigirse con discernimiento cultural a los pacientes que se atienden, es la responsabilidad de los administradores el

[163] MHCS (Multicultural Health Care Solutions), (2/4/99), "Case Study," Bellaire, Texas: Multicultural Health Care Solutions, http://www.mhcs.com/Default.htm

promover estos programas así como el proveer programas dirigidos a las relaciones del empleado.[164]

El Conflicto de Valores en Sociedades Democráticas

Recientemente hubo una controversia entre la Iglesia Católica en México y la Secretaría de Salud sobre la prestación de servicios de salud reproductiva por parte del gobierno con referencia al tratamiento anti-conceptivo, con el medicamento RU486. Respecto a esta controversia podría parecerle a un espectador ajeno que habría una solución democrática o multicultural a este problema: cada persona debería cumplir con las normas de su propia religión o debería obedecer su propia conciencia. De esta manera los católicos y otros que concuerdan con la posición de la Iglesia Católica no estarían obligados a usar la llamada píldora del *día siguiente*, en tanto personas de otra fe deberían sentirse libres para acceder al cuidado de salud que prefieran según sus propias creencias.

Por supuesto, el problema no es tan sencillo, porque todos como ciudadanos de una misma sociedad tienen responsabilidad por la moralidad común de la cultura. Los católicos, desde su punto de vista, sin objeción, no pueden tolerar que la sociedad legalice lo que es, en su opinión, asesinar. Tampoco pueden los no-católicos permitir, desde su perspectiva, que la moralidad católica sea impuesta sobre ellos. Así que no hay solución, excepto que de una manera u otra, todos debamos respetar las perspectivas morales de quienes estamos en desacuerdo.

Éste es el tipo de problema que no puede ser solucionado por votación pública porque ambos lados del debate ven la situación como una cosa de derechos humanos. Si esta controversia fuera puesta a votación pública (no sería claro que partido ganaría), con justificación los que perdieran sentirían que los derechos humanos de la minoría fueron

[164] Para más información véase el *Quick Guide to Culture and Spirituality*, http://cam.utmb.edu/resources/spirituality/QuickGuidetoCulturalandSpiritualTraditions.pdf

anulados o denegados por la mayoría. Hay un punto de la ética teórica muy importante aquí. Normalmente no consideramos que los derechos humanos deben ser sometidos ni a votación pública ni a la voluntad de la mayoría. Otra vez, cuando no hay solución, es necesario al menos respetar las perspectivas morales de las personas con quienes estamos en desacuerdo.

Considérese, por ejemplo, el dilema confrontado por una mujer de diecisiete años violada por un desconocido. Va a un hospital católico, el único en su vecindad o en su pueblito. ¿Debe la médica ofrecerle tratamiento con la píldora postcoital? Si no, ¿debe la médica mencionar que este tratamiento está disponible, pero no en el hospital católico? ¿Debe darle una receta que podría ser surtida en una farmacia no conectada con el hospital?

Estos son problemas para el hospital como institución por su propio código de ética que pretende prestar servicios a personas de otras creencias. Mas supongamos, lo cual parece normal, que el hospital no permite que el doctor haga ninguna de estas cosas - que todas estas recomendaciones estén en contra de sus políticas.

El dilema es que la paciente tiene el derecho de consentimiento informado. Según el Código de Bioética de la Comisión Nacional de Bioética, "el paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no, cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento." Y sobre este punto es bastante claro que la paciente debe ser informada de todos los tratamientos disponibles:

> El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas (…) El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones (...) El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales (…)[165]

Aunque en realidad el Código de Bioética se aplica a "la conducta profesional del personal de salud" dentro del sistema pública, no se entiende normalmente que los hospitales católicos rechacen el principio de consentimiento informado. Solamente es claro

[165] http://bioetica.salud.gob.mx/codigo_bioetica.html

y entendido que, igual a cualquier principio, éste no aplique a opciones inmorales desde su punto de vista. Ningún hospital, por ejemplo, permite que el paciente se suicide con ayuda del personal hospitalario porque no es una opción apropiada incluso si fuera lo que un paciente pide.

No obstante, parece que si la paciente no es católica, o no está de acuerdo con la posición moral de la Iglesia Católica, su derecho al consentimiento informado sería anulado por la norma (el código de ética católica) del hospital. Esto puede ser verdadero incluso si la paciente es católica porque ella podría tener sus propias creencias respecto a este asunto en "desacuerdo consciente" con la Iglesia. Se trata de la ética teológica católica.

