

ANALES de la ACADEMIA

DE MEDICINA DE MEDELLIN



V EPOCA VOL. 1 No. 1 JUNIO 1988

ISSN - PEND.

ANALES de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

V EPOCA VOL. 1 No. 1 JUNIO DE 1988

Director: Dr. Oriol Arango Mejía - Presidente de la Academia de
Medicina de Medellín

Editor: Dr. Ramón Córdoba Palacio

Editor asociado: Dr. Efraím Upegui Acevedo

Comité de redacción: Dra. Angela Restrepo Moreno
Dr. Alberto Echavarría Restrepo
Dr. Alfredo Naranjo Villegas
Dr. Mario Robledo Villegas
Dr. Fernando Gartner Posada

Esta revista se publica con el aporte económico del Fondo F.E.S. y C.E.M.

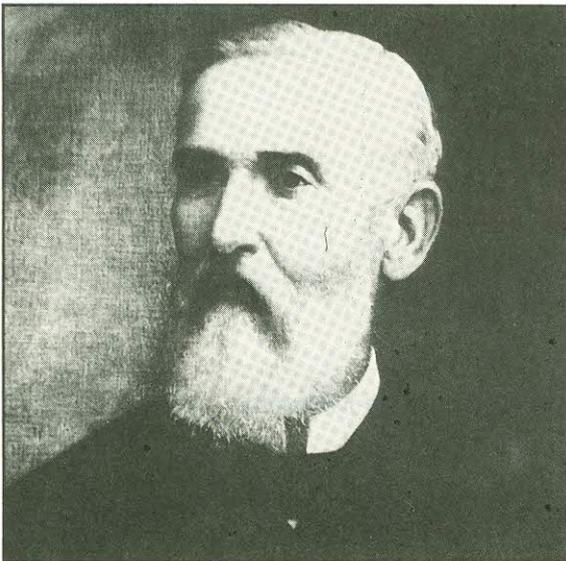
Fotocomposición: Compugraf
Impresión: Editorial Piloto
Carátula: Marta Cecilia Jaramillo Arango

CONTENIDO

A nuestros colaboradores.	
Homenaje	
Editorial.	
Oriol Arango M.	
Marceliano Vélez, el promotor de la Academia de Medicina de Medellín.	
Alfredo Naranjo V.	5
El secreto médico y el médico ante la técnica.	
Alfredo Naranjo V.	10
Enseñanza de la ética médica.	
Fortunato Aljure N.	15
La ética médica ante la vida y la muerte.	
Academia Nacional de Medicina Capítulo de Santander	24
Deontología médica.	
Alfredo Macia S., Guillermo de los Ríos G., Rubén Castro G.	32
Relaciones médico-instituciones; relaciones médico colega; relaciones médico familia. Remisiones. Interconsultas.	
Antonio Duque Q.	43
Aspectos éticos de la atención médica en la seguridad social.	
Fernando Gartner P.	50
La experimentación en medicina, su necesidad.	
César Augusto Pantoja	57
Ética en la investigación médica	
Gilberto Rueda P.	61
Homenaje de la Academia Nacional de Medicina	
Pablo Gómez M.	67
Un siglo de Academia.	
Oriol Arango M.	71
Medalla conmemorativa del Centenario de la Academia de Medicina de Medellín	77
Condecoraciones y homenajes otorgados a la Academia de Medicina de Medellín con motivo de la celebración de su centenario.	78

Academia de Medicina de Medellín

LISTA DE PRESIDENTES DE LA ACADEMIA DESDE SU FUNDACION



Dr. Manuel Uribe Angel



Dr. Oriol Arango Mejia

Nombre	Período		
MANUEL URIBE ANGEL	1887-1890	JOSE J. DE LA ROCHE	1945
ANDRES POSADA ARANGO	1890-1891	DAVID VELASQUEZ C.	1946-1947
MANUEL URIBE ANGEL	1891-1893	GUSTAVO GONZALEZ OCHOA	1948
RAMON ARANGO	1893-1894	JULIO ORTIZ VELASQUEZ	1949
RAFAEL PEREZ	1894-1895	EUGENIO VILLA HAUSLER	1950-1951
FRANCISCO A. URIBE MEJIA	1895-1896	ALFREDO CORREA HENAO	1952-1953
TOMAS BERNAL	1896-1897	IGNACIO VELEZ ESCOBAR	1954
FRANCISCO A. ARANGO	1897-1898	RAFAEL J. MEJIA	1955
VESPASIANO PELAEZ	1898-1899	ORIOLO ARANGO MEJIA	1956
JUAN B. LONDOÑO	1899-1900	AGUSTIN PIEDRAHITA R.	1957
TEODOMIRO VILLA	1900-1901	MIGUEL MARTINEZ ECHEVERRI	1958
EDUARDO ZULETA	1901-1902	GUSTAVO GONZALEZ OCHOA	1959
TEODOMIRO VILLA	1902-1903	ORIOLO ARANGO MEJIA	1960
JORGE E. DELGADO	1903-1904	BENJAMIN MEJIA CALAD	1961
CARLOS MEJIA	1904-1905	MIGUEL GUZMAN A.	1962
JULIO RESTREPO A.	1905-1906	ALBERTO ROBLEDO CLAVIJO	1963
JUAN B. MONTOYA Y FLOREZ	1906-1907	ANTONIO RAMIREZ GONZALEZ	1964
RECESO		CARLOS SANIN AGUIRRE	1965-1966
BRAULIO MEJIA	1912-1913	MIGUEL MUNERA PALACIO	1967
FRANCISCO A. URIBE MEJIA	1913-1915	GABRIEL MARIN GIRALDO	1968
FRANCISCO A. ARANGO	1915-1916	ANTONIO OSORIO ISAZA	1969
JORGE TOBON	1916-1917	LUIS GERMAN ARBELAEZ MADRID	1970
NICANOR GONZALEZ U.	1917-1918	GUILLERMO LATORRE R.	1971
MIGUEL MARIA CALLE	1922-1923	OSCAR DUQUE HERNANDEZ	1972
EMILIANO HENAO	1923-1924	ALFREDO NARANJO VILLEGAS	1973
GABRIEL TORO VILLA	1924-1928	JAIME BORRERO RAMIREZ	1974
LAZARO URIBE CALAD	1928-1932	ALBERTO ECHAVARRIA RESTREPO	1975-1976
GIL J. GIL	1932-1933	JORGE FRANCO VELEZ	1977-1978
EMILIO ROBLEDO	1934	MARCO A. BARRIENTOS MORENO	1979-1980
DIONISIO ARANGO FERRER	1935	CARLOS RESTREPO ACEVEDO	1981
GUSTAVO URIBE ESCOBAR	1936	LUCIA MARQUEZ DE GOMEZ	1982-1983
ALONSO RESTREPO	1937-1938	RAMON CORDOBA PALACIO	1984-1985
ERNESTO RODRIGUEZ	1939	RAMIRO VELEZ OCHOA	1986
JESUS PELAEZ BOTERO	1940	ORIOLO ARANGO MEJIA	1987
MARTINIANO ECHEVERRI DUQUE	1941-1942		
PEDRO NEL CARDONA	1943-1944	Presidente, Año del Centenario	

A nuestros colaboradores

ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN es el órgano de expresión de esta Academia y tiene como objetivo primordial la difusión de los conocimientos médicos y de los valores éticos que han inspirado desde sus orígenes la medicina hipocrática, además la exaltación de las personalidades médicas cuya vida y obra merezcan enaltecerse.

Todos los artículos enviados para ser publicados en Anales serán sometidos al estudio del Comité Editorial que debe dar su aprobación a los mismos, de acuerdo con su calidad. **La publicación de aquéllos no implica que la Academia de Medicina de Medellín, el Director de la revista o sus Editores se hagan responsables de las opiniones expresadas en ellos. La responsabilidad es, siempre, del respectivo autor o autores.**

Las colaboraciones pueden ser: artículos originales, presentación de casos, descripción de métodos diagnósticos, notas terapéuticas, revisión y actualización de temas, trabajos sobre historia de la medicina, estudios sobre ética o deontología médica y, por último, cartas al editor.

Los trabajos, con la ordenación aceptada internacionalmente, deben enviarse en original y dos copias, escritos a máquina a doble espacio, por un sólo lado. Las citas o referencias bibliográficas deben ceñirse a las siguientes normas: a) deben señalarse en el texto con números arábigos en orden consecutivo, según la primera aparición; b) al final del artículo, bajo el subtítulo Referencias Bibliográficas, se hará la relación así:

1o. Se conservará el orden de aparición en el texto.

2o. Las citas de libros y de revistas deben hacerse de acuerdo con las indicaciones del Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). Las fotografías, gráficas, ilustraciones, etc., deben señalarse con números árabigos; los cuadros o tablas deben tener numeración diferente a las anteriores y también en cifras árabigas.

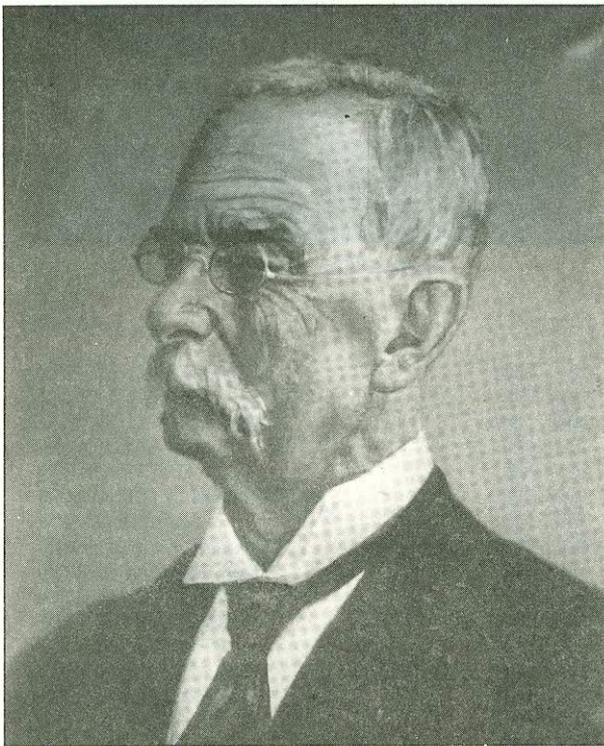
Los trabajos deben acompañarse de un resumen en español, no mayor de 150 palabras, y de su respectiva traducción al inglés, con el título Summary. Al final del Resumen y del Summary deben colocarse las Palabras claves y Key words que indiquen los temas en los cuales puede indizarse el artículo.

Las colaboraciones deben enviarse a la siguiente dirección:

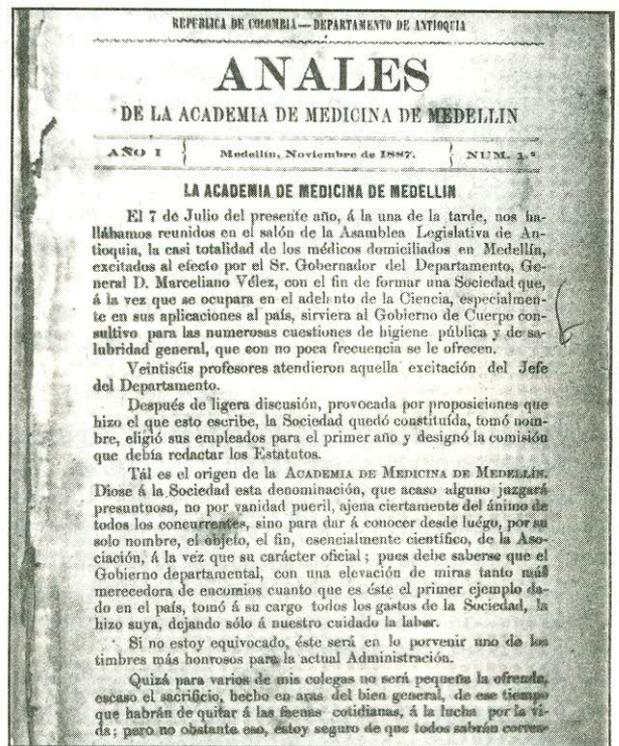
ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN

Apartado aéreo 52278
Medellín-Colombia (S.A).

Homenaje



Dr. Andrés Posada Arango



La ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN en el año de su Centenario quiere rendir homenaje de admiración y gratitud al quien fuera Editor de la Revista Anales de la Academia, sabio Profesor Doctor ANDRES POSADA ARANGO, bajo cuya dirección apareció por vez primera, nuestro órgano de difusión el mes de noviembre de 1.887.

Quiere igualmente la Academia destacar el hecho importante de que fue por insinuación obligante del Académico Doctor JOSE J. ESCOBAR A., que la Corporación decidió por unanimidad volver a editar la Revista Anales de la Academia, con el fin de continuar una tradición centenaria.

Editorial

Es con profunda emoción que la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN vuelve a editar por quinta vez su revista Anales de la Academia, con el ánimo de continuar la idea que tuvieron nuestros fundadores, de imprimir un periódico en el cual se pudieran difundir los trabajos de los Académicos y gracias a ello, conservar en sus distintos volúmenes la obra científica de la Corporación. Esta idea fue secundada por el inspirador de la fundación de la Academia, el militar y gobernante Doctor Marceliano Vélez, para quien esta publicación era de tal importancia, que ofreció su concurso a fin de editarla por cuenta del erario público y así se hizo inicialmente. Desafortunadamente las circunstancias económicas del Departamento obligaron a sus gobernantes a incumplir esta importante promesa y así se vió trunca la primera existencia de nuestro órgano de difusión; vinieron luego las reapariciones que corrieron la misma suerte y así llegamos a la época presente en la cual reanudamos la publicación en su quinta etapa, ahora con mejores augurios, ya que contamos con la valiosa ayuda conjunta del Centro de Estudios Médicos, C.E.M., representado por el Académico Honorario Dr. Alberto Echavarría Restrepo y la Fundación para Estudios Superiores, F.E.S., dirigida por el Dr. Joaquín Vallejo Arbeláez, entidades que han aportado apreciables sumas de dinero que garantizan, no solamente la publicación de los Anales, sino la oportuna periodicidad, factores vitales para que una revista científica tenga verdadero valor.

Esta nueva etapa de Anales de la Academia de Medicina de Medellín acrecentará el venero de información científica que constituyen los volúmenes de las anteriores ediciones en los cuales, además de cuestiones científicas, se puede estudiar la historia médica de Antioquia y aun de Colombia.

Confía la Directiva de la Corporación en que los Señores Académicos pondrán todo su empeño en el éxito de esta nueva publicación, que también está a disposición del Cuerpo Médico de Antioquia y de Colombia, con cuya colaboración nos sentiremos complacidos y a la vez honrados. De los H. Académicos en particular y del Cuerpo Médico en general, dependerá el éxito futuro de los Anales.

Queremos consignar en estas notas editoriales, nuestros agradecimientos a todas las personas y entidades, de manera particular al C.E.M. y al F.E.S. por haber hecho factible el resurgimiento de Anales de la Academia de Medicina de Medellín.

Y permítaseme agradecer muy sinceramente al Congreso de la República, a la Asamblea de Antioquia, a sus integrantes, al H. Senador Dr. Ignacio Vélez Escobar y a H. Diputado Dr. Iván Restrepo Gómez, así como a las entidades gubernamentales, a las entidades cívicas, industriales y particulares, por la generosa vinculación a la celebración del Centenario de la Fundación de nuestra Academia, gracias a lo cual este magno acontecimiento tuvo un brillo tal, que será recordado con profunda emoción en el futuro.

Marceliano Vélez, el promotor de la Academia de Medicina de Medellín

Alfredo Naranjo Villegas M.D. *

RESUMEN

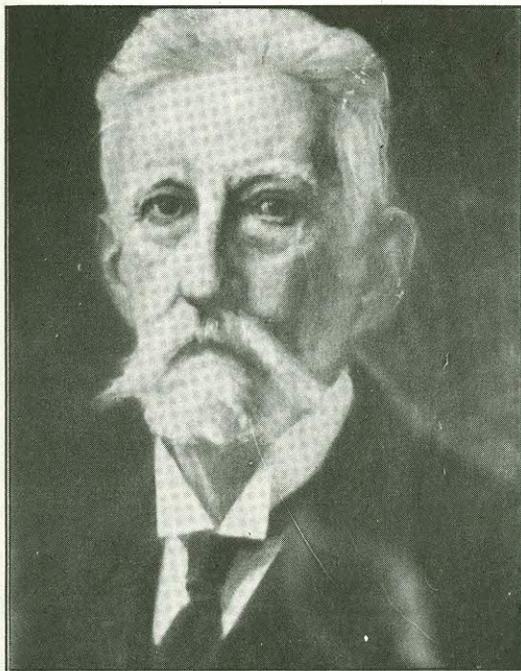
El autor señala que el General Marceliano Vélez, promotor de la fundación de la Academia de Medicina de Medellín, fue ante todo un jurista y no un militar. Hace un recuento de sus obras como gobernador de Antioquia, como rector de su Universidad y como legislador. Finalmente esboza su intervención como jefe de Los HISTORICOS, una de las fracciones en que el partido conservador se dividió frente a la Regeneración de Núñez y Caro.

*Palabras claves: Vélez, Marceliano
Academia de Medicina
de Medellín
Historia de la medicina*

SUMMARY

The author indicates that the General Marceliano Velez was the promotor of the idea of Medellin's Academy of Medicine. He was more of a jurist than of an army man. His accomplishments as governor of Antioquia, as Rector of the University and as Legislator of the State are many and important. Mr. Velez was also the head of one of the fractions of the conservative party ("the historians") that were against the regimens of Presidents Nuñez and Caro.

*Key words: Velez, Marceliano
Academy of Medicine of Medellin
History of medicine*



Dr. Marceliano Vélez

La Comisión del Centenario de la Academia decidió por unanimidad que, con motivo del mismo, se rindiera el debido homenaje a quien fue el promotor de la fundación, según consta en el acta que año tras año, a través de los transcurridos desde aquel julio de 1887, se lee en la sesión conmemorativa. Y el presidente de la Directiva me ha discernido el altísimo honor de llevar esta noche la vocería.

No oculto que el gusto con que acepté no mengua el temor. Me alienta para el riesgo el pensamiento de que esta Academia está dando una lección de gratitud a quienes cosechan gozosos, olvidados del sembrador. Con un ítem más: el hombre de quien vamos a ocuparnos esta noche fue una de las grandes figuras de Antioquia en materia educativa, en construcción de caminos, en apertura de horizontes a una comarca circundada y por lo mismo aislada en ciertos aspectos del resto del contorno patrio. La Directiva, que con tan singular empeño está organizando la conmemoración centenaria, afirma con orgullo su lealtad al pasado en el culto a los fundadores y su fe en el porvenir, cuando acoge jubilosa el aporte de las nuevas generaciones y cuando lucha incansablemente porque no se quede inédita la excepcional contribución que constituyen tantas intervenciones que han tenido ocurrencia en este salón, y las que, esperamos,

*Palabras del Vicepresidente, doctor Alfredo Naranjo Villegas en la Academia de Medicina de Medellín, el 29 de julio de 1987, al descubrir el óleo del doctor Marceliano Vélez.

enriquecerán cada día más el tributo antioqueño a la medicina nacional.

Tengo para mí, al estudiar la vida de don Marceliano Vélez, que dos hechos predominantes lo marcaron para la vida civil: El haber sido discípulo de Murillo Toro, cuando éste fué su maestro en Santa Marta, y el de haber sido, a los 21 años de edad, el primer abogado del entonces Colegio Provincial del Estado, núcleo de la Universidad de Antioquia, en su Facultad de Jurisprudencia. Sospecho que sus conocimientos militares le llegaron por ósmosis, a través de su tío materno, el coronel Mariano Barreneche, veterano de Pichincha y Ayacucho bajo las órdenes del general José María Córdoba: otro dato que contribuye a la modelación del hombre. Pues su iniciación en la carrera de las armas es, precisamente, luchando contra la dictadura de Melo en 1854. Y he dicho que no fué militar de escuela, porque salvo uno o dos combates librados con éxito, ninguna de las grandes batallas que dirigió corrió con igual suerte. Ya veremos que lo que no lo califica como Jefe sobresaliente de milicias, en cambio lo enaltece como hombre de honor.

Gobernador del Estado de Antioquia en 1862, y ante el desastre sufrido por las tropas antioqueñas en Santa Bárbara de Cartago, ofrece entregar pacíficamente el Estado al general Mosquera, no sin estipular las condiciones para la entrega, y dejando plasmada estas palabras que son síntesis de su hombría y de su carácter: "Debo manifestaros que el pueblo antioqueño no es ni debe ser responsable de la guerra que se os ha hecho... Los responsables ante Vos, ante la Nación y ante la Historia somos los gobernantes que valiéndonos de la fuerza pública hemos obligado a los pueblos a lidiar en el sentido que lo hemos juzgado de nuestro deber. Yo por lo que he hecho como Magistrado y como particular acepto gustoso la responsabilidad y no os pido ninguna clase de garantías". He tomado la cita de Julio César García. Y del mismo inolvidable maestro copio lo que siguió a la firma del convenio de paz en la Aldea de María el 13 de octubre del 62.

El Secretario de lo Interior, Dr. José María Rojas Garrido, pidió al Dr. Vélez que continuara al frente de la gobernación, pero éste contestó: "La convicción profunda con que he hecho la guerra al Gobierno de los Estados Unidos de Colombia, mis comprometimientos políticos en favor de la causa que abrazó el Estado, y la repugnancia que naturalmente sentiría al dar cumplimiento a las órdenes y decretos emanados de un Gobierno que he combatido por convencimiento y por deber, son otros tantos motivos que me impiden continuar ejerciendo el destino a que me llamaron los habitantes del Estado de Antioquia en horas de peligro".

Restablecido momentáneamente el orden público,

alternó sus actividades entre el ejercicio de su profesión de abogado y el desempeño brillante de cargos de representación. Cuando en la Legislatura del Estado se discutía un Proyecto de Petición al Congreso Nacional sobre reformas de la Constitución, la del 63, el doctor Marceliano Vélez, propone "que se restrinja el artículo 91 declarando que en ningún caso las prácticas del Derecho de Gentes implican la suspensión de las garantías constitucionales, ni invisten a los gobernantes de Facultades omnímodas". Y dos años después, en abril del 66, siendo Presidente de la Legislatura, firma como tal el decreto que autoriza al Poder Ejecutivo del Estado para fomentar la apertura de camino **carretero o de rieles**, que ponga en comunicación la ciudad de Medellín con un río navegable por la vía que estime más conveniente. Pedro Justo Berrio, iniciaría, cinco años después, el camino carretero al Magdalena, germen del futuro Ferrocarril de Antioquia.

Posteriormente se traslada a Jericó donde ejerce el magisterio a la vez que su profesión de abogado. Allí fundó una Escuela Superior y promovió la fundación de un colegio gratuito de enseñanza secundaria.

Dos años después estalla la guerra del 76. El general Vélez es arrancado de las breñas jericóanas para que asuma la Jefatura del ejército que ha de luchar contra las tropas caucanas. Se dirige entonces a Manizales, en cuya plaza el entonces Prefecto del Departamento del Sur, doctor Silverio Arango, ha concentrado la mayor parte del material de guerra y de unidades de combate.

Y en los Chancos, cerca a Buga, tiene lugar el primer choque de consideración. Las tropas caucanas estaban bien dirigidas por un militar de carrera como lo fue el general Julián Trujillo. Y las antioqueñas se lanzaron al combate con precipitación, sin unidad de mando. No hubo, pues, responsabilidad alguna de parte del general Vélez en aquel desastre provocado por sus subalternos. Pero don Marceliano tuvo, eso sí, el gran mérito de haber reagrupado a los sobrevivientes, reorganizando el ejército, y adiestrado en forma eficiente para ponerlo en condiciones de luchar hombro a hombro con los batallones tolimenses, mandados por excelentes jefes de la talla de Manuel Casabianca y Antonio B. Cuervo. Al frente, sus adversarios contaban con capitanes dignos de ellos: Santos Acosta, Sergio Camargo, Pedro J. Sarmiento... Esta feroz batalla de Garrapata, donde liberales y conservadores emularon en valor y en hidalguía, la sublimó un gesto de trágica grandeza: Cenón Figueroa, pleno de juventud y de fervor liberal, salta enloquecido sobre una de las trincheras y cuando va a ser rematado a bayonetazos, el general conservador Obdulio Duque le arroja sobre la cabeza una bandera azul: Usted, le dice, queda protegido por esta bandera y por mí". Pero la batalla, igual que la de Bomboná en las

de la Independencia, fue una derrota con autor y una victoria de nadie, excepto de la muerte. ¿Por qué suspendió fuegos el general Vélez, contra el parecer de sus compañeros de armas? La Historia le ha negado la absolución hasta ahora. Y a la orden de retirada a Manizales no se la califica, en verdad, con los mejores epítetos por parte de los grandes jefes que fueron abandonados en las llanuras de Mariquita, frente a un enemigo ya fortalecido.

Por unos pocos meses se sostiene en Manizales. Pero es ya patente que las tropas del Cauca, a órdenes de Trujillo, avanzan de manera incontenible. Sólo se ha tenido éxito, y eso por el esfuerzo de Casabianca y Cuervo, en impedir el paso de Santos Acosta hacia la cordillera. En marzo, el general Marceliano Vélez entrega el mando de la plaza de Manizales a don Silverio Arango, ahora Presidente del Estado, quien capitulará ante el general Julián Trujillo a principios de abril.

Vale la pena hacer memoria de un incidente que podríamos llamar de intimidaciones de la guerra: El general Julián Trujillo comunicó a don Aquileo Parra, presidente de los Estados de la Unión, que el doctor Silverio Arango le había solicitado una tregua, y que ésta era seguramente el preludio de la rendición. El señor Parra invitó a Palacio a don Santiago Pérez y al doctor Murillo Toro, a quienes informó, jubiloso, la noticia. Tanto el presidente como don Santiago manifestaron su alegría por lo que consideraban ser ya el final de la guerra. Murillo Toro callaba... Y luego manifestó su parecer: Hay que evitar a toda costa que la rendición la reciba Trujillo, que es un general veleidoso y de tendencias nufistas. Quien debe firmar la rendición es Acosta, que es de nuestra entera confianza. El triunfo de Trujillo es la caída definitiva del olimpo radical, fueron en síntesis las bases de su razonamiento. Pero, formando parte del Estado Mayor de las tropas conservadoras que resistían en Manizales, está el general Carlos Holguín, quien, al igual que Murillo Toro, oteaba los acontecimientos más allá de los próximos años: Y con el mismo razonamiento de Murillo Toro, convenció a los jefes conservadores de que sólo ante Trujillo debían capitular. Así se haría. El jefe caucano es el indiscutible vencedor de la guerra. No encajan en esta conferencia las consecuencias de la Capitulación.

Una vez más el retorno a la vida civil. El doctor Marceliano Vélez ocupa reiteradamente cargos de representación, bien en la Legislatura del Estado o en el Congreso de la Unión. Y en 1885 ocupará, y ahora por el período más largo entre los que estuvo al frente de ella, la Gobernación de Antioquia. Fue cuando se realizó como lo que realmente era: un gran organizador, un visionario, un educador insigne, y, por sobre todo, un hombre absolutamente justo. Hasta tal punto que de él dijo Camacho Roldán que tenía prendas dignas de un romano de la primera época.

Uno de sus primeros empeños, con lo que se ganó el respeto unánime de la ciudadanía, fue la conversión en empréstito, con interés alto, de la contribución forzosa impuesta a los vencidos en la guerra del 85 por el Gobierno Nacional. Fué él quien gestionó la apertura del Colegio de San Ignacio, anexo a la Universidad de Antioquia. Bajo su administración se dió comienzo a la construcción del manicomio departamental y se construyó igualmente el local para la Biblioteca y el Museo de Zea. La construcción del Puente de Occidente, confiado al doctor José María Villa, se inició bajo la administración del doctor Vélez. Reabrió la Casa de Moneda, fundada veintitantos años atrás por don Pascual Bravo. Se abrió el camino de occidente que conduciría a Urabá, desembotellando regiones ubérrimas y alentando así el sueño que en Vélez fué casi una obsesión de llegar al mar por esa vía. La misma actividad desplegó en mantener abierto un camino entre Bolívar y Quibdó, que permitiera la comunicación del suroeste antioqueño con el Atrato. Fundador de Pavarandocito, oficializó la creación del municipio de Dabeiba, segregado de Frontino. Se preocupó por proteger los resguardos indígenas de occidente, de tal manera que muy pocos gobernantes han hecho lo que el magistrado envigadeño hizo por aquellas entonces ignoradas regiones.

Pero con todo y ese etupendo balance de obras públicas, lo que caracterizó la administración Vélez Barreche del 85 al 88 fué su formidable campaña educativa. En diciembre de 1885, dictó el decreto que ordenaba abrir para enero todas las Escuelas del Departamento (cerradas lógicamente por la guerra del 85) y procedió luego a reorganizar las Normales y antes de terminar su administración pudo informar que a las 268 Escuelas Primarias con que contaba entonces el Departamento asistían 18.639 alumnos, más que en cada uno de los departamentos más poblados en aquellos tiempos.

La principal, por no decir la única industria que había en Antioquia era la minería. Para dar un mayor impulso a su explotación solicitó y obtuvo del Gobierno Nacional la autorización para abrir una Escuela de Minas: es aquella cuyo centenario se celebra por estos días, ignoramos si con algún acto de recordación a quien le dió vida a esa Facultad que ha sido orgullo de Antioquia.

Explícitamente el acta de fundación de esta Academia de Medicina relata que quienes se reunieron para constituir la como tal, lo hicieron por llamamiento del mandatario departamental, doctor Marceliano Vélez. Y quien revise sus archivos, podrá darse cuenta de que fue fiel al compromiso que contrajo de costear con los fondos oficiales el órgano que le sirviera de vocero. Lástima grande que, como todo lo nuestro, perdure lo que dura el gobierno del simpatizante de turno. Ha sido nuestro sino,

y el camino de amargura de las sucesivas publicaciones. Hasta el día en que la Academia pueda tener sus propias fuentes de financiación.

Sigue siendo un misterio el por qué Antioquia no tuvo su propia representación ante el Consejo Nacional de Delegatarios que expidió la Constitución del 86. El doctor Marceliano Vélez era merecedor a ese título como el que más. Parece ser que, a pesar de su lealtad con el genial inspirador de la reforma, no contaba con la total confianza de éste. Es apenas una hipótesis. El hecho clarísimo es que otro de los artífices de la misma, don Carlos Holguín, a la sazón encargado del Gobierno (estamos en 1888) distinguió al gobernante antioqueño con las mejores muestras de aprecio. Hasta que el doctor Vélez, a raíz de que Holguín había presentado al Congreso el Proyecto de División Territorial que fue la chispa que rompió la unidad conservadora, el doctor Vélez, digo, dió un paso que el encargado del Gobierno calificó de poco amistoso: renunció a la gobernación de Antioquia.

En septiembre de 1890 es nombrado Rector de la Universidad de Antioquia, cargo que desempeña durante un año, en el curso del cual dictó, además, la cátedra de Economía Política. Y entramos, aunque sea apenas para dar un ligero vistazo, en lo que constituyó el movimiento de los Históricos, encabezados por don Marceliano Vélez, y los Nacionalistas de don Miguel Antonio Caro.

Como ocurre siempre cuando las colectividades quieren dividirse, las causas primeras pueden ser baladías pero las ahondan los partidarios. Reelegido don Carlos Holguín para la designatura, lógicamente continuó en el poder. Ante la renuncia del ministerio de Gobierno que presentó Ospina Camacho a finales del año, el general Holguín nombró en su reemplazo al doctor Marceliano Vélez, pero éste no aceptó. Se iniciaba la toma de posiciones para la lucha electoral que se aproximaba. Una sola figura aglutinaba a conservadores e independientes: Rafael Núñez. Era seguro que el voto para Presidente lo encabezaría el filósofo del Cabrero. Pero como era también absolutamente cierto que al cartagenero no le interesaba ejercer la presidencia, entonces la tenía asegurada quien lo siguiera como Vicepresidente en la respectiva papeleta. Los velistas, cuya mayor fuerza estaba en Antioquia, propusieron la votación así: Núñez - Vélez. En Bogotá surgió el movimiento en favor de don Miguel Antonio Caro, cuñado de don Carlos Holguín. El general Vélez, como hombre honrado, desconocía los vericuetos tántas veces innobles de la política.

La campaña electoral adquirió caracteres de acritud desmesurada. Don Carlos Albán (su nombre estará adherido al hundimiento del Lautaro por los cañones del general Benjamín Herrera ante las costas de Panamá) se excedió en los ataques a Caro: ocurrió por aquellos días

que en Juntas de Apulo los hermanos Arturo y Horacio Sáenz dieron muerte al señor Tomás Quevedo, persona conocida y apreciada allá. Dió la desgraciada circunstancia de que uno de los asesinos era nada menos que edecán del presidente Holguín. Y Albán, en su periódico Los Principios, si mal no estoy, aseveró que el crimen quedaría impune ya que el responsable de todo era don Miguel Antonio Caro. ¿Y por qué? Porque en el Consejo Nacional de Delegatarios, cinco años antes, Caro había propuesto que en caso de condena a muerte el Presidente de la República podía conmutarla sin consulta previa al Consejo de Estado. ¡Cinco años antes! Pero no faltó el ingenio bogotano que pusiera tinte cómico a la tragedia: Y fue que un anónimo publicó lo que llamó "Pruebas Judiciales":

Es así que en Popayán
comió don José Acebedo
empanadas de Pipián,
luego don Carlos Albán
fue el matador de Quevedo.
Mas si don Carlos Albán
fue el matador de Quevedo,
es claro que en Popayán
comió don José Acebedo
empanadas de Pipián.

Por descontado que esa clase de ataques a Caro separó del movimiento velista entre otras grandes figuras a los Martínez Silva y al general Rafael Reyes. Y Vélez desperdió el apoyo inicial que Núñez le ofrecía. Había cometido el error de pensar que podía distanciar a Núñez de Holguín, y recogido cargos que él mismo había rechazado antes, en carta divulgada por sus amigos, dirigida por él al primero. "Estoy, es verdad, identificado con la opinión nacional que quiere otras prácticas en el gobierno. El país, con sus hombres notables y desinteresados que no hacen parte del tren gubernativo, ve con temor que vuelva a suscitarse la inconveniente medida de la división territorial (1); considera como error grave la intervención del gobierno en las elecciones pasadas; las disputas con los estudiantes por la misma causa; la prisión de algunos de ellos en los cuarteles; el uso de facultades extraordinarias confinando y desterrando a los ciudadanos en completa paz; los nombramientos en personas indignas para premiar adhesiones personales... Si a esto se agregan las muchas versiones de la opinión, acerca de fortunas imprevistas y especulaciones con el Tesoro Público, se explica la libre y espontánea corriente de la opinión pública que quiere para dirigir el Gobierno, hombres extraños a estos errores, o si se quiere a estas prácticas".

Fué fulminante el rayo lanzado desde el Sinaí del Cabrero: "Cartagena, septiembre 9 de 1891. Señor Gene-

(1) Ya retirada del Congreso por el mismo presidente Holguín. (Nota del expositor).

ral Marceliano Vélez. Medellín. El lenguaje reciente de ciertos periódicos, juntas y cartas de los que sostienen su candidatura, me indican claramente el desacuerdo de ellos conmigo, y que es deber mío de decoro manifestar que mi nombre no puede ya figurar al lado de usted... Siéntolo seguramente, porque al iniciarse su candidatura me fué simpática, y aún tuve en ella parte. Sucede, además, como es notorio, que el radicalismo se prepara para reconquistar el poder perdido, de acuerdo, según se palpa con los partidarios de usted, y la seguridad de la causa a la que he consagrado tantos esfuerzos, pueden imponerme en adelante obligaciones severas e incompatibles con la neutralidad que he observado escrupulosamente desde que salió a la luz otro nombre distinguido. Nada de esto implica que deje de ser de usted adicto compatriota y amigo, Rafael Núñez".

El doctor Vélez sufrió tremenda derrota electoral, y don Miguel Antonio Caro llegó a la presidencia de la República. Pasaron los años, y cuenta Jaime Sierra García, que a la salida de un debate del Senado en 1904, en que turbas hostiles pretendieron agredir al Señor Caro, el general Marceliano Vélez lo protegió y lo llevó hasta su casa: "Lástima haberlo conocido a usted tan tarde, general" exclamó don Miguel Antonio. Y téngase en cuenta que en ese mismo año de 1904, fué don Marceliano Vélez quien presentó un paquete de reformas a la Constitución del 86, que atajó el insigne filólogo. Reformas, entre otras, aquella que reconocía el derecho a las minorías, y que impuso más tarde el general Rafael Reyes. Ya ustedes habrán advertido el por qué dije al comienzo que a Marceliano Vélez lo marcaran de por vida las primeras lecciones que le diera Murillo Toro y su vocación de jurista, el primero que se graduara en Antioquia.

No puedo fatigarlos más, a pesar de que en los últimos años de esta vida ejemplar hay actos que la ennoblecen aún más, como muestra de desprendimiento y de dignidad ante sus reveses de fortuna. Cuando nonagenario ya, iba a reunirse con sus mayores, como en la hermosa expresión bíblica, seguramente que enfrentado a su conciencia pudo hallarse como hombre de honor, inalterablemente fiel a una vocación civilista. No son sus errores, de buena fe cometidos, los que aminoran su gloria. Son sus realizaciones por Antioquia, fué su magisterio constante, y es su presencia permanente en la galería de los fundadores de la Academia, lo que nos ha reunido esta noche para renovarle nuestra gratitud.

El secreto médico y el médico ante la técnica

Alfredo Naranjo Villegas M.D.*

RESUMEN.

EL SECRETO MEDICO

Se estudia la evolución del secreto médico a través de la historia, cómo de un secreto privado se pasó a un secreto compartido, que es, prácticamente, la desaparición del mismo impuesta por la burocratización.