Por otra parte – y esto es de igual importancia - el dilema de esta paciente involucra la integridad moral del hospital católico como institución al cuidado de la salud. Si queremos que las instituciones de la sociedad se conduzcan con responsabilidad y adopten fines morales y los pongan en práctica, como es el ideal de la ética institucional, debemos estar listos para apoyar y defender la integridad institucional. Esto implica que las instituciones no pueden abandonar sus principios frente a las preferencias individuales de personas que no compartan las mismas creencias. Además, es virtud de una sociedad multicultural que grupos particulares o religiosos puedan desarrollar sus propias instituciones para cumplir con sus propios fines.

La integridad institucional está implicada en el Código de Conducta del Personal de Salud de la Secretaría de Salud. Según este Código, el personal de salud debe "perfeccionar su vida profesional y cuidar con su conducta la fuente de empleo, así como coadyuvar a la conservación del patrimonio institucional y nacional." Dice dicho código en adición que el personal de salud debe actuar con "respeto a las instituciones, y a las obligaciones que como miembros de la sociedad les corresponde."

El dilema es que para preservar los principios éticos de la institución es necesario negar el consentimiento informado de la paciente, pero para preservar los derechos del paciente es necesario negar los principios éticos del hospital.

Al considerar este dilema se presentan tres opciones:

1. En un comunicado para *The New England Journal of Medicine* en 1984, el Doctor John Goldenring sostuvo la posición de que, puesto que la violación es una situación de urgencia médica, los hospitales católicos deben ser requeridos para proporcionar el tratamiento preventivo o profiláctico.

   > Los hospitales religiosos tienen el derecho a regirse por sus propias convicciones morales, pero en cuanto sirvan como salas de urgencia públicas tienen que ofrecer a las víctimas de violación, las cuales no están de acuerdo con el mismo código moral, el derecho de elegir prevención inmediata en contra del embarazo, de forma apropiada para el óptimo cuidado médico.[166]

   Esta opción, basada en la necesidad pública o en México, se puede decir, en el derecho constitucional a la protección de la salud, tiene fuerza especial si no hay otros hospitales ni médicos disponibles a los que la paciente pueda acceder.

2. Otra opción es que el hospital católico deba guardar sus propios principios éticos y que los que no estén de acuerdo con estos principios tengan que buscar otro cuidado de la salud. El público debe saber la índole de la práctica católica en la medicina, y que otros tratamientos no son responsabilidad de los hospitales religiosos. Esta posición es consistente con la idea de que las instituciones privadas en una sociedad pluralista deben tener el derecho para seguir sus propios fines e ideales.

3. La tercera opción es que el hospital católico no tiene obligación de proveer tratamiento en contra de sus principios éticos, pero sí tiene la obligación - dentro de una sociedad multicultural - de respetar el consentimiento informado de la paciente y esto implica

---

[166] Goldenring, John M., 1984, "Denial of antipregnancy prophylaxis to rape victims," *New England Journal of Medicine*, 311:25, p. 1637

que los hospitales católicos tienen que informar a los pacientes de todas las alternativas disponibles.

Ninguna de estas opciones va a solucionar el dilema para lograr la satisfacción de todo el mundo. Hay dos valores involucrados – dos intereses en conflicto: la autonomía de la paciente (su derecho a la completa información antes de su elección como parte del consentimiento informado) y la integridad de las instituciones independientes (el derecho de desarrollar instituciones apropiadas para diversos grupos de una sociedad pluralista). Ninguna de estas opciones disponibles es totalmente aceptable, porque incluso la menos mala va a sacrificar, por lo menos, parte de un valor u otro. Lo mejor posibilidad puede ser recordar que, ya que tanto la autonomía de la paciente como la integridad institucional son valores básicos de una sociedad pluralista, habrá pérdidas *para todos* con cualquier opción.

Conclusiones

El respeto hacia los individuos, sin importar la raza, religión, género, discapacidad o cualquier otra característica que haya llevado a la discriminación en el pasado, es un ideal que pocas personas quisieran cuestionar. Sin embargo, hay áreas problemáticas que envuelven actitudes personales tanto conscientes como inconscientes, las cuales pudieran estar en conflicto con el óptimo cuidado del paciente o con el bienestar de la institución misma.