EL MEDICO ANTE LA TECNICA

Se hace un análisis de los adelantos tecnológicos de la medicina que si bien han sido una herramienta invaluable en la lucha contra las enfermedades, nos han llevado a la deshumanización de la práctica médica y a una medicina restringida a minorías pudientes.

Palabras claves:

*Etica médica
Secreto profesional
Técnica y medicina
Medicina y técnica*

"Todo lo que vea u oiga en mi trato con los hombres, ya sea en el ejercicio de mi ministerio o fuera de él y que no deba ser revelado, lo mantendré secreto, como cosa sagrada".

El interrogante es el por qué del Juramento Hipocrático. Aducen algunos que si no se encuentra nada relacionado con el secreto profesional en ninguna de las culturas conocidas hasta entonces, es porque su mandato no tenía objeto si carecía de fundamento jurídico. Se encarecía sí la discreción como norma de conducta, pero jamás, como en el Juramento, se hace más explícita afirmación de que se guardará completa reserva sobre lo que se vea, oiga y entienda en el ejercicio del médico.

Y si bien es cierto que en el libro de las Epidemias hay indiscreciones que chocan con la extrema cautela que impone el voto de la escuela de Cos, vgr. estas: "Erasina, que habita cerca de la zanja de Buvier, cayó enferma de fiebre después de cenar..." o "La mujer de Dromades, habiendo dado a luz una niña, fue presa de escalofrío..."

SUMMARY

MEDICAL SECRECY

The evolution of medical secrecy through history, going from a private secret to a shared secret, is studied. A shared secret means no secret at all and this is the result of bureacrecy.

THE PHYSICIAN FACING THE TECHNIQUE

An analysis is made of the technological advancements of medicine which are an invaluable tool in the fight against diseases but which also have taken us to the dehumanization of medical practice and to a medicine restricted to the minority of well-to-do persons.

Key words:

*Medical ethics
Professional secrecy
Technique and medicine
Medicine and technique*

"En Thasos, Philistes desde hacía largo tiempo tenía dolor de cabeza y algunas veces caía en coma..." se alega que esas revelaciones en los libros del precursor de la Deontología médica, posteriores muy probablemente al Juramento, pertenecen a manuales de instrucción de los alumnos y que en consecuencia no salían de la escuela.

Pero aún queda sin respuesta el interrogante inicial: ¿Cuál fue la razón para que se introdujera al ejercicio profesional, y con carácter de juramento, lo que constituyó la **primera noción de ética** médica que se conoce? ¿Es que no había sujeción a reglas morales, o la experiencia de los siglos demostró la necesidad de ganarse la confianza del enfermo bajo la gravedad de promesa por los dioses, si no era suficiente la discreción que los maestros y los mandatos religiosos prescribían? ¿O fue que la rivalidad entre las diversas escuelas griegas de medicina llevó a la de Cos a plasmar lo que, atravesando las edades y así haya habido soluciones de continuidad en su práctica, ha perdurado los dos milenios y medio que van corridos desde su promulgación?

* Vicepresidente de la Academia de Medicina de Medellín

Se ha señalado la coincidencia de la aparición del Juramento con el apogeo del individualismo en el siglo de Pericles, y de cómo, en el milenio medioeval no se lo menciona porque, precisamente, el sentido comunitario que caracterizó el medioevo hacía el secreto poco menos que impracticable. Aparte de que las Universidades y por consiguiente las facultades de Medicina, no se inician en Europa hasta el siglo XI. Si el juramento no desapareció de la memoria de las generaciones, es porque lo mantuvo vigente la Medicina Arabe, aunque en los primeros siglos del Cristianismo, la sacralidad del mismo fue repetidamente ratificada por los Padres de la Iglesia (San Jerónimo), que equiparaban el secreto médico al de la confesión. Durante muchos siglos el Juramento Hipocrático tuvo, pues un carácter de **obligación moral**. Estamos todavía en la etapa del secreto **absoluto**. Y sin embargo, los estudiosos de los estatutos de las primeras Facultades Médicas Europeas, no han encontrado en ellos como mandato explícito el secreto. Posiblemente explique ello la minuciosidad con que se conocen las enfermedades que afligieron a los reyes de Francia y a sus grandes colaboradores. Pero el secreto absoluto sufre un primer golpe en la obligatoriedad de denunciar las llamadas enfermedades pestilenciales en la Edad Media. Y, por supuesto, no podían faltar las disposiciones reales y las arbitrariedades policíacas que obligaban, bajo pena de multa y de prisión y aún de suspensión del permiso de ejercer, a informar, ya no lo que era justificable en caso de epidemia, sino hasta el nombre del herido, bien en encuentro callejero o a manos de la autoridad, que acudía al cirujano.

Con el Renacimiento recobra su vigencia el secreto médico. Es entonces cuando en las Facultades se hacen más perentorios los artículos reglamentarios que obligaban a su cumplimiento por parte de los graduandos, pero desde luego desprovistos de carácter legal, de la cobertura jurídica que los protegiera de los abusos de la autoridad. Sigue teniendo pues el carácter de obligación moral.

Y, sin embargo, subsiste la permisividad del secreto no guardado. Fagón y su séquito de médicos de moda de París desfilaban uno por uno junto al lecho de Luis XIV, le tomaban el pulso al enfermo y le formulaban leche de asna para su pierna gangrenada...Herman Boerhave publica dos historias clínicas: la una referente al barón Juan de Wassenaer y otra al Marqués de Saint Auban, ambos con un tumor mediastinal....

Y el secreto médico sufre cada día nuevos golpes. Ni siquiera el paso de la monarquía a la república, como en Francia, atenúa los embates. La revolución Francesa no sólo abolió las facultades de Medicina, de Derecho, de Artes, y de Teología, sino que extremó las medidas policíacas contra los médicos. Es cuando se redacta el Juramento de Montpellier, que no es más que la

reivindicación del de Hipócrates: "Admitido en el interior de los hogares, mis ojos no verán lo que allí pasa; mi lengua callará los secretos que me sean confiados..."

Me he detenido en la evolución del secreto médico en Francia con especialidad, porque -y hay que proclamarlo a viva voz como homenaje a los médicos galos- fueron los médicos franceses los que libraron la batalla que dió base legal al secreto médico, o sea que, salvo las excepciones que le han impuesto las nuevas condiciones sociales, la transgresión del secreto se constituye en delito y su mantenimiento es protegido por las leyes. Se consideró, pues, que a partir del artículo 378 del Código Penal Francés de 1810 el secreto profesional encontró su fundamento jurídico. Fue el que sirvió de base a todas las legislaciones que lo han consagrado a través del mundo. Decía así el mencionado artículo: "Los médicos, cirujanos y otros oficiales de salud, las comadronas y cualesquiera otras personas depositarias por estado o por profesión, o por funciones temporales o permanentes, de los secretos que se les confíen, que, fuera de los casos en que la ley los obligue o los autorice a ser denunciantes, hayan revelado estos secretos, serán castigados con prisión de uno a seis meses y una multa de 100 a 500 francos." (Esta multa es en la actualidad de 500 a 800 francos).

Ahora bien, es claro que este respaldo legal es un escudo del médico contra los atropellos del Estado, pero seamos sinceros: En países donde se le respeta. El mundo ha vivido y vive la pesadilla de regímenes totalitarios que anulan a su amaño el cumplimiento del secreto, pero siguen en pie las razones que le dieron base jurídica: Como razones de **interés privado**, pues protege la intimidad de las personas y por ende la paz de las familias. Sin esa garantía se pierde la confianza del paciente de tal manera que al violar el secreto se abusa de esa confianza. Pero es de **interés público** también, pues al orden social afecta en bien o en mal la discreción o no de sus médicos, ya que asegura el buen ejercicio de una profesión de utilidad común, en la que sólo para que pueda prestar con acierto los servicios demandados es para lo que el enfermo se ha confiado a su galeno.

Tiene tal trascendencia esta noción de interés público, que hay la interpretación del mencionado artículo 378 de 1810 de que nadie es propietario de los secretos del enfermo, y que el médico es solamente un depositario. Nadie está calificado para desligar al médico del secreto, ni siquiera el enfermo cuando ignora en gran parte lo que podría revelar a su médico. Tampoco los herederos pues el secreto perdura después de la muerte. Citado como testigo ante la justicia, salvo los casos específicos prescritos por la ley, puede un juez obligar al profesional a transgredir el secreto que se le confió. El Código de Procedimiento Penal nuestro se aparta de esa rígida interpretación que da la jurisprudencia francesa y se

coloca más cerca de las otras legislaciones (la alemana, la italiana, la sueca, etc.), cuando al establecer quiénes están exceptuados del deber de declarar (médicos, farmacéuticos, enfermeros, etc.) dice perentoriamente que "estas personas no podrán negar el testimonio que se les pide cuando sean liberadas por el interesado en el deber de guardar el secreto". (Subrayado del autor).

Obviamente ya muy avanzado el siglo XIX hay hechos que obligan a una cada vez mayor restricción en los alcances del secreto médico. Con Pasteur y con Koch la medicina ha dado un salto impresionante en el terreno de las infecciones, y se amplía el espectro de enfermedades de obligatoria declaración: Ha nacido la legislación sanitaria. Que por cierto no dejó de ser motivo de controversia, pues hubo gran oposición a que se ampliara una nueva restricción del secreto médico y se impuso venturosamente la opinión de quienes sostuvieron que el secreto profesional tenía límites, y que faltaría a su deber el médico que, por exceso de discreción, dejara que un enfermo atacado de difteria, por ejemplo, pudiera contagiar esta enfermedad, a menudo mortal entonces, a quienes con él se pusieron en contacto. "No admito -decía Lefort en la Academia de Medicina de Francia- que el secreto profesional llegue hasta a hacernos cómplices de un homicidio por imprudencia.

Con el advenimiento de la Seguridad Social en Alemania, extendida más tarde a casi todas las naciones, el Secreto profesional sufre golpe demoledor. Con razón decía Napoleón (la cita es del profesor Grmek, de Zagreb) que el secreto y la burocracia eran incompatibles.

Ya entre el médico y el enfermo se introduce más de un interlocutor. Todos sabemos la escala que recorre un expediente médico, el personal médico y paramédico que interviene en la historia, el personal administrativo que tiene que ver con cada servicio, etc., etc. Es claro que la Seguridad Social surgió como respuesta al colectivismo, y que el coste del servicio privado está cada día más lejos de las posibilidades del salario. Ni está el médico, individualmente aislado, en capacidad de acumular la inmensurable cantidad de conocimientos especializados de la medicina actual, ni de proveerse de todos los útiles que demandan los múltiples exámenes requeridos en determinado caso. Es la razón de la Medicina en equipo, que, digámoslo aunque no venga al caso, no se opone al tan añorado médico de familia de antaño, si se trata de equipos fundamentalmente guiados por el afán de servir.

El resultado de la socialización médica es que pasamos del secreto individual al **secreto compartido**, mejor aún: al **secreto transmitido**. De colega a colega, de médico a enfermera, de enfermera a auxiliar, de auxiliar al laboratorista y al radiólogo, de ellos al dictáfono, de ahí a la mecanógrafa y de un turno al siguiente. ¿Podrá decirse

que existe el secreto médico donde hay tal proliferación de protagonistas para un solo paciente?

Podría agregarse que el secreto es correlativo: del enfermo hacia el médico y del médico hacia el enfermo. Dije más arriba que el enfermo, según interpretación de algunas escuelas Médico-Jurídicas, no puede relevar al médico de la guarda de un secreto, porque a veces ignora el alcance de lo que le confió en ese contrato tácito que constituye el acto de acudir a él buscando alivio de sus dolencias. ¿Cuántas veces calla el médico a su enfermo hallazgos que si bien pueden o no tener importancia, agravarían la enfermedad por la magnificación de lo que podría tolerarse perfectamente si se lo deja en la ignorancia? ¿Y qué decir entonces de la nueva modalidad adoptada en ciertas instituciones, o por personas irresponsables, de entregar al enfermo todo su historial sin cerrarlo siquiera cuando de interconsulta se trata? ¿Hemos pensado en cuántos traumatismos psicológicos estaremos desatando, cuántos dramas familiares provocando, cuando se expone a la natural curiosidad del enfermo, de sus familiares, etc., el contenido de una historia que sólo debiera conocer el personal comprometido por la reserva profesional?

Pero no es sólo la medicina estatal la que está aboliendo el secreto profesional. Lo están violando por igual clínicas y hospitales que a la vista del visitante, con el cuadro de temperatura, han inscrito el diagnóstico. Lo pisotean las oficinas de estadística de los establecimientos privados que exigen incluirlo anexo a la cuenta de honorarios. Pero... ¿es que podemos hablar de secreto médico, de ley de labios sellados, cuando estamos enterándonos minuto a minuto de la enfermedad del actor que está sucumbiendo al SIDA, de la actriz que se consume de leucemia, del presidente a quien operarán hoy de cáncer del colon?

He tratado de mostrar cuál ha sido la trayectoria y la trascendencia del secreto desde sus comienzos, como la primera noción de ética médica hasta su incorporación al derecho y sus implicaciones médico legales. A nosotros toca medir las consecuencias de su abrogación, si seguimos contemporizando. Desaparecida la reserva profesional la dignidad médica sufre otro golpe de consecuencias funestas. Para el cuerpo médico y para la sociedad toda. ¡Reflexionemos!

EL MEDICO ANTE LA TECNICA

Acabamos de analizar la trayectoria del secreto médico desde su origen hasta la crisis que amenaza borrarlo del primer renglón de la Deontología Médica. Vamos ahora a adentrarnos en otro problema que afronta la profesión y es el que le plantea la técnica.

Recordemos brevemente que la química que desde 1840 servía a la investigación médica, sólo se incorporó al dominio clínico treinta años después: detección de azúcar, albúmina y fenol en la orina, y de ácido clorhídrico en el jugo gástrico, dosificación de hemoglobina en sangre, en fin análisis todos que entraron a formar parte del examen entre la década del 70 al 80 del siglo pasado. Y con posterioridad al 80, y a raíz de los descubrimientos de Pasteur y de Koch, es la Bacteriología la que irrumpe triunfalmente en los dominios de la clínica.

Dura poco el triunfalismo de quienes creyeron que descubierto el agente patógeno estaba aclarada la naturaleza de la enfermedad. Se incurrió, como dice Lichtenhaeler, en el mismo error del anatomopatologismo cincuenta años antes, al identificar la enfermedad con sus lesiones orgánicas. Pues la bacteria sola no era el proceso patológico, eran sus **toxinas**, proclamaron entre otros Roux y Yersin. Y Virchow iba más lejos aún: Los orígenes de la enfermedad debían buscarse en las reacciones del organismo a los gérmenes introducidos en él. Y como cada vez que se encontraba una solución surgía un nuevo interrogante, venían otras teorías bien fundamentadas. Clínicos y patólogos estuvieron de acuerdo entonces en que **la constitución y la disposición** tenían igual importancia que la invasión del organismo por los microbios patógenos. Se desprendieron de ahí nuevas formas de afecciones: las **neurosis** que los psicoanalistas clasificaron como de origen social.

Así pues de unas teorías se desprendían otras ramificaciones: Del reconocimiento de la enfermedad infecciosa como reacción contra el organismo patógeno, se reexaminó el de antiguo conocido proceso de la inflamación. Más tarde emergen los **factores humorales** que tan importante papel sabemos que desempeñan. Y se descubre que a las toxinas engendradas por los microbios del organismo infectado, éste responde con la formación de **antitoxinas**. En las primeras décadas de nuestro siglo aparecen sucesivamente los conceptos de antígeno, anticuerpo, anafilaxia, alergia, inmunidad, ahora ya salida del campo del empirismo en que durmió por siglos.

Finalmente ha aparecido la biogenética con todas sus implicaciones, sus aciertos innegables, sus contradictorios y en ocasiones monstruosos ensayos, y el desdén de algunos por las reglas morales, desvirtuando así injustamente la excelente labor de muchos.

Todos estos adelantos, todo este desarrollo cuyo apasionante recorrido no deja de producir cierta sensación de vértigo, parece tener como preocupación común la del servicio a la humanidad. La imagen de los precursores, muchos de ellos signados por el heroísmo, prima por sobre toda consideración. Es la que de estudiantes se nos grabó para siempre cuando no

encontrábamos línea de fractura entre la enseñanza clínica de los hospitales, y el complemento admirable aunque exiguo, por la pobreza de los laboratorios.

El choque con la realidad ha ocurrido en los últimos años, casi podríamos decir que es posterior a la Segunda Guerra Mundial. En el campo de la tecnología hay hechos de los que vale la pena dejar constancia, así sea como dato histórico. Hasta el 45 podría decirse que la enseñanza clínica, al menos entre nosotros, fue la suma de conocimientos adquiridos y transmitidos con mejor voluntad que con medios adecuados por la indigencia universitaria. Es posible que esa escasez de instrumental sea lo que aguzó el sentido clínico, adquirido a través de un orden riguroso tal como el que siguieron nuestros maestros: La **anamnesis**, primero que todo, y paso fundamental antes de pasar al puente que nos incorporaba a la proximidad del enfermo: Era el Examen Físico, con sus cuatro etapas: **Inspección, Palpación, Percusión y Auscultación**. Que nos daban la medida del profesor. Eran estos los elementos fundamentales para una aproximación diagnóstica. El laboratorio, que era una ayuda, ni había alcanzado los refinamientos de hoy, ni se podía abusar de él: Nos enseñaron a pedir lo necesario para confirmar la sospecha clínica, no para que hiciera el diagnóstico.

Obvio que la anamnesis hospitalaria tiene sus limitaciones. Se identifica con la que ha impuesto la medicina estatal o socializada, donde la presencia del profesor, jefe de clínica, interno y alumnos, inhibe al desgraciado que ha tenido que acudir a los servicios de caridad a exponer la totalidad de sus quejas. ¡Sería interesante estudiar la diferencia entre la anamnesis privada y la pública! Pero de todas maneras, así tuviera limitaciones que el estudiante estudioso obviaría luego en diálogo íntimo con el doliente, aprendimos lo que un interrogatorio bien llevado contribuye a hacer un diagnóstico correcto. No estoy haciendo profesión de ancianidad, defendiendo lo que fue contra lo que es. Me limito a señalar con toda objetividad lo que según mi entender se ha ido borrando del examen médico, al compás de las nuevas técnicas: ¿No es verdad que se concede ahora menos tiempo a un interrogatorio médico que a la elaboración de órdenes de exámenes de laboratorio?

Hablémonos con las manos sobre el corazón: ¿Conserva la percusión el mismo valor que le dió la vieja escuela médica delante de la ecografía? ¿No es verdad que su alcance está limitado y que los nuevos procedimientos han demostrado cuántas veces son falibles los que antes practicábamos? ¿La misma auscultación, a pesar de que oídos jóvenes le encuentran cada día ingeniosas variaciones, no ha sido desplazada por el ultrasonido?

Y así en todos los campos, lo que la tomografía, lo que la resonancia magnética nuclear, la angiografía por sustracción digital, en fin tantas técnicas que si aún no nos han llegado no tardaremos en tener, ¿no han conseguido evidenciar en el vivo aquello a que sólo se llegó en la necropsia, y aún allí sólo con la ayuda del microscopio de luz o el electrónico? Y para qué mencionar los milagros quirúrgicos en la corrección de anomalías congénitas que nunca imaginamos cuando con el diagnóstico de presunción esperábamos impotentes el desenlace final a corto plazo.