La eliminación del acoso sexual y el acomodo de la gente con orientaciones sexuales no heterosexuales representan un desafío para el desarrollo de la justicia moral. El desarrollo de las políticas institucionales para una acción efectiva y afirmativa es una responsabilidad continua y cambiante. El desarrollar una cultura organizacional, en la cual la diversidad no sea solamente tolerada sino valuada, no es fácil. Los principios explícitos incluidos en las declaraciones de la misión institucional y en los códigos de conducta profesional e institucional pudieran fijar el tono, sin olvidar que los programas para

desarrollar y mantener estas metas organizacionales son necesarios. Y hay, como en muchos de los casos presentados aquí, valores personales, ideales religiosos y normas culturales que pueden ser muy difíciles de reconciliar. La clave aquí, me parece, es identificar, afrontar y dirigirse a la resolución de estos asuntos en vez de sólo evitarlos o ignorarlos.

IX

La Ética Medioambiental

En este capítulo final revisaremos algunas nuevas perspectivas éticas provocadas por el movimiento medioambiental, además del análisis ético y las estrategias apropiadas para instituciones al cuidado de salud.

El Antropocentrismo de las perspectivas éticas occidentales

En la ética, como en la ciencia, para desarrollar una perspectiva o una nueva teoría sobre cualquier aspecto de la vida, es necesario evaluar críticamente la teoría o la perspectiva aceptada actualmente. En cuanto a la ética ambiental, debemos considerar las perspectivas éticas que ya hemos revisado con respecto a la actitud hacia la naturaleza en general.

Inmediatamente descubrimos un problema: las perspectivas éticas occidentales están enfocadas en deberes u obligaciones hacia losseres humanos:

1. El racionalismo dice "Obra hacia otras personas (...)"
2. El criterio del Consecuencialismo es "el mejor beneficio para la mayoría de la gente"
3. El idealismo destaca ideales de la buena persona
4. La ética dialógica se enfoca en un diálogo entre personas
5. El feminismo habla de relaciones entre personas y familias

¿Dónde se encuentra la naturaleza en estas perspectivas? De hecho, todas estas perspectivas hablan de deberes u obligaciones hacia seres humanos. Ninguna teoría dice que tenemos obligaciones hacia la naturaleza misma. Estas perspectivas no toman en cuenta la naturaleza como un valor básico en sí mismo. Se ve a la naturaleza como algo útil para la vida humana y posiblemente, dicen las perspectivas tradicionales, tenemos obligaciones para no maltratar la naturaleza o para usarla con sabiduría. Mas la naturaleza no tiene ninguna posición de importancia o posición jurídica como una entidad en la ética occidental

tradicional. La Madre Naturaleza no tiene derechos, solamente los seres humanos tienen derechos.

Reconociendo esto, los filósofos del medio ambiente dicen que las perspectivas tradicionales son antropocéntricas. Así ha escrito el filósofo español Alfredo Marcos Martínez en su libro *Ética ambiental*:

> En primer lugar, se debe subrayar que la ética ambiental implica claramente una redefinición de la ética. Tradicionalmente, la ética había venido ocupándose de valores y normas propias del ser humano. La pregunta por la felicidad o por la justicia estaba circunscrita a la acción del hombre, y a su relación con otros hombres. Pensar que en la naturaleza pueda haber valores morales o plantearse la posibilidad de establecer normas en la relación entre el hombre y el resto de seres vivos supera claramente los límites propios de la perspectiva ética tradicional (...) La ética era un asunto humano claramente delimitado, y no podía concebirse que hubiera problemas morales derivados de nuestra relación con la naturaleza (...) [Sin embargo] desde la aparición de la ética ambiental (...) es necesario fijarse en las relaciones entre el hombre y su medio. Los conceptos tradicionales de la moral necesitan adaptarse a las particularidades de la ética ambiental.[167]

Basada en este tipo de crítica, surge la duda, ¿cómo podemos incluir en la ética deberes u obligaciones hacia la naturaleza? Si tenemos obligaciones morales solamente para con otros seres humanos, ¿cómo debemos conceptualizar nuestras relaciones con el medio ambiente?

Antropocentrismo Revisado

Al principio los bioeticistas trataron de ampliar o extender las perspectivas tradicionales para incluir la naturaleza. Señalaron que la naturaleza da muchos beneficios a los seres humanos y que no está de acuerdo con nuestros intereses el destruir o el agotar los recursos naturales. Sin embargo, para afirmar esto adecuadamente, es necesario hablar de obligaciones no solamente hacia los seres humanos vivos, sino hacia generaciones futuras. Si agotamos los recursos naturales en nuestra generación, no va a dañar a ningún ser

---

[167] Resumido del libro *Ética ambiental*, de Alfredo Marcos Martínez, publicado por la Universidad de Valladolid en el año 2001. http://www.boulesis.com/didactica/apuntes/?a=179.

humano de nuestra generación. No obstante, es natural pensar en nuestros hijos, nietos, bisnietos - hasta generaciones todavía no nacidas. Hoy en día todos tenemos conciencia de que el planeta debe ser legado a las futuras generaciones en las mejores condiciones posibles – con sus recursos intactos. Así, Hans Jonas ha formulado el principio de responsabilidad en los siguientes términos: "Obra de tal manera que no pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la tierra."

Cuando se restringe o se confina la moralidad en acciones para con seres humanos, como las únicas entidades con valor moral (el antropocentrismo), la extensión del ámbito de obligaciones éticas hasta generaciones futuras de seres humanos y la conservación de recursos naturales para el uso humano es el límite de la ética ambiental.

Es interesante preguntarse si las perspectivas éticas orientales son menos antropocéntricas que las perspectivas clásicas occidentales.

Derechos de los Animales

Hoy en día le parece a mucha gente de perspectiva ecológica que este antropocentrismo revisado es insuficiente. Algunos filósofos (especialmente algunos consecuencialistas) se preguntaron, por qué los seres humanos tienen "intereses" relevantes moralmente. La respuesta tiene algo que ver con sus sentimientos – somos seres sensitivos o sensibles – pues podemos experimentar placeres y dolores. Si circunscribimos nuestras responsabilidades a personas racionales, como seres humanos adultos, vamos a excluir a infantes o a personas con discapacidades mentales. Pero si incluimos a todas las personas con sentimientos, por qué no incluimos animales con sentimientos. ¿Somos especistas – de manera igual a racistas o clasistas? Dicen estos filósofos ecologistas que sí. El asunto de la ética medioambiental es un asunto interespecífico – tiene que ver con la relación del ser humano con otras especies vivas, con los individuos de otras especies, es decir, con seres vivos no humanos sino sensatos.

> Lo que se discute - dice otra vez el doctor Marcos - es si estos seres tienen también un valor en sí mismo [intrínseco], o solamente tienen valor en la medida que aportan algo al ser humano (valor utilitario [o extrínseco]. El "*especismo*" consistiría en pensar que una especie (por ejemplo, la humana) tiene más valor que cualquier otra especie animal. El anti-especista, por el contrario, defiende que ésta es una forma de discriminación que no debe permitirse.[168]

No sé si las terneras o las sardinas tengan un "derecho a la vida," pero lo importante para estos filósofos es dar algo de importancia moral a los animales, así que podría ser posible hablar de derechos de los animales.

Biocentrismo

Para otros ecologistas y filósofos de perspectiva ecológica, no es suficiente extender o ampliar el ámbito de la moral a los animales sensitivos. Todo el mundo de organismos vivos merece consideración o reconocimiento moral. El mundo natural por sí mismo tiene valor.

Considérense, por ejemplo, los secuoyas grandes – árboles gigantes – en la alta California, (o el árbol de Tule en Oaxaca – o incluso el gran árbol en el museo de la Ciudad de Querétaro). Si el dueño de la propiedad que contiene estos árboles tiene la intención de cortarlos para fabricar muebles de jardín, ¿es apropiado éticamente, o no? O si el director actual del museo de la ciudad piensa en cortar este árbol porque no le gusta el excremento de los pájaros que atrae el árbol, ¿tiene el director el derecho de cortarlo? ¿Es nada más un asunto de la estética o la apreciación de la gente? ¿O tiene el árbol el derecho a vivir? ¿Tiene la gente el derecho a cortar una selva tropical que nunca va a crecer de nuevo?

Caso hipotético: Deforestación

Una empresa en la alta California, por ejemplo, ha comprado 2,000 acres de selva virgen que contiene la única arboleda o bosquecillo de secuoyas grandes de la región. Muchas de las secuoyas crecen a 10 metros de altura y tienen edad de más de 200 años. El

---

[168] Resumido del libro *Ética ambiental*, de Alfredo Marcos Martínez, publicado por la Universidad de Valladolid en el año 2001. http://www.boulesis.com/didactica/apuntes/?a=179.

propósito de la empresa es talar estos árboles para fabricar muebles de jardín "*redwood*." El grupo de ecologistas "Árboles Abrasistas" de la región ha puesto la duda: ¿La empresa tiene derecho a hacer este?

Por comparación, en Brasil hay una comunidad indígena que vive en una zona trópica-húmeda que contiene la única arboleda conocida de secuoyas trópicales. Muchas de las secuoyas crecen a 10 metros de altura y tienen edad de más de 200 años. Este ejido tiene la intención de cortar estos árboles para conseguir alojamiento, educación y cuidado de la salud para la comunidad. Es apropiada la misma pregunta ¿Es derecho del ejido hacer esto?