Pero analicemos: A mayor avance técnico, más restringidas las posibilidades del usuario. Es la medicina para minorías.

Pero una consecuencia más dolorosa quizá es que a pesar de ese inmenso horizonte abierto a las posibilidades diagnósticas, su consecuencia inevitable es la deshumanización médica, y por la otra lo que para la disciplina mental del estudiante significará saber que hay máquinas que en fracciones de segundo le darán la clave de lo que él tal vez consiga en días de arduo investigar.

Pero hay otra consecuencia, y ésta la sufrirá el enfermo cuando advierta que la máquina carece de calor humano, que de ella está ausente esa indefinible expresión del médico que por serlo se identifica con el dolor del paciente, con la angustia de sus familiares, con el goce de la salud recuperada gracias al esfuerzo del galeno. Es entonces cuando adquiere su mayor significado la sucesión de ciertos pasos del examen físico, como la inspección que ante el enfermo consciente es de doble vía: de él hacia su médico a quien ya el interrogatorio debió haber acercado, y del médico hacia el paciente.

Y la **palpación**, que si dá la localización del thrill, la de la masa tumoral, la de mayor sensibilidad al dolor, la crepitación ósea, etc; es también lo que hace sentir, cuando se practica con sentido profesional, hace sentir, repito, toda esa carga afectiva que al auténtico práctico le inspira un ser doblegado por el sufrimiento. Es ese intangible del acto médico el que nunca podrá reemplazar la técnica. Es ese el procedimiento curativo que nace de la nobleza de los sentimientos, lo que jamás podrá sustituir una industria acosada más por la competencia que por la colaboración. Habrá conseguido eliminar ciertos procedimientos del examen, pero no podrá sepultar al **MEDICO**.

No rechazamos de plano, ¡jamás!, los logros alcanzados por la técnica. Lo inaceptable, eso sí, es que haya derecho a saltarse todas las aduanas deontológicas y a sostener que todo lo posible es permisible. "Dios mío, decía Maimónides en el siglo XII, aleja de mí la idea de que

todo lo puedo". Trepados ya, como creemos estarlo, en el árbol de la ciencia, hemos comido el fruto prohibido...

A mi maestro Ignacio Chavez, que no era católico, le oímos repetir lo de Rostand: "La medicina nos ha hecho dioses antes de haber merecido ser hombres".

Enseñanza de la ética médica

Fortunato Aljure N. M. D.*

RESUMEN

Ante el cuestionamiento a que está siendo sometida la ética en la práctica médica actual, se presenta un detallado análisis de los principios que han inspirado el ethos de la medicina como una misión de servicio al ser humano, principios fundamentados en el sumo respeto a la dignidad de éste. Se plantean, frente a la ética del respeto, los sutiles argumentos de la ética del cálculo que deshumaniza el ejercicio de la medicina y sitúa el valor del hombre en elementos no esenciales. Por último, se propone una estrategia de la enseñanza de la deontología en la Facultad de Medicina.

Palabras claves: *Ética médica.
Enseñanza de la ética médica
Deontología médica.*

Desde los más diversos sectores sociales, científico, político, cultural y del común de las gentes, se viene haciendo un cuestionamiento a los valores éticos presentes en el ejercicio actual de la medicina.

Dichos cuestionamientos son una elocuente expresión de la ambivalencia que surge ante el rápido avance de los conocimientos científicos, de una parte, y de otra, por los interrogantes, dudas, incertidumbres y zozobras que se plantean cuando se pretende aplicarlos indiscriminadamente a la vida humana.

Y es que en algunos sectores la Ciencia, revestida de una nueva y extraña suficiencia, es presentada como fuerza capaz de modificar, de invertir o de anular buena parte de los valores universalmente aceptados, sobre los cuales se han apoyado las relaciones de confianza y de respeto entre los hombres. Valores que han dotado históricamente a las sociedades de la capacidad de reaccionar, siempre que se dieron transgresiones a esos límites de seguridad. Valores permanentes y universales a la luz de los cuales han podido ser juzgados -- y por tanto aprobadas o condenadas -- las acciones humanas: sus aciertos y sus fallos.

El contraste con el pensamiento científico es evidente.

* Presidente de la Academia de Medicina del Valle del Cauca

SUMMARY

In view of the fact that the role of ethics in the practice of today's medicine is being questioned, a detailed analysis is made of those principles that have inspired the ethos of medicine as a mission of service to human being, principles which are based in the greatest respect that must exist for the dignity of the human being. With this background and facing the ethics of respect, considerations are made of the subtly arguments of the ethics of calculation which dehumanize the practice of medicine and place the value of man among the non-essential elements. Lastly, strategies are proposed for the teaching of deontology in the Schools of Medicine.

Key Words: *Medical ethics
Teaching of medical ethics
Medical deontology*

En su ámbito encontramos, cada vez con más frecuencia, que las explicaciones que ayer dabamos a los fenómenos hoy ya no son válidas, que construcciones enteras de pensamiento caen una tras otra al derrumbarse sus cimientos con la aparición de nuevas explicaciones a los mismos fenómenos; que allí el principio de indeterminación se yergue como el patrón común donde el conocimiento altera la realidad y la realidad se hace esquiva al conocimiento. Cuando esos parámetros se aplican a las leyes del obrar humano y se extrapolan a una realidad de orden diverso se pierden, en el caos de la indeterminación, la libertad y la responsabilidad individuales, es decir, los presupuestos básicos del respeto entre los hombres, los fundamentos mismos de su dignidad. Y de la ceguera humanística de esos científicos se siguen conclusiones, que, lícitamente aplicables a la ciencia, son completamente extrañas a las leyes del obrar humano.

Qué duda cabe que no sólo es la Ciencia desenfrenada la que atenta contra la persona humana. Pero sí encontramos en ella una raíz nutricia poderosa para otros desaciertos, en la medida en que se le va impulsando a constituirse en explicación totalizante del actuar humano; por ejemplo: Es lógico que los conocimientos y la tecnología jueguen un papel importante en la vida económica de los países y que se les apliquen las reglas de juego vigentes por convención o por consenso para el manejo de los recursos. Pero cuando la vida humana se considera

tan sólo uno más de los fenómenos que la ciencia estudia y un objeto de aplicación de la tecnología, por reducción serían aplicables también a ella las reglas o "leyes" económicas aceptadas, haciéndola así objeto de una nueva degradación.

Todo para olvidar que la ciencia podrá decirnos muchas veces el **cómo** suceden las cosas; pero nunca sabrá decirnos **para qué**.

Ese **para qué**: el sentido, la finalidad de una acción, desborda el campo científico, lo supera hasta el punto de que la ciencia, ante los fines, no puede más que callar.

Es Bertrand Russell quien nos aporta un párrafo que bien cabe aquí como aclaración. Dice Lord Russell: "La Ciencia por sí sola no está en condiciones de aportarnos una ética. Puede mostrarnos la forma de alcanzar un objetivo determinado, o revelarnos la capacidad de lograrlo. Pero entre los objetivos factibles nuestra elección deberá basarse en consideraciones al margen de las puramente científicas. Si un hombre dijera: "Odio al género humano y creo que sería bueno exterminarlo", cabría responderle: "Pues bien, mi querido señor, empecemos el proceso por usted". Sin embargo esto apenas puede considerarse argumento, y no hay ciencia, por amplia que sea, capaz de demostrar que ese hombre está equivocado" (1).

Y el profesor de la Sorbona, Jerome Lejuene, director de investigaciones del **Centro Nacional de Investigación Científica** se atreve aún más al sentenciar: "Es ahí donde se llega a la esquizofrenia prodigiosa de nuestra época. A expensas de los tesoros de la inteligencia y de la tecnología, se fabrican niños cuando la naturaleza no los concede. Y por otra parte se gasta mucho dinero y mucha pena, a la larga, en matar niños que están en perfecto estado y que sus padres no quieren. Tengo la impresión de que quizá, dentro de una o dos generaciones, nuestros descendientes juzgarán las sociedades actuales como sociedades dementes, que proponía matar a los niños mediante un seguro médico estatal y simultáneamente, fabricaban contra viento y marea otros niños también sufragados por el seguro médico" (2).

Al principio anotaba un hecho de experiencia: los cuestionamientos a que está siendo sometida la ética en la práctica médica actual; y hasta aquí he intentado ilustrar que las razones que explican ese malestar, son lícitas y válidas.

Afirmo ahora, que no se trata de que la ética haya cambiado, o deba cambiar en el futuro, sino que existe una gran confusión en los papeles que la Ética y la Ciencia desempeñan en la vida del hombre. Que se ha intentado erróneamente -- y no sin dolorosos resultados -- aplicar

unas leyes propias y útiles en el campo científico, a otro campo, de orden diferente, que lo supera y trasciende: el ético donde esas leyes sencillamente no operan.

Pongámonos en la situación que se origina en el instante en que una persona acongojada por la enfermedad, acude a otra para solicitarle ayuda y alivio. Allí tiene lugar una relación humana de **confianza**, en un sentido; y de **servicio**, en el otro; fundamentadas ambas en un sustrato común de **respeto**. Respeto hacia aquel que puede ayudar, el cual, a su vez, puede ayudar precisamente porque respeta al que acude en su búsqueda.

Esta noción de respeto es el fundamento último sobre el que está construida toda la Deontología médica.

En los más antiguos documentos sumerios llegados a nosotros, se sancionaba al médico por el ejercicio indebido de su profesión castigándolo con la amputación de las dos manos. Y desde los albores de la medicina egipcia se aplicaron medidas más estrictas que llegaban a la condena a muerte del médico, cuando se le comprobaba irresponsabilidad en el caso de la muerte de su paciente. En la medicina griega aparecen las figuras sobresalientes de Alcmeón y de Hipócrates a quienes se les atribuye una formulación ética que ha servido de paradigma hasta nuestros días.

En los grandes documentos deontológicos contemporáneos encontramos, en prácticamente todos los Códigos y Declaraciones, considerado el respeto (a la vida humana, a la integridad personal del individuo, al maestro y al colega, a las convicciones filosóficas, morales y religiosas del paciente) como una de las obligaciones fundamentales del médico.

Obligación que ha sido reforzada -si cabe- en situaciones críticas como las de algunos episodios siniestros y desoladores que se escribieron en las páginas de la Historia de la Medicina durante la Segunda Guerra Mundial, ante los que la Asociación Médica Mundial promulgó -como versión moderna y de validez universal del Juramento Hipocrático- la Declaración de Ginebra, de 1948. Recordemos tan sólo una de sus cláusulas: "Mantendré el máximo respeto a la vida humana desde el momento de la concepción". ¿No es esto el mismo precepto hipocrático: "A nadie le daré drogas mortales, aunque me las pida, ni a nadie sugeriré su uso. Tampoco daré a una mujer un tratamiento abortivo, pues ejerceré mi arte a lo largo de toda mi vida con pulcritud y santidad"?

Ese mismo espíritu se plasma en el juramento que la ley 23 de 1981 ordena hacer a los médicos colombianos, y que veo pertinente recordar:

"Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

Otorgar a mis maestros el respeto, gratitud y consideración que se merecen;

Enseñar mis conocimientos médicos con estricta sujeción a la verdad científica y a los más puros dictados de la ética;

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia;

Velar solícitamente y ante todo, por la salud de mi paciente;

Mantener incólumes, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

Considerar como hermanos a mis colegas;

Hacer caso omiso de las diferencias de credos políticos y religiosos, de nacionalidad, de razas, rangos sociales, evitando que estos se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente;

Velar con sumo interés y respeto por la vida humana desde el momento de la concepción y, aún bajo amenaza, no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas;

Solemne y espontáneamente, bajo mi palabra de honor, prometo cumplir lo antes dicho".

Quisiera ahora señalar brevemente alguna precisión sobre el real contenido de lo que debe ser ese respeto, porque algunos piensan que el respeto en la ética médica es tan sólo un pariente cercano de la corrección educada y que consiste en cumplir con ciertas reglas de etiqueta profesional y en observar los convencionalismos de la urbanidad. En efecto, la relación médico-enfermo ha de estar presidida por una corrección intachable: el médico debe a su paciente un trato delicado y atento. Debe respetar su privacidad y su pudor, procurará causarle el menor número posible de molestias, responderá sus preguntas y le dará a conocer sin tardanza su diagnóstico y su tratamiento, para reducir al mínimo la ansiedad de la espera. El médico no puede utilizar su evidente situación de superioridad sobre el enfermo como una plataforma de dominio: ha de convertirla en una fuente de oportunidad de servicio.

Pero el respeto, en cuanto actitud ética fundamental en medicina, es mucho más que la buena educación.

Viene a ser la pieza central, algo así como el sistema nervioso, del organismo ético. La abundancia y calidad de nuestra vida moral, lo sabemos bien, dependen de nuestra capacidad de captar los valores morales y de responder a ellos. Y eso sólo lo conseguimos cuando nuestra sensibilidad ética esta afinada por el respeto. La insensibilidad ante estos valores impide la vida moral del hombre, lo mismo que la privación sensorial empobrece el desarrollo de la inteligencia. Pero el respeto no es simplemente un órgano sensorial: es también un aparato de alta precisión que integra los estímulos morales en una imagen real, libre de aberraciones, fiel, por tanto, a lo que

las personas y las cosas son en sí mismas, dotadas de un valor propio independiente de cualquier observador.

El respeto, que es un poderoso inhibidor de la manipulación y del dominio caprichoso, nos vacuna contra el subjetivismo ético. Finalmente el hombre guiado por el respeto, sabe responder, en conformidad con la información procesada por su juicio ético, con una acción que tiene en cuenta los valores objetivos y que es proporcionada a ellos. Sólo el respeto, nuestra respuesta ante los valores éticos encerrados en las cosas y, sobre todo, en las personas, puede tomar la forma de la subordinación inteligente y razonable, que no es servil, sino señorial.

¿Cómo se manifiesta el respeto a la vida en la conducta del médico que promete por su honor respetar de modo máximo la vida desde el momento de la concepción? Nos interesa mucho la respuesta a esta pregunta, pues esa es justamente la conducta que imponen la mayoría de los Códigos de Deontología vigentes.

El médico está obligado a ser experto en percibir la vida humana en todas sus variadísimas apariencias: ha de verla tanto en el hombre sano, como en el enfermo, en el anciano lo mismo que en el niño, en el embrión joven no menos que en el adulto, en la cima de su plenitud. Lo que a muchos de ellos les puede faltar de tamaño, de riqueza intelectual, de hermosura, de vigor físico, todo lo que les falte, lo suple el médico con su respeto y también con sus conocimientos y su arte. Porque como dice el libro de los Preceptos del Corpus Hipocrático: "Donde hay amor al arte hay amor al hombre".

Cuanto más débil e indefenso sea el paciente, tanto más atenta y puntual, y también tanto más competente y científica ha de ser la intervención del médico.

El respeto lleva al médico a responder siempre al valor máximo encerrado en cada vida humana. El es específicamente el protector de los valores personales del hombre debilitado o incapacitado por la enfermedad y guardián de su integridad biológica: esa es su primera obligación.

Por ello, y en virtud de su compromiso con el enfermo, el médico es un hombre comprometido con la ciencia y el progreso social, y no puede permitir, como reza la Declaración de Helsinki, que los intereses de la Ciencia y de la sociedad tomen precedencia, sobre los intereses de su paciente.

Animado por el respeto, el médico se entrega a sus funciones de curar, prevenir y rehabilitar y cuando no pueda curar, a la actuación importantísima y que exige un alto nivel de competencia profesional, del alivio paliativo y del consuelo.

Podría parecer que la conducta descrita es demasiado irreal, utópica. Conviene sin embargo aclarar a este respecto que son muchos los médicos que se toman muy en serio los ideales que se encierran en el respeto del hombre. Aun cuando la conducta real de los médicos quede con frecuencia por debajo del exigente nivel moral al que han de adaptar su actividad profesional, nunca pueden olvidar que la ética que han abrazado les impone ciertos valores absolutos. La del Juramento es una ética categórica. Cuando prescribe un respeto máximo a la vida humana incluye a todos sin excepción desde el momento en que son concebidos. En esta escala de valores, cada vida humana, todas las vidas humanas son igualmente dignas, dotadas de la misma suprema dignidad. Por ello no caben aquí problemas de cálculo. Como lo expresaba magníficamente un maestro de Ética médica rabínica, lo infinito no puede ser multiplicado: un solo ser humano no vale más ni menos que un millón de seres humanos. Nunca se puede justificar el sacrificio o el daño de una vida humana en el altar del progreso científico, aun cuando con ello pudieramos salvar miles de vidas en el futuro.

Pienso que es significativo citar ahora una reciente Declaración del Pluralista Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud convocado en Francia por el presidente Mitterand, acerca de los experimentos sobre los enfermos en estado vegetativo crónico. Al justificar la enérgica condena de la práctica de los ensayos clínicos sobre tales pacientes, considerados por algunos como "intermediario entre el animal y el hombre", dice textualmente la Declaración: "(estos pacientes) son seres humanos, que tienen tanto mayor derecho al respeto debido a la persona humana, cuanto más frágil es el estado en que se encuentra. No podrán ser tratados como un medio de progreso científico, cualquiera que sea el interés o la importancia de toda experiencia que no tenga por objeto el mejoramiento de su estado".

Leyendo lo que se publica en muchas revistas de Medicina y, en particular, en las de Ética Médica, se puede tener la falsa impresión de que el respeto absoluto a la vida humana, tiene hoy muy pocos partidarios. Pero, dicho sea de paso, lo que más bien ocurre es que éstos parecen poco amigos de escribir. Y es una lástima, porque ante los grandes problemas del hombre no cabe otra cosa que reiterar obstinadamente, también con gracia, una y otra vez las verdades fundamentales. Y una de estas verdades que forma parte de lo más genuino del **éthos** profesional de la Medicina, es la aceptación de la debilidad y de la minusvalía como algo consubstancial a la vida humana.

Llegados a este punto, voy a permitirme una nueva profundización, porque considero que nada ganaríamos con pasar al estudio de una metodología de la enseñanza, sin haber intentado agotar recursos para fundamentar los contenidos que deben transmitirse y poner en movimiento

las motivaciones reales de la práctica profesional.

Hemos venido hablando del respeto como del sustrato que soporta la complejidad de las circunstancias que rodean la relación del médico con su paciente. Pero no hemos establecido todavía si ese respeto es tan sólo una actitud de conveniencia o es algo imposible de ser alterado sin destruir los cimientos mismos de la relación ética médico-paciente. Para ello debemos buscar un punto de apoyo permanente y universal.

Con relación a la conducta humana, nuestra **razón** la -de todos los hombres de todas las épocas- no juzga como indiferentes todos los actos que el hombre puede físicamente realizar, sino que con independencia de las leyes dadas por los hombres, o por la sociedad, emite juicios de obligación: debe hacerse esto, debe evitarse aquéllo.