Estas preguntas conducen a los filósofos ecologistas a ampliar o extender el ámbito de la moral al mundo biológico entero. Esta perspectiva se llama "biocentrista" por su afirmación de que todos los organismos tienen derechos apropiados a su naturaleza. Otra vez surge la pregunta de qué tipo de posición moral – o hasta legal o jurídica -- tienen los organismos biológicos. Hubo un ensayo de un abogado estadounidense, Christopher D. Stone, sobre los derechos de los árboles, escrito cuando una empresa enía la intención de cortar un bosquecillo extraordinario de árboles en California. Hoy en día la perspectiva biocentrista es muy popular, aunque todavía no se sabe exactamente cuál es su posición moral, el valor o los derechos jurídicos de la biosfera.

Ecocentrismo

Finalmente, hay una perspectiva basada en la distinción y la tensión entre el individuo y la sociedad. Cuando hablé antes de la justicia, en relación con los principios de la bioética clínica, mencioné la tensión entre derechos del individuo – derecho del cuidado de la salud – y beneficios mayores para la comunidad. Un individuo necesita una cirugía muy cara, por ejemplo, mientras se puede usar el dinero para un programa anti-tabaco para el bien común. Existe la misma tensión entre organismos individuos y especies o

ecosistemas. Los ecologistas holistas dicen que el enfoque de la ética ambiental debe estar en sistemas ecológicos. El medioambiente es cosa sistemática: el balance o el equilibrio de organismos bióticos con cosas inorgánicas como el contenido de oxígeno en el aire o la disponibilidad de agua pura o la ausencia de desechos tóxicos.

En esta categoría de ecología holística se encuentra la "Ética de la Tierra" (*Land Ethic*) de Aldo Leopold, según la cual hay acciones moralmente correctas si "preservan la integridad, la estabilidad y la belleza de una comunidad biótica." Otra expresión del ecologismo holístico es la "ecología profunda" de Arne Naess: según Naess no son tan importantes los organismos ni los seres vivos, sino el ecosistema. En consecuencia dentro de esta perspectiva, se encuentra la distinción entre la preservación, es decir el uso no-destructivo o sustentable de la naturaleza, y la ética del yermo (*wilderness ethic*) que implica que debemos dejar totalmente deshabitados grandes porciones del mundo. Se pueden ilustrar estas perspectivas medioambientales así:

	Antropocentrismo	Derechos de Animales	Biocentrismo	Ecocentrismo
Seres Humanos	Sí	Sí	Sí	Sí
Animales Sensatos	No	Sí	Sí	Sí
Organismos Bióticos	No	No	Sí	Sí
Especies y Ecosistemas	No	No	No	Sí

El Eco-Feminismo

Además de las perspectivas teóricas, es importante recordar que hay perspectivas no-teóricas, sino casuísticas. El eco-feminismo señala que en el orden simbólico patriarcal existen conexiones importantes entre la dominación y explotación de las mujeres y de la

naturaleza. Considera que la dominación y explotación de las mujeres al igual que la dominación y explotación de la naturaleza tienen un origen común (la actitud machista occidental), lo que sitúa a las mujeres en una situación privilegiada para acabar con dicha dominación. Hay muchas variaciones del eco-feminismo, mas déjenme citar los siguientes párrafos del ensayo de una mujer de India: Imma Llort i Juncadella, Ecofeminismo o Feminismo Ecologista: Estado del debate en la India.[169]

> Las primeras conexiones entre el feminismo y la ecología que dieron origen al ecofeminismo se encuentran en las utopías literarias de las feministas de los años setenta. En ellas se define una sociedad en la que las mujeres viven sin opresión, lo que implica la construcción de una sociedad ecológica, descentralizada, no jerárquica y no militarizada, con democracia interna y en la que prevalece el uso de tecnologías más respetuosas con el medio ambiente, etc. (...)
>
> Françoise d'Eaubonne, en 1974, adoptó por primera vez el término de ecofeminismo para representar el potencial de las mujeres para encabezar una revolución ecológica que conlleve nuevas relaciones de género entre hombres y mujeres y una relación distinta entre los seres humanos y la naturaleza (...)
>
> El ecofeminismo radical, nacido del feminismo romántico, destaca las conexiones históricas, biológicas y sociales entre la naturaleza y las mujeres y considera que la explotación y opresión de ambas es consecuencia del dominio del hombre y del orden patriarcal. Los orígenes de dicha explotación se encuentran en los inicios de la sociedad patriarcal, que se sitúa en la pre-história. Se parte de la existencia de una sociedad anterior al patriarcado que podría definirse como mayoritariamente matriarcal, en la que "lo femenino" gozaba de mayor prestigio. En dicha sociedad la biología de la mujer (su capacidad para crear vida) y la naturaleza (entendida como la madre-tierra) eran festejadas, como se puede interpretar a partir del predominio de divinidades femeninas que hacían referencia a la fertilidad y a la madre naturaleza sobre las masculinas. El patriarcado supuso la imposición de los valores masculinos y la substitución de las diosas por los dioses. La propuesta del ecofeminismo radical es la recuperación de los valores matriarcales y la implantación de la cultura femenina.
>
> Por otra parte el ecofeminismo liberal, basado en el feminismo de la igualdad y la teoría conservacionista de la naturaleza, considera que el deterioro ambiental es el resultado de la implantación de un modelo de desarrollo economista que no considera sus impactos negativos sobre el medio ambiente, que no utiliza adecuadamente los recursos naturales y no cuenta con una legislación al respecto.
>
> Para las ecofeministas liberales, la explotación de las mujeres es el resultado de la situación marginal en la que se les mantiene (menos oportunidades en la educación, en el trabajo, etc.) y la conexión entre mujeres y medio ambiente no tiene una base

[169] http://www.geocities.com/equipasia/Art_Ecofeminismo_Imma.htm

> biológica. No creen que hombres y mujeres, por ser biológicamente distintos, deban tener actitudes distintas respecto a la naturaleza.

Una nota sobre religión y ecología: Dominación y mayordomía ambiental

En el año 1967 un ensayo de Lynn White titulado "Las Raíces Históricas de nuestra Crisis Ecológica" apareció en la revista *Science*. Su idea principal era que si íbamos a cambiar nuestro trato hacia el medioambiente, necesitamos cambiar nuestra conciencia colectiva – los conceptos de la naturaleza humana y su relación con el ambiente. Se trata de cómo pensamos en el mundo natural. Según White, la manera en que la mayoría de la gente occidental piensa sobre la naturaleza se derivó de la Biblia – en particular desde unos versos del libro de Génesis (1:26-28). Dice aquí:

> Y dijo Dios: «Hagamos al ser humano a nuestra imagen y semejanza. Que tenga dominio sobre los peces del mar, y sobre las aves del cielo; sobre los animales domésticos, sobre los animales salvajes, y sobre todos los reptiles que se arrastran por el suelo.»
>
> Y Dios creó al ser humano a su imagen; lo creó a imagen de Dios. Hombre y mujer los creó, y los bendijo con estas palabras: «Sean fructíferos y multiplíquense; llenen la tierra y sométanla; dominen a los peces del mar y a las aves del cielo, y a todos los reptiles que se arrastran por el suelo.»

White no era antagonista del cristianismo, solamente quería identificar la fuente de nuestra actitud de dominación y explotación o de soberanía con respecto a la naturaleza para cambiarla. Esta actitud tuvo sus raíces en la tradición judeo-cristiana y su concepción del mundo y del hombre que provoca la explotación salvaje de la naturaleza y el dominio abusivo sobre ella. White declaró que la religión judeo-cristiana era la religión "antropocéntrica" y responsable de la relación explotadora de la tecnología occidental con la naturaleza. El cambio del paganismo al cristianismo fue a la vez un cambio desde el naturalismo hasta el antropocentrismo. Pidió White una nueva ética medioambiental.

Los teólogos cristianos, por supuesto, reaccionaron defensivamente.[170]

---

[170] http://www.acton.org/es/ppolicy/environment/theological.html

> La primera oración de la Biblia, "En el principio creó Dios los cielos y la tierra" (Génesis 1:1), junto con la subsiguiente creación del hombre, proveen un fundamento necesario para la reflexión ambiental. Dios hizo la tierra, y le dio al ser humano un lugar especial y un papel de mayordomo [en inglés *Stewardship*], como gerente] en relación con el resto de la creación. Este lugar y este papel le otorgan a los seres humanos una dignidad y una responsabilidad única. La mayordomía ambiental se pronuncia adecuadamente acerca de la responsabilidad humana hacia el ambiente, y el lugar y la dignidad especiales de los seres humanos dentro de la creación de Dios. Muchas denominaciones y organizaciones judío-cristianas han intentado proveer declaraciones teológicas pertinentes a la creación y a la mayordomía ambiental.