Y en conexión con estos juicios, que podemos llamar ley del obrar, emite también juiciosos estimativos o de valorización: está bien tal acto, está mal haber hecho tal cosa. El bien debe de hacerse, el mal debe evitarse. En el ámbito de la conducta humana nuestra razón capta cosas que deben hacerse -- y eso lo llamamos bien y cosas que deben evitarse a lo cual llamamos mal -- ,de modo que a lo hecho porque debe hacerse lo valoramos como bueno y a lo hecho debiendo evitarse lo valoramos como malo.

Se trata pues, de una ley distinta de las elecciones o preferencias o intereses del sujeto. De juicios de carácter vinculante que todo hombre observa en sí con independencia de lo establecido por la sociedad. De una ley objetiva, que también llamamos natural, porque no procede de factores culturales sino de la estructura psicológica-moral del ser humano. Es una **operación natural** de nuestra inteligencia. Si no existiera esa estructura mental concretada con la ley del obrar no cabría la posibilidad de disociación entre lo que comprendemos que debe hacerse y no queremos hacer, o que debe evitarse y queremos hacer.

La cultura -es decir una influencia social determinada- puede introducir variaciones a este "deber"; pero la conciencia del deber obedece primariamente a una estructura natural del hombre y concretamente a su razón práctica.

Finalmente, si esta ley del obrar obedece a una estructura natural independiente de una influencia cultural, nos es lícito hablar de una **Ley Natural**, en la que existe una referencia a la dinamicidad natural de la persona humana; que busca ante todo la ordenación de los fines, también naturales y estos fines constituyen el sentido y la plenitud de la vida humana y social. ¿Por qué? Porque no son otra cosa que el desarrollo del ser humano en aquello que la

naturaleza contiene como plenitud posible. Por tanto, con relación a los fines del hombre, la ley natural viene a ser como **el conjunto de preceptos de la razón natural que regulan el obrar humano en orden a los fines del hombre.**

No es un conjunto de prescripciones de la razón sin ninguna referencia a la naturaleza humana, sino que manifiesta en forma de deber la obtención de los fines naturales del hombre, los cuales pueden resumirse en la realización del individuo y su desarrollo dentro de la sociedad.

Es por eso que un quebrantamiento de la ley natural conlleva una lesión a la persona humana y a la sociedad: No seguir la ley natural es introducir automáticamente un real factor de perturbación social. El fraude y el engaño provocan la desintegración social, el divorcio debilita la familia, el permisivismo engendra una espiral de violencia, la injusticia es fuente de pobreza y marginación, etc. Son efectos reales bien conocidos por la experiencia.

Según lo dicho podemos describir la ley natural como el conjunto de leyes racionales que expresan el orden de las tendencias o inclinaciones naturales a los fines propios del ser humano; aquel orden que es propio del hombre como persona.

Esas inclinaciones naturales cuyas reglas racionales forman la ley natural, podemos resumirlas sin pretender jerarquizarlas, así:

1. La inclinación natural o tendencia a la conservación del ser -- vida e integridad física y moral -- , que también se le conoce como instinto de conservación;
2. La inclinación a la unión conyugal de varón y mujer formando ambos la comunidad primaria de la especie humana -- la familia-- .
3. La inclinación a la relación con Dios como manifestación del hecho de ser criatura.
4. La tendencia al trabajo.
5. La inclinación a la sociedad política y a las varias formas de asociación proveniente del carácter social del hombre.
6. La tendencia a la comunicación, expresión también de su sociabilidad.
7. La inclinación al conocimiento y a las diversas formas de cultura y arte.

Preguntemonos ahora, ¿tiene esa ley natural carácter de obligatoriedad? Y si lo tiene, ¿dónde reside ese mismo carácter? La respuesta es fácil. La encontramos en el análisis de si al hombre obliga cumplir o no cumplir con sus fines naturales, en cuanto representan su realización o plenitud.

Precisemos:

El ser del hombre es exigente porque reclama su realización perfecta, su finalidad. Su perfección reside en el fin que le marca su misma naturaleza; y es esta institución finalista la que hace al ser del hombre exigente, ya que si a nada tendiera por naturaleza, nada exigiera su ser por naturaleza. Concebir al hombre como completo en sí, sin ordenación finalista, equivale a destruir la **dignidad misma del hombre** que hace relación a ser mejor, a conseguir su finalidad. Por eso decimos que la dignidad de la persona humana tiene relación esencial con los fines a los que está llamada; sin los fines no podrá haber dignidad: el desorden moral y social -- la actuación fuera de los fines naturales -- no están amparados por la dignidad humana y no pueden engendrar ningún derecho. De ahí que el cumplimiento de la ley natural conduzca al hombre a su realización y su incumplimiento lo degrade. Por eso la ley natural es la expresión más auténtica de la dignidad humana, expresa el orden a los fines propios del hombre en busca de su perfección como hombre, es ley para el hombre respecto a sí mismo y ley para los demás en relación con él.

Los derechos que se derivan de la dignidad humana nos aparecen como función de la ley natural -- existen en función de ella -- o lo que es lo mismo, dichos derechos existen en función de los fines del hombre.

UNIVERSALIDAD DE LA LEY NATURAL

Hemos dicho que la ley natural obedece a una estructura natural del ser humano: en primer lugar obedece a los fines naturales del hombre. Por otra parte, sus enunciados responden a una estructura psicológica natural. Es tanto por la primera razón como por la segunda, por la que decimos que la ley natural es inherente a todos los hombres y obliga a todos; es una ley universal en el espacio y en el tiempo. Si dijéramos que no obliga a todo el mundo tendríamos que afirmar que las tendencias naturales varían en el hombre, es decir, que varían su condición de persona y sus fines naturales, lo cual no nos parece lógico ya que la naturaleza del hombre es siempre la misma-- aquella que lo constituye como hombre -- y debe ser invariable y universal.

“El hombre, por ejemplo no tiene derecho a la salud por ser alto o bajo, moreno o rubio, blanco o negro; se tiene derecho a la salud porque se es hombre. Si las particularidades singulares originasen los derechos o las normas del derecho natural, cualquier ser que las tuviese sería titular de dichos derechos y sujeto a las normas, lo mismo que un mineral, que un vegetal o un animal. No siendo así, obviamente no es menos claro que, aun en el supuesto de que una particular singularidad del hombre engendre derechos o deberes naturales, siempre habrá un fundamento anterior: ser hombre. El fundamento del derecho no es una particularidad sino un universal. No se

trata, por tanto, de algo general o de una simple constante; lo general y lo constante admiten excepciones, pues calificamos de tales a cosas que de hecho se dan o casi siempre o siempre, pero que de suyo pueden no darse. En cambio la esencia del hombre es un universal pues es imposible que exista un hombre allí donde no se dá aquello por lo que el hombre es hombre y no otro ser: la esencia "hombre" (3).

DERECHO NATURAL Y DERECHO POSITIVO

No cabe en la vida social que haya dos ordenes jurídicos, el natural y el positivo, en relación a una misma parte de la realidad. Pueden ser **complementarios**, en cuyo caso forman una unidad de complementariedad; o **coincidentes**, entonces de lo que se trata es de una asunción del derecho natural en el derecho positivo; o **discordantes**, en cuyo caso el factor positivo no es orden jurídico, sino, desorden jurídico. Por eso tanto el derecho natural como el derecho positivo forman una unidad, ya que son factores jurídicos que tienen su origen en la naturaleza.

EL DERECHO NATURAL Y LA INTERPRETACION DEL DERECHO

El punto culminante de la ciencia jurídica -- en nuestro caso particular, de los códigos de ética profesional -- es la interpretación del derecho. Es la operación dirigida a buscar la solución jurídica del caso concreto: cual sea el derecho, que sea lo justo.

El médico al dar solución a cualquier caso ha de combinar aquella parte del derecho natural y aquella parte del derecho positivo que integren el derecho propio del caso. Nos pueden servir de guía las siguientes pautas:

1. Un código deontológico debe interpretarse según el derecho natural.

2. El derecho natural que esté recogido en normas de derecho positivo (código) permanece siendo derecho natural y debe interpretarse conforme a su índole propia.

3. La ley positiva injusta, sólo tiene una interpretación, aquella dada por la antigua regla romana: **lex Injusta, lex nulla**, -- ley injusta no es ley. -- La ley positiva, por tanto, no puede prevalecer sobre los derechos naturales.

Esta es la clave para la valorización de los códigos deontológicos existentes o futuros, y en este sentido debemos entender aquel principio recogido en la Declaración emanda de la Asociación Médica Americana en 1981 (4), cuando en el punto III concreta: "El médico debe respetar la ley, pero será responsabilidad suya promover los cambios en las disposiciones legales que sean contrarias al beneficio del paciente en cuanto tal".

Frente a la Etica del respeto viene apareciendo, todavía con timidez en los códigos deontológicos de algunos países, pero de un modo abiertamente agresivo en algunos sectores de la práctica de la medicina, lo que podríamos llamar una Etica del cálculo: algunos piensan que la vida humana ha dejado de ser un valor superior, para convertirse en un bien relativo cuyo precio puede tasarse. Hay tablas que permiten calcular cuanto dolor, cuanta deficiencia, o simplemente, cuanta molestia pueden soportarse como condición para seguir viviendo o para tolerar que otro viva.

Se trata de un enfoque -- o mejor, de un desenfoque -- que corrompe el núcleo mismo de la vocación médica: el servicio a la vida, que mediante sucesivos planteamientos reduccionistas, va degradando el panorama de la deontología. Y vemos como son muchos los médicos que han abandonado sus convicciones morales y han rebajado su código de conducta a la simple eficiencia técnica cerrada a los valores de la persona humana.

Son varias las causas que han contribuido a que la ética del cálculo esté alcanzando un desarrollo tan notable. Quizás la más importante sea la necesidad de neutralizar éticamente la destrucción masiva de seres humanos que conlleva a la aceptación masiva de la práctica del aborto libertario, de la contracepción abortiva, de la eliminación de vidas minusválidas mediante la eutanasia de neonatos, ancianos y deficientes, la pérdida de incontables seres humanos en estado embrionario, durante las maniobras de fertilización in vitro y de los proyectos de experimentación con ella conectados. El deseo de muchos de seguir manteniendo una conciencia subjetiva irreprochable y un crédito intacto de honorabilidad social ha planteado la necesidad táctica de desculpabilizar, y no sólo de despenalizar jurídicamente tales acciones.

Una infiltración tan rápida y extensa de ideas contrarias a los ideales éticos de la medicina, no habría sido posible sin la ayuda de la adulteración del lenguaje, que permite la manipulación de las conciencias.

En Etica Médica es de efectos particularmente destructores el uso de eufemismos para engañar a gentes bien pensantes, que no sucumbirán a los esloganes comunes. Expresiones de apariencia técnica, falaces y fáciles de engullir, que anestesian la sensibilidad ética o que ocultan a la conciencia el horror de la destrucción de tantas vidas humanas. Expresiones como "extracción menstrual" y "microaspiración" para designar el aborto, cumplen ese cometido. Algún día, los filólogos relatarán la historia de tan tremendo fraude cultural, al que buena parte de la sociedad se ha prestado con una complicidad nada inocente.

¿Cómo si no se explica que, por ejemplo, en un país de Europa occidental se haya discutido y aprobado una ley de aborto, en la cual no se hace mención del feto? En el nuevo párrafo 218 del Código Penal de la República Federal de Alemania, el niño no nacido ha sido quitado de en medio. Así el legislador reduce todo el vasto problema del aborto a una cuestión de estado fisiológico de la mujer y el niño no nacido sencillamente no existe ante la ley. Tremenda contradicción que mientras reconoce el derecho del niño a la salud, haya o no nacido, le niega el derecho a la vida misma. Como nos comentaba un dignísimo colega alemán, al amparo de esta ley, el médico puede enfrentarse al niño no nacido y expulsarlo del cuerpo de su madre como su fuera una lombriz.

Otra de las formas que asume frecuentemente la Ética del cálculo para ganar respetabilidad y una apariencia de severidad moral es condenar, por medio de Declaraciones más o menos solemnes, ciertas prácticas como inadmisibles para gentes de buena conciencia.

El recientísimo documento de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre la utilización de embriones y fetos con fines diagnósticos, terapéuticos y científicos, industriales y comerciales busca tranquilizar la opinión pública. Los Parlamentarios han establecido una larga lista de prohibiciones. Muchas de ellas se refieren a supuestos irrealizables o lejanamente hipotéticos, que ninguna necesidad tienen de prohibición moral.

Pero eso crea la impresión general de que podemos estar tranquilos, porque estos severos guardianes del bien común nos protegerán de la irracionalidad manipuladora. Pero, de hecho, la Asamblea Parlamentaria no entra en los problemas de fondo: los que se refieren a la dignidad de la familia o al respeto a la vida de los embriones. Estos puntos son tácticamente diferidos en espera de una aceptación social, que se presupone validará por sí misma la prestancia ética de la reproductividad artificial.

En otros casos, se hace constar en los Preámbulos de tales Declaraciones la adhesión a los grandes principios éticos, lo cual no es óbice para burlarlos inmediatamente después. Un ejemplo de esto es la Declaración Provisional de la Asociación Médica Mundial sobre fertilización in vitro, aprobada en Bruselas y que, hace menos de un año, adquirió carácter definitivo en la Asamblea celebrada en California.

Esta inconsistencia forma parte de la gimnasia semántica con que la ética del cálculo va erosionando atraumáticamente la ética del respeto aún presente en amplios sectores de la medicina organizada.

Yendo más al fondo del problema, conviene advertir que el poliformismo que adoptan las éticas del cálculo hace

difícil su refutación. En un extremo nos encontramos con proposiciones iconoclastas que pugnan por eliminar de la Ética médica la noción de inviolabilidad de la vida: es el caso del antiespecismo de Singer. En el otro extremo, nos encontramos con un sector del movimiento en favor de la calidad de la vida, que nacido de un genuino proyecto de servicio, ha sufrido una degeneración ética al abandonar su función subordinada y erigirse en principio absoluto. ¿Qué ha sucedido para que un instrumento para hacer el bien -- como sucede en este último caso -- pueda utilizar se para condonar el mal?

En síntesis puede decirse lo siguiente: últimamente ha irrumpido con fuerza en los frentes más avanzados de la Medicina la noción de calidad de cuidados, esto es, la idea de que es posible cuantificar, sobre bases científicas, tanto el rendimiento funcional y económico de los tratamientos, como la satisfacción que el paciente obtiene de ellos. Hay en esta mentalidad algunos aspectos que contribuyen a un afinamiento de la sensibilidad ética del médico y que puede inspirarle un mayor acierto y eficacia en su servicio al enfermo. Pero al lado de esta dirección - que no es otra cosa que una forma moderna que asume el deber de beneficencia de la Deontología clásica - ha surgido otra, impulsada por criterios utilitaristas, que concede carácter absoluto a la idea de la calidad de la vida, con lo que se llega inevitablemente a la conclusión de que se dan vidas deficientes o carentes de calidad, indignas por lo tanto de ser vividas. Por medio de la eliminación selectiva de tales vidas minusválidas, se obtendría una elevación del nivel medio de calidad, que es alcanzado no gracias a la **vocación sanadora** del médico, sino a la acción de cribado propia de un **controlador social**.

Digámoslo una vez más: El fin es lo que da sentido al obrar del hombre, lo que ilumina su actuar, lo que humaniza la acción. Una ciencia práctica, un arte -- como se decía antes -- se caracteriza por su fin, su finalidad es el factor determinante. Y lo es en un doble sentido: porque determina el método y los medios (no es lo mismo estudiar el cuerpo humano para sanarlo, para reproducirlo artísticamente, o para vestirlo) y porque hace la actividad propiamente humana. Aquí está otra clave de la cuestión: No es la sola técnica (aunque también intervenga) lo que caracteriza la profesión o el arte, sino el fin, que es lo que determina el arte y a la profesión. Al propio tiempo es el fin lo que da validez al método y a las técnicas utilizadas.

¿En qué consiste la ciencia de la Medicina -- la ars medica? -- La respuesta fundamental nos la da su fin objetivo: Qué busca. A qué se dirige. No es el método, ni la técnica que utiliza, lo que propiamente hablando, hace al médico, sino la finalidad objetiva que busca con esa técnica y ese método. Muy engañado andaría quien pensara que una medicina es una droga que se ingiere; según eso, medicina sería la dosis de LSD que toma el

aficionado a los sueños psicodélicos. Cómo tampoco es medicina todo lo que se inyecta, de ser así, medicina sería la inyección de morfina que se aplica un drogadicto.

Es acto médico el del cirujano que amputa para sanar al paciente, pero nadie llamaría acto médico a la misma acción realizada en un sano, con el único objeto de mutilarlo. El acto médico se dirige a la salud y a la vida. Los actos que no se ordenan a la vida y a la salud, no son actos médicos; o pertenecen a otra profesión o, si atacan a la justicia y a la moral, son actos sin nombre propio, que se incluyen en la categoría genérica de actos delictuosos, criminales, inmorales. ¿Qué importa, para el caso, la técnica o el método con que se llevan a cabo?

ENSEÑANZA DE PRINCIPIOS BASICOS

De lo dicho hasta ahora podemos extraer algunas ideas para encontrar los elementos que deben intervenir en la formación ética del estudiante.

En primer lugar: la necesidad de una sólida fundamentación de los principios filosóficos universales indispensables para emitir juicios éticos.

En segundo lugar: la conveniencia de exponer de manera ordenada y sistemáticamente las soluciones a los grandes problemas clínicos.

En tercer lugar: Establecer como meta de la enseñanza, la formación de la conciencia de los estudiantes, de modo que los juicios morales estén apoyados en convicciones hondas.

En cuarto lugar: La creación de un clima o ambiente ético en la respectiva facultad y su área de influencia, reconociendo que la actividad y la práctica ética del profesorado, del personal directivo y en general de todo el equipo de salud, será el mejor medio de alcanzar esa formación ética.

Desde el punto de vista metodológico, no parece inadecuado aplicar la positiva experiencia obtenida del modo de enseñar las materias básicas y las clínicas. Es decir, incorporar al cuerpo de profesores de las áreas preclínicas **eticistas y filósofos** que juntamente con los médicos dicten las bases fundamentales. De la misma manera que el estudiante que conoce bien la anatomía, la bioquímica y la fisiología de la contracción miocárdica está más capacitado para entender las manifestaciones clínicas de la insuficiencia cardíaca congestiva, el estudiante que haya sido estructurado en los fundamentos filosóficos y morales, estará preparado para enfrentar los problemas éticos de la práctica médica. Esta primera fase de la enseñanza no debe considerarse como un fin en sí mismo, de la misma manera que para el médico no constituye un

fin aprender anatomía, sino que se trata de una preparación indispensable en una materia básica orientada a la práctica de la medicina clínica.

La segunda fase, corresponde darla casi exclusivamente a los clínicos y conviene que tenga lugar "al pie del paciente", donde viene a ser verdaderamente integrada en la profesión, de modo que se evite la separación artificial de la ética y de la ciencia en la práctica profesional. Como ya hemos dicho, solamente la ciencia aplicada con ética conducirá a una práctica médica y a una investigación mejor. Y esto se puede llevar a cabo solamente en la medida en que se logre entregarla a los estudiantes como una **unidad** y no como elementos separados pertenecientes a dos campos distintos (el de la ciencia y el de la filosofía).