Y hubo varias declaraciones de la Iglesia Católica sobre el medio ambiente. Actualmente la postura fundamental sobre la cuestión ambiental se basa en el Mensaje del Papa Juan Pablo II titulado *Paz con Dios, Paz con Toda la Creación*. Escribió el Papa:

> Ante el extendido deterioro ambiental la humanidad se da cuenta de que no se puede seguir usando los bienes de la Tierra como en el pasado. (...) Aun reconociendo la utilidad práctica de tales medios, parece necesario remontarse hasta los orígenes y afrontar en su conjunto la profunda crisis moral de la que el deterioro ambiental es uno de los aspectos más preocupantes.
>
> Algunos elementos de la presente crisis ecológica revelan de modo evidente su carácter moral. Entre ellos hay que incluir, en primer lugar, la aplicación indiscriminada de los adelantos científicos y tecnológicos. Muchos descubrimientos recientes han producido innegables beneficios a la humanidad; es más, ellos manifiestan cuán noble es la vocación del hombre a participar responsablemente en la acción creadora de Dios en el mundo. Sin embargo, se ha comprobado que la aplicación de algunos descubrimientos en los campos industrial y agrícola produce a largo plazo efectos negativos. Todo esto ha demostrado crudamente como cualquier intervención en un área del ecosistema debe considerar sus consecuencias en otras áreas, y en general en el bienestar de las generaciones futuras (...)

Si estas declaraciones religiosas son clarificaciones o revisiones del pensamiento cristiano, voy a dejarlo a su juicio; igual si son de perspectiva biocéntrica, ecocéntrica o antropocéntrica-extendida. De hecho, se debe decir que ha habido mucho desarrollo en el pensamiento judío-cristiano occidental a través de los siglos. Son de mencionar la filosofía griega, la Ilustración, la ciencia moderna, el capitalismo y la ética machista – todos relacionados con el cristianismo.

Análisis Ético y Estrategias Institucionales

En México, la protección medioambiental está dirigida y gobernada por leyes como la Ley de Bioseguridad, el Reglamento y la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente, el Reglamento de Control Sanitario de Productos y Servicios, además de convenios internacionales como el Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología y el Convenio sobre la Diversidad Biológica. Es esencial que las instituciones al cuidado de salud consideren no solamente las normas de estos órganos legales, sino su espíritu;

Con respecto al planteamiento profesional, la Asociación Médica Mundial declaró en 1988 que "La práctica efectiva de la medicina exige que los médicos y sus asociaciones profesionales aborden los asuntos ambientales que puedan influir en el estado de salud de los individuos y de las grandes poblaciones."[171] Entre los problemas mencionados en esta declaración se encuentra:

- La degradación del ambiente, que debe ser detenida en forma urgente, de manera que los recursos esenciales para la vida y la salud, por ejemplo, agua y aire puros, puedan estar disponibles para todos.
- El efecto invernadero con su consecuente alza de temperatura nos debe hacer avanzar en nuestros debates y prepararnos para serias consecuencias ambientales y en salud pública.
- La necesidad de controlar el uso de los recursos no renovables, (…) y la importancia de proteger este legado vital, de manera que puedan ser utilizados por futuras generaciones.

---

[171] Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre el Papel de los Médicos en Asuntos Ambientales, Adoptada por la 40a Asamblea Médica Mundial Viena, Austria, septiembre de 1988, y revisada por la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. http://www.unav.es/cdb/ammviena3.html

- La necesidad de utilizar métodos de planificación familiar universales, de modo que se mantenga una sociedad sostenible y se pueda disponer de recursos médicos para todos

Con respecto a las recomendaciones, la AMM declaró que las asociaciones médicas "tienen el deber de realizar estudios analíticos que incluyan la identificación de los problemas y… su impacto en la salud," y que el AMM mismo "debe ayudar a coordinar los debates científicos/médicos con la información disponible y sus consecuencias para la salud humana" y "promover el logro de un pensamiento de consenso en la medicina y ayudar a estimular medidas preventivas, diagnóstico preciso y tratamiento de estos nuevos trastornos."

En vista de estas pautas nacionales e internacionales es apropiado que cada institución de salud incluya un fuerte compromiso medioambiental entre sus fines o su declaración de misión. La consideración del impacto medioambiental en decisiones institucionales hace bien evidente que acciones por parte de algunas instituciones afecten a todos los stakeholders de manera amplia – todos tienen un "stake" en la salud del medioambiente. Más interesante que la perspectiva teórica, es la cuestión del medioambiente mismo como stakeholder. Claramente, desde las perspectivas del biocentrismo y ecocentrismo, el mismo medioambiente tiene un valor independiente de los seres humanos que lo usan.