Las mayores dificultades para realizar con éxito este propósito pueden sobrevenir de dos circunstancias: La ausencia de una verdadera disciplina ética en aquellos de nuestros profesionales que no han sido formados con estos patrones, y en los que durante su educación médica el énfasis se ha puesto exclusivamente en el entrenamiento científico-técnico, el cual es una precaria preparación para tomar decisiones morales que conciernen a un paciente. Como afirmaba Robert Veatch ⁽⁵⁾: "Desafortunadamente el juicio moral de los médicos tiende a ser intuitivo más que reflexivo y frecuentemente es variable e inconsistente. La falta de una educación formal en ética y su fracaso en esclarecer valores, puede llevarlos a adoptar una distorsionada ética de situación, que los coloca frente a la necesidad de "re-inventar la rueda" cada vez, que deben tomar una decisión".

También es corriente percibir una cierta resistencia de los estudiantes a estas materias, ni por falta de un genuino interés, sino porque se encuentra ordinariamente sobrecargados de trabajo y de estudio en sus años de práctica y no cuentan ni con el tiempo ni con la motivación suficientes para reflexionar sobre los aspectos éticos cuya importancia relegan a un lugar secundario.

Superar convenientemente estos obstáculos constituye un verdadero desafío.

Los profesores del área clínica han de asumir la obligación de conocer a fondo los principales temas de la ética formal a los que con frecuencia se ven abocados, incluyendo la capacidad de definir los valores necesarios para tomar decisiones técnicas, éticamente acertadas y de hacer el análisis ético de los nuevos problemas, que se originan con la aplicación de nuevas tecnologías.

¿De dónde han de provenir esos cuadros de instructores y profesores capaces de llevar a cabo esta tarea? Probablemente ya existen. Las autoridades académicas

de las Facultades de Medicina podrían identificar a aquellos clínicos que poseen el interés y la capacidad para aprender más sobre Ética y de desarrollar sus habilidades como docentes en esa área. Pienso que sería desafortunado escoger para conformar este equipo docente -- como algunos han sugerido --, especialistas de Psiquiatría, Salud Pública y Medicina comunitaria, excluyendo los campos tradicionales de la clínica, la medicina interna, la cirugía, la pediatría, y la gineco-obstetricia. Y convendría establecer algunos programas -- como los ya existentes en otros países -- mediante los cuales se ponga a disposición de todos los médicos interesados la posibilidad de incluir este campo en sus planes de educación médica continuada.

En los Estados Unidos, por ejemplo, algunas Universidades e Institutos han desarrollado "fellowships" para preparar y entrenar futuros docentes en el área de la ética biomédica. Y tal vez una buena solución sería la que Pellegrino ⁽⁶⁾ sugirió hace ya bastantes años: "Algunos estudiantes deberían ser entrenados en ética y en medicina, como otros reciben entrenamientos en bioquímica o fisiología y medicina. Los programas combinados Ph.D - M.D. merecen una seria consideración, como fuente de futuros docentes en este campo".

No quisiera dejar por terminado este trabajo sin dejar de hacer énfasis en algo que considero fundamental para conseguir la revalorización de la ética médica y que, a mi juicio, debería ser uno de los primeros pasos a dar: Lograr una selección adecuada, en los aspectos humanísticos y actitudinales, de los futuros estudiantes de medicina, antes de su ingreso a la facultad. Es muy difícil lograr que quien no ha recibido tempranamente una educación sana, pueda desarrollar más tarde unos hábitos de comportamiento igualmente sanos. Aquí vale aquello de que "no todo el que quiere puede, ni todo el que puede sirve".

La Medicina es una de las profesiones más dignas que puede ejercer el hombre. La Deontología es la norma de humanidad de la profesión, la ley de humanización, la expresión del espíritu humano regulando la técnica, dándole medida y sentido. Por eso cuando la técnica deja de ser informada por la norma deontológica, se produce inexorablemente la deshumanización tecnológica. "Es lógico que los que reducen el estudio de la Medicina a capacitarse para ser 'técnicos del cuerpo humano' pidan liberarse del "juramento hipocrático", escribía el Profesor Javier Hervada ⁽³⁾; y añadía: "pero no deben extrañarse de que los pacientes deseemos liberarnos de su actuación sobre nosotros".

De la seriedad que le imprimamos a la enseñanza de la Ética del respeto depende, nada menos, que el recono-

cimiento de la dignidad del ser humano y la pervivencia de la altísima dignidad de nuestra profesión

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- RUSSELL, B.A.N. La ciencia para salvar la ciencia. In Gastner, Mastín. El escarabajo sagrado. V.2. Barcelona. Salvat. 1986. P. 449.
- 2 - LEJEUNE, J. Entrevista publicada en la revista Somos. Buenos Aires, Marzo 7, 1986
- 3- SANCHO I., M.; HERVADA, J. Compendio del Derecho Natural, I, Pamplona Eunsa 1980 p.196.
- 4- JAMA 245 (21): 2188, June 5, 1981.
- 5- VEATCH, R.M.: Generalization of expertise. Hastings Cent. Stu. 1:53-62, 1983.
- 6- PELLEGRINO, E.D: Reform and innovation in medical education: The role of ethics. In Veatch, R.M. Gaylin W, Morgan, C (eds): The Teaching of Medical Ethics. Hastings-on-Hudson. N.Y. Hastings Center. 1973. pp. 150-155

OTRAS LECTURAS

- SHUMACHER, E.F. Small is Beautiful: Economics as if People Mattered. New York. Harper and Row. 1973.
- CARNOC, B. Convivencia y Libertad. Madrid. Realp. 1976.

La ética médica ante la vida y la muerte

Academia Nacional de Medicina Capítulo de Santander

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:	Isaías Arenas Buenahora. M.D.	Hernán García Gómez. M.D.
Vicepresidente:	Roberto Serpa Flórez. M.D.	Jaime González Mutis. M.D.
Secretario Perpetuo:	Mario Acevedo Díaz. M.D.	Rafael Moreno Peñaranda. M.D.
Secretario de actas:	Carlos Cortés Caballero. M.D.	Elio Orduz Cubillos. M.D.
Tesorero:	Antonio Vicente Amaya. M.D.	Gustavo Parra Durán. M.D.
Miembros:	Rozo A. Cala Hederich. M.D.	Saúl Rugeles Moreno. M.D.
	Olegario Cárdenas Guarín. M.D.	Edmond Saaibi S. M.D.
	Alberto Duarte Contreras M.D.	Angel Octavio Villar G. M.D.
	Fabio Durán Velasco M.D.	

RESUMEN

Se revisan temas como el valor de la vida humana y la medicina, la fertilización "in vitro", el aborto, los trasplantes, la eutanasia, la distanasia y el derecho a morir con dignidad. En un minucioso análisis de cada uno de los puntos citados los autores resaltan cómo lo principal, para el trabajo médico, debe ser respetar el valor de la vida humana y subrayan la importancia de las normas éticas de la medicina.

Palabras claves:

*Valor de la vida humana
Etica médica
Fertilización in vitro
Aborto
Trasplantes
Eutanasia
Distanasia
Derecho a morir con dignidad.*

SUMMARY

Medical Ethics, facing life and death: Subjects such as the value of human of life and medicine, in vitro fertilization, abortion, organ transplants, euthanasia, dysthanasia and the right to die with dignity, are reviewed. In a detailed analysis of each point, the authors emphasize as the most important fact for the practice of medicine, the obligation that exists concerning the respect for human life and the importance of applying ethical regulations in medicine.

Key words:

*Value of human life
Medical ethics
In vitro fertilization
Abortion
Organ transplantation
Euthanasia
Dysthanasia
Right to die with dignity*

TABLA DE CONTENIDO

1. EL VALOR DE LA VIDA HUMANA Y LA MEDICINA
2. FERTILIZACION "IN VITRO"
3. ABORTO
4. TRASPLANTES
5. EUTANASIA, DISTANASIA Y DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

1. EL VALOR DE LA VIDA HUMANA Y LA MEDICINA

El respeto por la vida humana, como norma ética, ha sido el resultado de una larga evolución histórica y cultural, desde tiempos inmemoriales, cuando la vida no era apreciada como un valor. Con el transcurso de la civilización, así como ha crecido el aprecio por la existencia del ser humano, como rey de la creación, el mismo hombre se ha asociado en grupos rivales, que han promovido contiendas exterminadoras, que prácticamente llenan toda la historia, arrasando con culturas y civilizaciones, en forma cruel y despiadada, que sorprenden por su carácter inhumano.

En nuestro siglo hemos visto que las naciones de más adelanto tecnológico y cultural, han dado muestra de un desprecio absoluto por el valor de la vida humana. Nuestro país no ha escapado a esa enajenación mental, y hoy lo vemos comprometido en una lucha a muerte, incentivado, ante el don preciado de la vida, cuyo respeto constituye el fundamento de la civilización, la ciencia, la moral y la fé. Instituciones como la ley y la religión se fundamentan en el respeto a la vida humana, sin el cual perderían su razón de ser, y todo lo que nos rodea, incluyendo nuestros congéneres, carecería de significado y valor.

La vida, en cuanto a su definición, se debate entre dos criterios, fundados en el más convencido misticismo y en el más crudo materialismo; y es así como para unos, ella es solamente "un don de Dios", mientras para otros, "la energía de la materia". Pero sea que se mire desde los puntos de vista idealista o materialista, el valor de la vida humana lleva implícita la razón de ser de todo lo creado.

El Estatuto Colombiano de Ética Médica, postulado por la ley 23 de 1981, establece que, el respeto por la vida y los fueros de la persona humana, constituyen la esencia espiritual de la medicina. Y la Declaración de Ginebra de 1948, como la Asamblea Médica Mundial de Sidney (Agosto de 1968), consagran, entre las normas de deontología médica, "Tener absoluto respeto por la vida humana, desde su concepción, y no utilizar, ni aún bajo amenazas, los conocimientos médicos, contra las leyes de la humanidad".

Todas las actitudes y conductas profesionales del médico, deben estar enmarcadas por un profundo respeto a la vida; y sus ejecutorias como hombre, como ciudadano y como miembro de una comunidad, deben estar orientadas hacia la preservación de la vida humana; y si como reza nuestra norma ética, la conducta profesional médica tiene implicaciones humanísticas que la distinguen, su presencia moral reviste trascendencia, aún en circuns-

tancias y situaciones que, sin tener mucha relación con la medicina, la tiene en el concepto universal del hombre como conjunto psicosomático.

Porque el derecho a la vida no se refiere solamente al aspecto de su energía vital como materia, sino también al conjunto espiritual que encarna el valor inmenso de lo intangible, que conforma el objetivo fundamental de la existencia.

¿Qué objeto podría tener la reproducción humana, para tratar de perpetuar la especie, sin el respeto a la vida por su valor intrínseco? ¿Y qué objeto tendría la medicina, si su fin no fuera cuidar la salud del hombre y propender por el perfeccionamiento de la especie humana?

Las últimas teorías científicas definen al hombre como un ser bio-socio-ecológico. En otras palabras, compuesto por órganos, que funcionan bajo las leyes fisiológicas, y una psiquis que piensa y experimenta estados afectivos, que lo capacitan para orientarse entre el amor y el odio, y, determinan la dirección de la voluntad; y un medio familiar y social, en el cual se desarrollan sus relaciones interpersonales, y al cual debe adaptarse para contribuir al bienestar propio y comunitario. Es evidente que la alteración en la marcha normal de los factores o el desequilibrio de la relación entre el hombre y su ambiente, se constituye en el trauma, que va a alterar la armonía vital y por ende la salud, que, como define la O.M.S. no es solamente la ausencia de enfermedad, sino el bienestar del ser humano en su condición biológica, psicológica, social y ambiental.

Concluamos diciendo que hoy más que nunca, la lucha del médico por preservar la vida, cobra mayor trascendencia y se sublima por el atentado permanente de algunos sectores de la humanidad, que han instaurado un verdadero genocidio continuo, ante los ojos horrorizados de una sociedad estupefacta, que no encuentra correctivos a la impunidad y ve al médico librar una batalla romántica por el valor de la vida humana.

Hemos visto que se secuestran los médicos para ser llevados a atender el parto de una guerrillera, o las heridas de un "combatiente", mientras se "ajusticia" inmisericordemente a un campesino inerte. La significación de este contraste ante el valor de la vida humana, está mostrando con evidencia superlativa, que del fondo de la crueldad engendrada por un equivocado fanatismo, emerge una sensibilidad espiritual, que delata la existencia de los sentimientos y los afectos, que son precisamente el objetivo de la vida.

Cuadros tan patéticos como éstos, así como la apóstólica postura del médico en la sociedad, luchando

por una vida humilde que se extingue, serán, sin duda alguna, los que abrirán a la razón, las conciencias paranoicas de quienes se revelan contra la organización racional del conglomerado humano, animada por los más elevados preceptos de la inteligencia.

2. FERTILIZACION " IN VITRO "

Hay indicaciones médicas precisas para llevar a cabo la fertilización in vitro y por tal razón consideramos que este procedimiento es ético en todos los casos de fertilización in vitro, homóloga que tengan indicación médica. La fertilización in vitro heteróloga crea un problema mucho más complejo porque se plantean aspectos legales, sociales, religiosos y culturales. La finalidad y motivación principal de tener un hijo no es exclusivamente biológica sino también cultural y social y existen los métodos legales de adopción que llenan en gran parte estas necesidades. No obstante el deseo de tener descendencia, de tener un hijo, es un impulso humano profundamente arraigado también en lo biológico, un impulso hacia la transmisión de la vida, de la propia vida y la reproducción es en sí una cierta forma de inmortalidad al prolongar y transmitir la vida por los cromosomas.

Surge aquí un dilema que no podrá resolverse hasta que no haya desarrollos culturales e históricos que den respuestas a estas inquietudes. ¿Podría llegar a considerarse éticamente lícita la inseminación heteróloga o la fertilización in vitro heteróloga con base en estas consideraciones?

La técnica de la fertilización in vitro ha traído consigo una serie de problemas y de situaciones que hasta hace poco tiempo habrían sido consideradas como productos de la fantasía o de la ciencia ficción.

Procedimientos como el "alquiler de vientres" implican graves dificultades ante todo de orden legal y aun biológico y filosófico. ¿Es la madre aquella en cuyo organismo se anida esa vida, originada en un óvulo y un espermatozoide provenientes de otra pareja por medios artificiales, quien lo llevó en sus entrañas, le dió su sangre, sus mecanismos inmunológicos y permitió por su organismo su formación hasta la época del nacimiento? ¿O es quién proporcionó el óvulo y con él la programación de ese desarrollo y las características hereditarias en partes iguales con el que suministró el espermatozoide? ¿Cuál es la madre?

Mencionemos brevemente algunos desarrollos técnicos recientes que llevan consigo implicaciones de una trascendencia casi incalculable y que llevan a profundas reflexiones filosóficas y éticas de dimensiones difí-

cilmente concebibles. Nos referimos a la reproducción clonal (implantación del núcleo en una célula) y la partenogénesis u ovogénesis, como productos de la experimentación biológica; para nosotros estos procedimientos son éticamente condenables porque la especie humana en general y el ser humano individual tienen un derecho irrenunciable e inalienable a su herencia genética que es, y debe ser, inviolable.

La ingeniería genética abre un campo de inmensas posibilidades para la lucha contra las enfermedades por alteraciones cromosómicas y por ello tiene una alta finalidad ética. Pero deja de tenerla si se trata de aplicar y se aplica para modificar rasgos físicos o patológicos o para ser usada con fines políticos o raciales.

3. ABORTO

El aborto es un problema tan antiguo como la humanidad. Los hombres de otras etapas históricas y de otras culturas han tenido que afrontarlo de acuerdo con los recursos de su propio medio. Tanto a nivel teórico como a nivel práctico, el aborto sigue siendo un interrogante planteado a la conciencia humana de todas las épocas.

El aborto provocado es el que se debe a la intervención libre del hombre. Este es el aborto considerado por la moral y el derecho y por lo tanto nos referimos específicamente a él.

El médico ha sido formado para conservar la vida y no para destruirla en ningún momento.

A través del desempeño de su actividad, lucha contra todos los factores que la menoscaban y trata de estimular todas las funciones vitales con el fin de prolongarla.

Con esta filosofía el médico debe someterse a los principios morales, a las normas éticas y a las leyes que rigen en el país en el cual se desempeña, no es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación pero si debe estar alerta y asesorar oportunamente a juristas y legisladores de una comunidad particular respecto a este tema, y es su deber asegurar la protección de la vida y la defensa de los derechos del médico dentro de la sociedad.

Por encima de cualquier consideración el médico debe tener como norma fundamental el respeto y la inviolabilidad de la vida humana.

¿Cuándo comienza la vida humana?

¿Cómo definimos la vida humana?

Para hablar de vida humana debemos tener en cuenta cuatro etapas en el desarrollo embrionario a saber: Fusión de los gametos, segmentación, implantación en el útero y aparición de la corteza cerebral. El proceso de fertilización o fecundación marca la existencia de una realidad distinta a los progenitores con toda la dotación cromosómica y con capacidad de autodesarrollo.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario afirmar que hay vida desde el instante de la fecundación y que esta vida debe ser respetada desde el primer momento.

¿Pero hay que afirmar también la presencia de vida personal o individual desde ese momento?

Para los más radicales la vida personal debe ser respetada con todas las exigencias éticas desde el momento mismo de la fecundación. Pero otros, teniendo en cuenta la dificultad de precisar exactamente la aparición de una vida propiamente personal, consideran que el momento en el cual se puede hablar con cierta tranquilidad de vida humana nueva, ya totalmente individualizada, es a partir de la implantación del embrión de la cavidad uterina.

Hay también quienes dan importancia a la aparición de corteza cerebral como factor decisivo en orden a determinar la individualización.

Desde el punto de vista jurídico colombiano "debe entenderse por delito de aborto la interrupción ilegítima e intencional del proceso de gestación".

Al tipificar el aborto como delito se ha querido proteger la vida intrauterina del feto y la integridad biosíquica de la mujer.

El aborto que exime de culpabilidad y por ende de responsabilidad es el aborto necesario, o sea el que se causa por la necesidad de salvar a la madre de un peligro actual o inminente, no evitable de otra manera.

El aborto en este caso, es provocado e intencional, pero no es delictuoso por que no es antijurídico; es un hecho que se justifica y por ende no da lugar a responsabilidad penal.

CONCLUSIONES:

1. Es obligación de las escuelas Médicas el inculcar en los estudiantes los valores morales que los induzcan al respeto e inviolabilidad de la vida humana.

2. La convicción moral del médico de que debe res-

petarse la vida humana es el único camino eficaz para proteger al ser que va a nacer.

3. Sin esta protección millones de seres humanos serán eliminados sin su consentimiento.

4. Con esto se evita la discriminación más radical que puede cometerse con un ser humano: negarle el derecho a vivir.

5. Es misión de las leyes el proteger los derechos de los seres humanos, en particular los derechos más fundamentales, entre ellos el de la vida.