Finalmente, en consideración de las estrategias organizacionales para la ética, son especialmente apropiadas las auditorías éticas y el análisis de impactos éticos para proyectos institucionales. Problemas medioambientales son asuntos del funcionamiento normal de la institución o de la planeación de proyectos. La operación normal debe estar sometida a auditorías regulares que incluyan consideraciones medioambientales y el proceso del desarrollo institucional debe incluir análisis del impacto medioambiental.

Caso: Un incinerador para desechos médicos

Déjenme ejemplificar brevemente las perspectivas éticas relacionadas con el medioambiente a través de un caso que involucra una institución al cuidado de la salud.[172] En Charleston, West Virginia, en 1996, un hospital muy grande inició la construcción de un incinerador para desechos médicos. Este incinerador se ubicó en una zona residencial y comercial de la ciudad en donde vivían muchos pobres, gente de la clase trabajadora y ancianos. El hospital, Charleston Area Medical Center (CAMC), empleaba 5500 personas y, además de sus servicios rentables, proporcionaba 31.8 millones de dólares US de servicios gratis. El propósito del nuevo incinerador era reemplazar uno más viejo, así como eliminar los desechos médicos de dicho hospital y otros ubicados en el área contigua.

Cuando los periódicos relataron los detalles de la construcción, la gente del vecindario se quejó en extremo. Decían que el CAMC no les había notificado de este proyecto, que no les había ofrecido oportunidad alguna para expresar sus opiniones, que no había obtenido las licencias requeridas y que no se habían estudiado suficientemente los riesgos ambientales de la emisión de dioxinas peligrosas. Me alegra decir que el director del hospital nombró un comité que incluía a tres personas de la comunidad y tres del hospital y el problema se solucionó a favor de la comunidad. (De paso hay que mencionar que el comité de bioética del hospital no consideró este problema porque no se trataba de un asunto clínico - se consideraba institucional.)

Análisis: Cada una de las perspectivas éticas básicas se centraría en diversos aspectos de este problema.

a. Desde la perspectiva utilitaria era necesario plantear el problema a través de un análisis de las alternativas disponibles y las consecuencias de cada una para todas las personas afectadas. Además de las consecuencias para la gente del vecindario, este análisis tuvo que dar cuenta de los costos de cada alternativa y sus impactos

[172] Robert T. Hall, *An Introduction to Healthcare Organizational Ethics*, Oxford, UK: Oxford University Press, 2000.

secundarios sobre la habilidad del hospital para seguir ofreciendo servicios de salud gratis a los pobres.

b. Desde la perspectiva racionalista este caso involucró los derechos humanos ambientales de la gente vecina al incinerador, especialmente los derechos de los pobres y de los ancianos (quienes sufren en sumo grado enfermedades pulmonares). Los beneficios que podrían obtener los pacientes que viven fuera de la zona de riesgo no deben tener más peso que los derechos de individuos dentro de la zona en peligro.

c. Desde la perspectiva idealista es importante tomar en cuenta los supremos fines del hospital en relación con la gente que atiende. Si las decisiones y acciones del hospital como empresa arruinaran la salud de sus clientes, ¿para qué servirían los servicios de salud?

d. Se puede decir que la perspectiva discursiva fue el acontecimiento que resultó en la solución del problema actual. El director del hospital convocó a una reunión de miembros representativos de la comunidad con responsables del hospital, en la cual los ciudadanos fueron autorizados para presentar sus demandas. Cuando el director tomó en serio estas demandas, se desarrolló un plan aceptable para ambos bandos.

e. Finalmente, desde la perspectiva feminista, los administradores del hospital debían considerar las relaciones entre la institución y la comunidad. En realidad, esta consideración resultó muy importante porque la reputación y la integridad de la institución ante los ojos de la comunidad, se habían deteriorado como consecuencia de las decisiones anteriores tomadas en relación con los empleados y con las finanzas.

Sin embargo, además de estas perspectivas éticas, se deben considerar las perspectivas éticas ecológicas. Por supuesto la consideración principal era la contaminación del medio ambiente. Esto provoca la consideración del ambiente humano con respecto a la gente de la comunidad (una perspectiva ecofeminista y eco-marxista), además de respeto para generaciones futuras. Las perspectivas biocéntrica y ecocéntrica requieren que los

desechables tóxicos sean guardados de la manera más segura, a pesar del incremento en el costo.

Conclusiones

Las nuevas perspectivas éticas provocadas por el movimiento medioambiental constituyen un desafió para la bioética institucionales. Sin embargo, se aplican el análisis ético, aunque cambiado por estas nuevas consideraciones, y se aplican las estrategias apropiadas explicadas aquí para las instituciones al cuidado de salud.