4. TRASPLANTE

En Colombia desde 1964 se han venido haciendo trasplantes de órganos del cuerpo humano y la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia se considera pionera en esta actividad.

En los trasplantes no existen limitaciones morales y antes por el contrario la Iglesia misma ha participado del éxito de estas intervenciones como sucedió a raíz del primer trasplante cardiaco efectuado en Medellín cuando al Cardenal Alfonso López Trujillo felicitó al equipo que lo había realizado.

Los trasplantes pueden agruparse, de acuerdo con Vidal, en:

AUTOPLASTICOS: Cuando se hacen dentro del mismo organismo. Estos no tienen ninguna implicación desde el punto de vista moral.

HALOPLASTICOS: Cuando se hacen de un organismo animal al humano. Son completamente aceptados desde el punto de vista moral siempre y cuando no produzcan ninguna alteración en la personalidad del receptor.

HOMOPLASTICOS: Pueden ser de dos clases: **De vivo a vivo** : No ofrece ningún problema moral desde que no dejen consecuencias funcionales en el donante. En órganos integrales, como el riñón se aceptan como lícitos teniendo en cuenta los sentimientos de solidaridad que entraña; sin embargo, debe tenerse en cuenta que implica riesgos para el donante. En estos casos es requisito que la donación sea hecha con plena libertad y que la intervención tenga suficiente probabilidad de éxito. **De muerto a vivo** : Están completamente permitidos desde el punto de vista moral siempre y cuando el donante esté médica y legalmente muerto y haya el consentimiento de la familia.

De lo anterior se deduce que el médico de acuerdo con sus principios morales y los lineamientos de la Asociación Médica Mundial debe tener en cuenta que su preocupación debe ser siempre la salud del paciente y que tanto el donante como el receptor merecen ser igualmente protegidos en todos sus derechos sin tener en mente la más mínima posibilidad de una donación.

En estos casos de trasplante es cuando se requiere por parte del equipo médico en relación a su paciente más claridad al explicarle los procedimientos que han de efectuarse; la metodología que se seguirá; los riesgos que estos actos conllevan. Qué otras alternativas habría y las posibilidades de éxito sin alentar esperanzas inalcanzables.

Consideremos que el equipo médico que realice estos actos debe ofrecer la máxima garantía en cuanto a competencia, técnica y experiencia.

La Legislación Colombiana ya ha actualizado las normas que rigen el manejo de los trasplantes. El Decreto 2363 del 25 de Julio de 1986 tiene inclusive el mérito de haber modificado uno de los parámetros para el diagnóstico de muerte cerebral. El de electroencefalograma isoelectrico por el de "ausencia de funciones del tallo encefálico" lo cual obvia el requerimiento del laboratorio para hacer este diagnóstico. Contempla también las posibilidades de trasplantes entre personas vivas y establece como requisito para ello que "en ningún caso exista compensación económica alguna, ni en dinero ni en especie para el donante". Es quizá demasiado exigente en el sentido de que establece un plazo "no inferior a doce horas para identificar los signos de muerte y la triple constatación de la misma que debe hacerse por dos o más médicos no interdependientes del equipo de trasplante, uno de los cuales debe tener la condición de neurólogo clínico".

La ley 23 de 1981 que dicta normas sobre Etica Médica es más explícita en el sentido de que dice en su artículo 13: "Cuando exista el diagnóstico de muerte cerebral no es su obligación - se refiere al Médico - mantener el funcionamiento de otros órganos o aparatos por medios artificiales". Referente al tema de los trasplantes es más amplia, pues en el artículo 54 dice: "El médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial, con relación a los siguientes temas: Numeral 3, trasplante de órganos; organización y funcionamiento de bancos de órganos y tejidos, producción, utilización y procesamiento de sangre, plasma y otros tejidos".

En el aspecto médico deben reglamentarse los requerimientos que acordes con la tecnología moderna puedan

ofrecerle la máxima seguridad al receptor.

Como es lógico suponer, en un futuro no muy lejano, con el incremento y el éxito de estas intervenciones, podrán presentarse ofertas y demandas de órganos a más alta escala que puedan llevar a su comercialización; procedimiento que condenamos desde todo punto de vista, por inmoral e ilícito.

Siendo actualmente uno de los principales obstáculos para los trasplantes la consecución de órganos, recomendamos a todas las entidades científicas y gremiales que inicien y practiquen campañas educativas que estimulen, motiven e impulsen a la comunidad a hacer estas donaciones.

Teniendo en cuenta que las enfermedades no respetan estratos económicos ni sociales es importante considerar que el costo de estos procedimientos esté al alcance de todos los que los requieran.

5. EUTANASIA, DISTANASIA Y DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

La eutanasia ha sido motivo de notable controversia, por tanto, en muy pocos países ha sido establecida.

En Inglaterra por ejemplo, ha tenido serios debates en la Cámara de los Lores, por tres oportunidades en los últimos 33 años. La más reciente ocasión en 1969, cuando Lord Raglan propuso el proyecto de la eutanasia voluntaria, fué rechazado por 61 votos en contra y 40 a favor.

La Asociación Médica Americana permanece fiel al concepto de que la terminación intencional de la vida de un ser humano, muerte piadosa, es contraria a los principios fundamentales de la medicina. La interrupción del empleo de medios extraordinarios para prolongar la vida cuando hay evidencia irrefutable de que la muerte biológicamente es inevitable, es decisión del paciente o de sus familiares inmediatos. El consejo y el juicio médico debe ser sometido a la libre escogencia del paciente o sus familiares inmediatos.

El Código Penal Colombiano vigente no autoriza la eutanasia y la muerte piadosa la tipifica como contraria a la ley concediéndole atenuantes bajo determinadas circunstancias.

La eutanasia fundamentada en razones económicas, sociales o políticas es contraria a la ética y a la esencia misma de la profesión médica.

La discusión se centra específicamente en situaciones derivadas de aquellos casos clasificados como incurables

y en los cuales el sufrimiento alcanza límites tales en que el paciente o sus familiares claman por un alivio afectivo que acorte el sufrimiento y este parece no tener otra alternativa que adelantar el deceso. Análoga situación surge con aquellos casos en los cuales no existe más alternativa que la persistencia a través de funciones puramente vegetativas y concurren circunstancias que apremian por dificultades para su cuidado prolongado. Algunos de estos, ancianos con cerebros deteriorados en fase decrépita.

"Las situaciones Eutanásicas pueden clasificarse de diversa manera según el criterio de sistematización. Se juzga conveniente destacar dos grupos de situaciones: La Eutanasia puede ser "Personal" o "Legal". La primera se realiza por opción del interesado (o de sus familiares o de un tercero interesado en la situación). La eutanasia legal es la impuesta o la tolerada (despenalizada) por la ley".

"Tanto la eutanasia personal como la legal pueden realizarse de dos maneras: Por ciertos motivos, como por ejemplo, para evitar dolores y molestias al paciente, para rematar heridos agonizantes en el campo de batalla, para deshacerse de ancianos inútiles en la fase decrépita, etc; o por simple elección libre del paciente o del anciano que juzga más humano hacer del morir un acto de personal disposición".

No existe auténticamente el conflicto ético entre el valor de la vida humana y esos valores señalados que vendrían a constituir el contenido del derecho a morir dignamente.

Los argumentos que condenan toda acción que tienda a abreviar directamente la vida del moribundo se mencionan como: Inviolabilidad de la vida humana, sin sentido de la proposición de otros valores superiores a la vida humana; peligro del abuso de los "Poderosos" (autoridad, técnicos, etc.) consideración utilitarista de la vida del hombre, pérdida del nivel moral en la sociedad, etc.

Valedero desde un punto de vista puramente médico el argumento en contra de la prácticas eutanásicas que menoscabarían las bases de la razón de ser del médico. Poco llamativa la situación médica o paramédica de ejecutores eutanásicos hasta cierto punto contrapuesta a la del moderno intensivista y para quienes alguien ha anticipado el nominativo futurista de tanatologistas.

Los adelantos técnicos y el entusiasmo con que las nuevas generaciones hacen uso de ellos han provocado situaciones que se clasifican dentro de las llamadas prácticas distanásicas; con la extensión de su uso han creado circunstancias que conforman el moderno capítulo de la distanasia.

"Distanasia término recientemente acuñado se refiere a situaciones médicas creadas por el empleo de la técnica de la reanimación". Su práctica tiende a alejar lo más posible la muerte, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza de recuperación y para ello utilizando no sólo los medios ordinarios, sino los extraordinarios más costosos en sí mismos en relación con la situación económica del enfermo y de su familia. La distanasia consiste esencialmente en alejar lo más posible y por todos los medios el momento de la muerte del enfermo.

Lo contrario a la distanasia es la adistanasia (o antidistanasia) consistente en dejar morir en paz al enfermo sin propiciarle los medios conducentes a retrasar la muerte inminente.

"Las situaciones distanásicas (y sus correspondientes antidistanásicas) pueden ser clasificadas desde diversos criterios: Por razón de su carácter ordinario o extraordinario de los medios empleados. Por razón del sujeto paciente: según se trate de paciente joven, de anciano o de una persona más o menos cualificada, etc. Por razón de las posibilidades de esperanza de recuperación mediante la reanimación.

Los primeros criterios suponen una discriminación injusta que la ética de entrada no puede aceptar para definir criterios y soluciones morales. Si se acepta como válido el último o tercer criterio es necesario distinguir los casos de una serie de situaciones que irán desde el paciente que sólo tiene vida vegetativa hasta el que goza de vida humana pero cuya permanencia precaria y por poco tiempo requiere tratamiento por encima de lo normal.

La preguntá'sería entonces: ¿El respeto a la vida exige la distanasia? o, por el contrario, ¿el derecho a morir dignamente aconseja la adistanasia?

Con referencia a la reanimación no tiene sentido mantener la vida puramente vegetativa. En ocasiones la reanimación lo que logra es prolongar una vida parcial a veces reducida a reflejos casi exclusivamente vegetativos. En esta situación no es inmoral y es a veces recomendable (atendiendo a situaciones económicas, familiares, psicológicas, etc.) suspender el tratamiento distanásico. Pío XII, en 1957, expresó: "Si es evidente que la tentativa de reanimación, constituye en realidad, para la familia tal peso que no se le puede en conciencia imponer, ella puede insistir lícitamente para que el médico interrumpa sus intentos y el médico puede condescender lícitamente con esta petición. No hay en este caso ninguna disposición directa de la vida del paciente ni eutanasia, la cual no sería lícita".

"Existen situaciones en las que no hay obligación de prolongar la vida humana y en la que se puede dejar morir al paciente.

Algo que aclara mucho esta manera de pensar es el reconocimiento del seguro final de la vida humana. Aún el más sano de los seres humanos algún día morirá no obstante los esfuerzos de los más competentes médicos. El médico debe aceptar esta lección más que ningún otro. Todos somos mortales, debemos prevenir la muerte y aliviar el sufrimiento pero no pensar que toda muerte es prematura pues sería aceptar como objetivo la inmortalidad del cuerpo. La tarea principal es la de restaurar y corregir lo que puede ser corregido o restaurado siempre pensando que la muerte puede y debe venir y que la salud es un bien perecedero. Tradicionalmente la medicina ha rechazado el hacer de la prolongación innecesaria de la vida su propósito, reconociendo que los esfuerzos dirigidos con este fin a menudo producen más daño que bien, en dolor e incomodidad lo mismo en angustia y ansiedad.

En el caso de un paciente en coma prolongado e irreversible, cuya vida es ya puramente vegetativa y aún en caso de pacientes conscientes que se encuentran en la fase final de su enfermedad y que son mantenidos en vida artificialmente, sin esperanza de recuperación o mejoría, no se está obligado a recurrir a medios extraordinarios o si se ha recurrido a ellos, se pueden legítimamente suspender. "Dejar morir no significa hacer morir".

Actualmente la exigencia ética del morir en cuanto a acción humana se denomina con diversas expresiones como "morir dignamente", derecho a la propia agonía, morir serenamente, muerte a la antigua, muerte ideal, etc. La palabra ortotanasia resume todas estas exigencias. Su contenido no se refiere propiamente a un derecho jurídico sino a una exigencia ética. No se refiere al morir propiamente sino a la forma de morir.

En la "Declaración de los derechos del enfermo" redactados en 1973 por la Asociación de Hospitales Americanos aparece la expresión "Derecho a morir", este derecho no debe interpretarse como un derecho a la eutanasia.

El Consejo Permanente de la Conferencia Episcopal Alemana formuló el contenido de este derecho del hombre del siguiente modo: "Al afrontar un problema tan fundamental, es necesario, primero, mantener firme un punto: que todo hombre tiene derecho a una muerte humana".

Recientemente en Norte América se ha despertado el interés por el uso en algunas instituciones, como el servi-

cio de Oncología de la Universidad de Kansas, dentro del trámite de la rutina de admisión, de una declaración referente a la llamada "Orden de no resucitación"; se refiere al uso de intubación traqueal, respiradores, marcapasos, etc., y en algunas ocasiones aun al uso de alimentación parenteral, en caso por ejemplo de cáncer incurable.

No obstante el beneficio respecto a la participación activa de la voluntad de los pacientes expresada libremente, a la salvaguardia de futuras reclamaciones contra el médico, etc., conlleva reparos que tienen que ver con la ética y con el grado de conocimientos sobre las diversas técnicas que exigen un nivel adecuado de información lejos de existir a nivel general.

Entre nosotros la fuerte corriente de asimilación de todo lo que nos viene del Norte, demorará un tanto para que estemos enfrascados en su discusión pero contará con ingredientes especiales en un país en el cual existe tan marcada diferencia entre la medicina llamada oficial y la privada. Valdría la pena divulgar el alcance de estos conceptos, no sólo entre los profesionales médicos sino entre el público en general.

De su desconocimiento pueden derivarse conductas perjudiciales para el buen uso de las técnicas modernas y a su vez hacer que se prive de tratamientos obvios a pacientes, por el prurito de permitirseles una muerte digna o una muerte tranquila.

"La muerte es el último acontecimiento importante de la vida y nadie puede privar de él al hombre, sino más bien ayudarle en dicho momento. Es decir: ante todo aliviar los sufrimientos del enfermo, eventualmente con el uso de analgésicos, de forma tal que pueda superar humanamente la última fase de su vida. Esto significa que es necesario darle la mejor asistencia posible y esta no consiste solamente en cuidados médicos, sino, sobre todo, en prestar atención a los aspectos humanos de la asistencia a fin de crear en torno al moribundo una atmósfera de confianza y de calor humano en los que él sienta el reconocimiento y la alta consideración hacia su humana existencia".

LECTURAS RECOMENDADAS

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION. Declaración de los derechos del enfermo. 1973

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Código Internacional de Ética Médica. Adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Londres. Inglaterra. Octubre de 1949. Enmendado por la XXII Asamblea Médica Mundial, Sydney. Australia. Agosto de 1968.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Declaración de Ginebra.

Adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Ginebra. Suiza. Septiembre de 1948. Enmendada por la XXII Asamblea Médica Mundial. Sydney. Australia. Agosto de 1968. Promesa para ser pronunciada por el médico en el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Declaración de Oslo. Declaración sobre aborto terapéutico adoptado por la XXIV Asamblea Médica Mundial. Oslo. Noruega. 1970.

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL. Declaración de Sydney. Declaración sobre la muerte. Adoptada por la XXII Asamblea Médica Mundial. Agosto de 1968.

AUER, A.; COGNAR, Y.; BOKLET, F. and RAHNER, K. *Ética y Medicina*. Madrid. Guadarrama. 1972.

BARRER, T. G.; RODRIGUEZ, G.O. Anotaciones al Decreto 2363 del 25 de julio de 1986. Cátedra de Medicina Legal. Universidad Autónoma. Bucaramanga. Septiembre de 1987.

CALA H.R.A. *Arte y Ciencia de los Transplantes de Organos*. Acta Médica Colombiana. Vol. II No. 6 p.p. 283 - 290 Nov.- Dic. de 1986

CODIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL. Decreto 50 de 1987. Bogotá. ECOE. 1987.

CODIGO PENAL Y CODIGO DE PROCEDIMIENTO PENAL. Ed. Jorge Ortega Torres. Bogotá. Temis. 1984.

CONFERENCIA EPISCOPAL ALEMANA. Consejo Permanente. Declaración del Derecho a la Muerte Humana.

CARDONA H., A. *Responsabilidad Médica ante la Ley*. Segunda edición. Medellín. Copoyepes. 1980.

CORTES, C.; ORTEGA, H. *Juristas y Medicina*. Segunda edición. Bucaramanga. Pieschacón. 1985.

Decreto 2363, 25 de julio de 1986.

LEY 23 DE 1981. Normas sobre Ética Médica. 1981

GIRALDO, C.A. *El Transplante de Organos*. Revista Decypol 16 años. Medellín. 20 de septiembre de 1986. p.p. 4-9.

GIRALDO, C.A. *El Transplante de Organos*. Tribuna Médica. Tomo LXXXVI. 2:32-36. Julio de 1987

GOMEZ P., H. *Problemas Jurídicos de la Inseminación artificial y la Fecundación extrauterina en seres humanos*. Bogotá. Librería del Profesional. 1984. p. 76

HARING, B. *Moral Medicina. Ética Médica: sus problemas actuales*. Segunda edición. Madrid. PS, 1973.

JAMA 905 vol. 214 No. 5 Nov. 1970.

JAMA 728 vol. 224 No. 7 Feb. 1974.

JAMA 1946 vol. 224 No. 17 Oct. 1980.

JAMA 680 vol. 252 No. 5 Agt. 1984.

LOUDET, O. *Filosofía y Medicina*. Emece.

VIDAL, M. *Moral de Actividades*, Ved. Tomo II. *Moral de la Persona*. Madrid. P.S. 1985.

Nota del editor. Con todo el respeto que nos merecen los conceptos expresados en el artículo transcrito, consideramos conveniente algunos comentarios:

Sobre la fecundación homóloga in vitro se han formulado graves objeciones de orden ético porque, con las técnicas actuales se fecundan varios óvulos que no son utilizados para la implantación en cada oportunidad, tienen un incierto futuro que no asegura el respeto a la dignidad de la persona humana: ser desechados, lo que constituye la supresión voluntaria de vidas humanas, o permanecer congelados lo que tampoco es aceptado éticamente. La fertilización heteróloga ha planteado interrogantes no sólo éticos sino jurídicos y, en la práctica., problemas de gran envergadura que no han sido resueltos aún.

En relación con el llamado "aborto necesario" consideramos que el hecho de no ser delictuoso y no dar lugar a responsabilidad penal, no significa que éticamente tenga cabida en la conducta médica. La academia de Medicina de Medellín publicó recientemente, el 30 de septiembre de 1.987, una declaración sobre el aborto en la cual expresa sumo respeto por la vida humana desde la concepción y rechaza esta práctica como reñida con la ética.

Por último, debemos llamar la atención de los médicos y de los lectores en general del peligro de confundir los claros planteamientos del "derecho a morir con dignidad" con algunas situaciones límites que caerían en la eutanasia "pasiva".

Deontología médica

Alfredo Maciá Santoya M. D.
Guillermo de los Ríos Gulfo M.D.
Rubén Castro Delgado Pbro. CIC.D.

RESUMEN

HONORARIOS MEDICOS . DICOTOMIA

Inicia el autor su artículo con una recopilación histórica del ejercicio profesional desde los tiempos bíblicos, la antigua Grecia, la Edad Media y el ejercicio médico en las cortes monárquicas de Europa. Aporta una serie de anécdotas históricas desde la época pre-colombina en América y durante la Conquista, hasta llegar a nuestros días. Comenta el Código de Hamurabi, los principios enunciados en él y entra a considerar los primeros movimientos sindicales médicos y la problemática derivada de ellos. Termina enunciando cuatro circunstancias de las cuales depende la determinación de los honorarios médicos.

CONSIDERACIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO ANTE EL EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

En el artículo se consideran las normas establecidas por el Estado como requisito para obtener el título legal para ejercer la medicina en Colombia y se pasa luego a considerar el deterioro académico actual en la enseñanza médica, se enuncian las causas y los efectos en los futuros médicos. Se analiza el sub-empleo y el desempleo profesional y se esbozan las prácticas del ejercicio ilegal; termina haciéndose consideraciones sobre el estado actual de la profesión y el posible papel de las Academias en el momento presente.

REIVINDICACIONES LABORALES: EL PARO MEDICO

El autor, quien ha sido profesor de Etica profesional en la Universidad de Cartagena y asesor de la Ley 23 de 1981, hace una revisión de los principios filosóficos, éticos y morales que forman las bases para la discusión sobre el llamado "paro médico". Inicia sus argumentos definiendo la ética, con Farber y Barbedette, y analiza en detalle cada uno de los principios enunciados en ella; luego considera los aspectos jurídicos y legales en relación con el derecho de huelga, en su aspecto relacionado con la deontología médica y los principios de la concepción cristiana de la sociedad.

SUMMARY

MEDICAL FEES. DYCHOTOMY

A historical account of professional practice is made from the times of the Bible, passing through ancient Greece, the middle ages and to medical practice in the monarchic courts of Europe. A series of historical anecdotes about medical practice in precolombian and the conqueror-times to our days are presented. The Hamurabi code and its principles are commented and followed by enunciations on the first Medical Unions and the problems derived from them. The circumstances which determine the medical honorarium are also presented.

LEGAL CONSIDERATIONS CONCERNING THE STATE'S RESPONSABILITY IN THE PRESENCE OF ILLEGAL MEDICAL PRACTICE IN COLOMBIA

Consideration is made of the Academic regulations established by the State and which are required to legally practice of medicine in Colombia. The present academic deterioration in medical teaching is discussed and its causes and effects on the future physicians are analyzed. Unemployment and sub-employment of medical professionals are discussed and mention is also made of the illegal practices. The present outlook of the medical profession and the possible role played by the Academies are considered.

MEDICAL REPLEVY: MEDICAL STRIKES

The author, Professor of Professional Ethics at the University of Cartagena and one of the advisors of Law 23, 1981 reviews the philosophical, ethical and moral principles of medical strikes. Arguments are presented in defense of ethics according to Farber and Barbedette and an analysis is made of each principle. The legal and juridical aspects of the right to strike are considered in relation to medical deontology and according to the principles and the christian conception of society.

* Academia de Medicina de Cartagena

Palabras claves:

*Ética médica.
Deontología médica.
Honorarios médicos.
Dicotomía.
Ejercicio ilegal de la medicina.
Desempleo y subempleo médico
Paro médico.*

Key words:

*Medical ethics
Medical deontology
Medical fees
Dychotomy
Illegal medical practice
Medical unemployment
and subemployment.
Medical strikes*

HONORARIOS MEDICOS. DICOTOMIA

Alfredo Maciá Santoya. M.D*

Al gran guerrero romano de los S. III y II a.C., Escipión el Africano, vencedor de Aníbal, se le atribuye haber dicho que "El dinero por sí solo pone en movimiento todo el mundo". Por supuesto Escipión no era médico... Pero que el conspicuo escritor contemporáneo, William Somerset Maugham haya dicho que "el dinero es como un sexto sentido sin el cual es imposible hacer pleno uso de los otros cinco", es casi inconcebible cuando recordamos que el eminente novelista era médico. Sin embargo, deja de ser inconcebible si sabemos que nunca ejerció la medicina.

Con todo esto quiero decir, que si para el hombre común, la antigua máxima del caudillo romano y la moderna frase del escritor inglés son dolorosamente ciertas, no lo son o no deberían serlo para el médico, porque las relaciones entre el dinero y la medicina han revestido un carácter especial, distinto de cualquier otra profesión.

Precisamente, debido a esta circunstancia, el tema sobre honorarios médicos dista mucho de ser fácil o simple; todo lo contrario, es un tema al que le cuadra bastante bien el calificativo de escabroso, en la primera acepción de esta palabra (del Latín scabrum: aspereza. Desigual, lleno de tropiezos, embarazoso).

Intentaré hacer este tópico menos difícil repasando rápidamente la historia sobre el tema.

Aunque se considere la medicina en sus diferentes épocas: La medicina mágico-religiosa, la medicina como arte, la medicina como ciencia-técnica o la medicina social, siempre ha existido en la mente del beneficiario, del paciente, la justa idea de retribuir al causante de su alivio o curación con alguna forma de pago.

"Los egipcios consultaban a Apis, dios de la salud, encendiendo lamparillas en el templo, colocando dinero en el altar, y susurrando su plegaria al oído del buey que representaba al dios; después se marchaban para recibir la respuesta de la primera persona que encontraban al salir del templo".

Desde la antigua Babilonia, en el Código de Hammurabi (S.XVIII a.C.), existe el principio de que los emolumentos deben estar en proporción con las posibilidades del paciente, y así, por drenar un absceso y curarle el ojo a un noble, los honorarios eran de 10 ciclos de plata; si el paciente era un liberto, el precio era de cinco; pero si el enfermo era un esclavo, solamente se pagaban 2 ciclos.

En las ciudades-estado de Grecia, se instituyeron cargos oficiales de médicos que percibían un estipendio anual fijo por cuidar de la salud de los ciudadanos, pero también podían recibir emolumentos de clientela particular. Al negarse a recibir honorarios por sus 20 años de servicio a la comunidad, Metrodoro de Cos, fue premiado con una corona de oro. Hipócrates despreció las riquezas que le ofrecía Artajerjes por encargarse de la campaña contra la peste en Persia.

Entre los médicos romanos figura Quinto Estertito, quien amasó una gran fortuna con su clientela particular y dedicó grandes sumas al embellecimiento de Nápoles.

Por lo general, los médicos árabes recibían salarios muy bajos y se les exigía que asistieran gratuitamente a los pobres. Sin embargo, se cita el caso de Abut Nasr, que recibió "una crecida suma" por evitarle la operación a un califa, enfermo de litiasis renal.

Durante parte de la Edad Media, (del S.VI al XII) estuvo en vigor el Código de Teodorico que protegía los

* Miembro de la Academia de Medicina de Cartagena

intereses de los Señores feudales, y establecía que el médico debía ofrecer garantías y fijar sus honorarios inmediatamente después de examinar al paciente. Así mismo estaba obligado a pagar una indemnización en el caso de que perjudicara al Señor, y si éste fallecía, el médico quedaba a merced de los parientes del muerto; si el paciente era un sirviente el médico debía proporcionarle otro al Señor, en caso de que el siervo falleciera o quedare inválido.

A finales de la Edad Media (S.XIV) el Cirujano Henri de Mondeville aconsejaba no comenzar nunca un tratamiento sin antes haber llegado a un acuerdo concreto respecto de los honorarios. Afirmó que se podía aceptar pollos y gansos de parte de los pacientes pobres, pero a los indigentes había que prestarle los servicios por amor a Dios.

Parece que algunos soberanos ingleses no estimaban mucho los servicios de sus médicos. Al Dr. Edmud King se le asignó la suma de 1.000 libras esterlinas por mitigar un accidente cerebrovascular sufrido por Carlos II (S. XVII), pero no se le pagó jamás.

En Francia, al contrario, el Rey Sol, Luis XIV, era espléndido con sus médicos: al cirujano Félix le pagó 300.000 libras y una finca, por operarle un fístula anal; y 100.000 y 80.000 respectivamente a los médicos D'Aquin y Fagon, ayudantes de Félix.

Catalina la Grande, mandó llamar de Inglaterra al Dr. Dimsdale para que introdujera en Rusia la inoculación contra la viruela y le pagó unos honorarios de 10.000 libras esterlinas, además de otras 2.000 para gastos de viaje; también le concedió varios títulos nobiliarios y una pensión vitalicia de 500 libras anuales.

A finales de S.XVIII, en 1.790, los médicos de Nueva York adoptaron una tarifa que modificaron en 1798 de acuerdo con la nueva moneda norteamericana. La resolución fue acompañada de la siguiente declaración de principios: "Nada más lejos de nuestro ánimo que desear que el médico exija los mismos emolumentos del rico y del pobre; sus honorarios deben estar necesariamente supeditados a la capacidad económica del paciente; sin embargo, debe en todo momento, dar la impresión de que sus servicios son valiosos, debe cobrar unos honorarios justos, hacer la rebaja que requieran las circunstancias pecuniarias de sus pacientes y no profesar abiertamente que ejerce la medicina a mitad de precio".

En el segundo viaje de Cristóbal Colón llegó a Hispanoamérica el médico sevillano Diego Alvarez Chanca, con un sueldo anual de 50.000 maravedises o maravedíes (unas 10.000 pesetas), sueldo que él con-

sideró bajo, pero nunca se lo aumentaron.

Durante los S. XVII y XVIII el sueldo corriente de un médico de hospital en Santiago de Chile era de 150 pesos, y el de un cirujano 80 pesos (anuales).

Alrededor de 1.600, un médico de Buenos Aires, el Dr. Alvarez percibía del municipio unos honorarios de 400 pesos anuales, no en metálico, sino en especie, por sus servicios en un hospital.

Durante el S.XVII, en Venezuela, el Dr. Navarro cobraba de 30 a 60 pesos anuales por atender a una familia, incluidos los esclavos. Fue uno de los pocos médicos que amasó una gran fortuna.

En Méjico, a fines del S. XIX, los honorarios eran de 50 centavos a 8 pesos por visita, en la capital, y de 50 centavos a un peso en el resto del país.

Para este rápido recorrido por los diversos países y épocas he utilizado casi literalmente los datos que la excelente revista médico-humanística M.D. en Español, trae consignados en el número correspondiente al mes de Julio de 1968. Sin duda nos orienta, poco o mucho, sobre la relación económica entre médico y paciente. Yo veo muy claro establecido el principio básico de que los honorarios del médico deben guardar relación con la capacidad pecuniaria del enfermo; por ello me parece que es de la esencia de la práctica médica, ya que a los muy ricos se les cobra grandes sumas, no cobrarle nada a los indigentes.

Con razón el Dr. Félix Martí Ibáñez, en su penetrante y lírico estilo ha dicho: "La carrera médica no sólo requiere vocación "de deber" sino una vocación de amor, casi religioso para lo que se va a hacer, vocación no influida por falsos espejismos de riquezas y de gloria".

Nuestra ley 23 de 1981, sobre Etica Médica, recogió ese principio básico en el Artículo 22 (Cap.I del Título II): "El médico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir, teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente..." Y el Artículo 28 habla de "Consultas gratuitas para las personas económicamente débiles".

Otro principio que se nota claramente es el de la libertad del médico para ejercer su profesión. Vimos a algunos colegas que percibían sueldos de organismos oficiales pero también hay constancia de que atendían pacientes privados. Y así, Quinto Estertito entre los antiguos, y el Dr. Navarro en el S. XVII acumularon mucho dinero con el ejercicio privado de su profesión; aunque el

historiador no lo dice estos colegas debieron tener una clientela selecta de personas con mediano, bueno y excelente poder económico, aunque con seguridad, también tuvieron uno que otro enfermo indigente.

Creo también, que este recorrido histórico nos dice algo en relación con los Códigos:

Hammurabi, el sexto soberano de la primera dinastía de Babilonia, gran legislador y político, se empeñó en el intento de amalgamar en una sola nación los pueblos que él había reunido bajo su poder: babilonios, sumerios, asirios y amorreos. Por eso intentó establecer una sola lengua, una cultura, una sola forma administrativa y una sola estructura jurídica: todo esto debía quedar consignado en Leyes que fueron compiladas en el célebre Código de Hammurabi. Y Teodorico, el Rey ostrogodo, el más importante caudillo bárbaro que ejerció su poder en las provincias romanas después de la caída del Imperio de Occidente, realizó esfuerzos notables para armonizar a ostrogodos y romanos, por diferentes medios entre los cuales estuvo el famoso Código de Teodorico. Con seguridad, dichos Códigos fueron hechos por personas no médicas que más bien intentaban congraciarse o proteger determinadas clases sociales. Por eso están consignados en ellos los castigos o indemnizaciones con que los médicos deben resarcir la no curación del enfermo, no curación que los legisladores veían siempre como patología yatrogénica. En el Código de Hammurabi se lee que "si el médico no logra salvarle la vista a un noble debe pagar con la pérdida de los dedos de una mano". Tengo la impresión de que las actuales demandas contra los médicos por mala práctica, ante los tribunales ordinarios, son una manera moderna de aplicar los dos célebres Códigos de épocas pretéritas.

Pero el recorrido histórico no nos dice mucho en el terreno práctico, hoy por hoy, sobre los honorarios médicos. Comenzando porque no es fácil saber cual era el poder adquisitivo de las monedas antiguas, cosa que sí sabemos si no retrocedemos mucho en el tiempo. Hace 40 años un médico en Cartagena cobraba \$2 pesos por la consulta, pero el ternero de un año se conseguía por unos \$20: en este caso si podemos tener un punto de comparación. Tampoco la historia nos dice mucho sobre cómo establecer en la práctica unas tarifas justas por parte de los Seguros Sociales, la Cajas de Previsión, las empresas, etc., organismos estos que forman parte de la llamada socialización de la Medicina. Pienso que, sin negar los beneficios que estas estructuras prestan a los trabajadores de empresas pequeñas asegurándoles asistencia médica, son muchas las desventajas que ellas han traído para la profesión médica en general y aun para algunos trabajadores de empresas grandes. Es que, en alguna medida, estas instituciones no cuadran con el ordinal 7º del Artículo 1º (Título I.Cap I) de la Ley 23 de 1981: "Es entendido que el trabajo o servicio del médico

sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente".

Creo que la acción del Seguro Social, de las Cajas, etc., fue la gran responsable del nacimiento de los Sindicatos de Médicos. El médico, al ser equiparado por esas entidades con un obrero o trabajador de cualquier fábrica, sintió que él no era más que eso, un obrero, un trabajador más; somos los obreros de una fábrica que se llama cuerpo humano; y no hay obreros que se respete que no tenga un sindicato. Lo malo o lo bueno, es que nosotros los médicos no tratamos cuerpos solamente, o mejor dicho nunca; nosotros tratamos personas, la inefable simbiosis de cuerpo y alma, ese inigualable e irreplicable ser que se llama hombre. La concepción sindicalista de la Medicina echó por la borda el poder que todos los pueblos antiguos le reconocieron a la Medicina considerándola un arte sagrado, como lo prueba el principio del Juramento Hipocrático, la deificación griega del fundador de la Medicina y los capítulos 13 y 14 del Levítico.

Si después de todas estas consideraciones me sintiera capaz de proponer algunas fórmulas, me colocaría en la misma línea del artículo 22 de la Ley 23 y diría que los honorarios médicos dependen de cuatro circunstancias, principalmente:

a) La importancia del acto médico; naturaleza y duración de la enfermedad; estado de gravedad del paciente. No es lo mismo el servicio médico prestado a un paciente que padece de resfriado común o de una uña encarnada y ese mismo servicio a un enfermo de úlcera péptica perforada o una uremia post-renal.

b) Tiempo y lugar. No es igual atender a un paciente a la una de la madrugada que a las 10 de la mañana; ni verlo en el consultorio cómodamente, que examinarlo en su residencia, máxime si la casa está situada en las afueras de la ciudad o en el área rural.

c) La categoría científica del galeno. No puede ser exactamente lo mismo el acto médico prestado por un médico general a un paciente que sufría de trombosis coronaria, y el acto médico de un cardiólogo que ha estudiado dos o más años después de haber terminado su carrera, y por ello, se supone, sus servicios en esta clase de enfermos deben ser más eficaces.

d) Por último, una circunstancia que por sí sola puede en últimas ser la determinante de la cuantía de los honorarios; me refiero al estado económico del paciente o de sus responsables, como ya hemos visto repetidas veces; y para juzgar el estado económico del paciente pensaría algunos procedimientos: la declaración de renta del paciente o sus responsables podría ser una buena

guía, pero todos sabemos que en Colombia nadie hace una declaración real; o que el paciente presente un balance como el que exigen los bancos cuando solicitamos un préstamo: sólo que en el caso del préstamo generalmente "inflamos" el balance y el caso de pagar la cuenta por servicios médicos, se desinflaría a tal punto el balance que a lo mejor le toca al médico encimar algunos pesos al paciente para que compre las medicinas.

Podría establecer límites mínimos y límites máximos al valor de los honorarios, según el nivel económico-social del enfermo tomando como guía las clasificaciones que en sus tarifas tienen las empresas: para el acto médico clasificado con el grupo X, por ejemplo, la tarifa iría desde un salario mínimo hasta 30.

Tan difícil es establecer honorarios justos para ambos, médico y paciente, que el legislador colombiano escribió en el artículo 25 de la Ley 23: "Cuando quiera que se presente diferencias entre el médico y el paciente con respecto a los honorarios, tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el Colegio Médico correspondiente".

Es decir, que la Ley declara incapaz a la justicia ordinaria, llámese Juez Municipal, Juez de Circuito, etc., para dirimir esta clase de controversia y acepta que sólo un Tribunal compuesto exclusivamente por médicos, a quienes se supone poseedores de las virtudes de justicia, ecuanimidad, sensibilidad social, etc., pueden juzgar y fallar un asunto tan delicado.

Ciertamente, Señores Académicos, en el terreno práctico, como dije en un principio, no es fácil establecer una fórmula, no digamos infalible, pero ni siquiera exenta de discusiones. Quizá en un foro amplio, de varios días de duración, en el cual participen médicos de todas las condiciones y especialidades, se logra hacer al menos, una guía que sirva para que los honorarios médicos dejen de ser el tema difícil y embarazoso que es hoy (Embarazoso: que incomoda).

DICOTOMIA Y OTROS ASPECTOS DE LOS HONORARIOS MEDICOS

Según el Diccionario de la Academia de la Lengua, Dicotomía es (3a. Aceptación): "La práctica condenada por la recta deontología, que consiste en el pago de una comisión por el médico consultante operador o especialista, al médico de cabecera que le ha recomendado un cliente". Y el artículo de nuestra Ley 23 de 1981 corrobora: "El médico no debe aceptar o conceder participaciones por la remisión del enfermo". Como vemos la dicotomía, por definición, está en contra de la ética médica, transgresión moral que la ley colombiana coloca en la

categoría de delito.

Es poco o nada lo que se podría decir sobre el tema. Tampoco creo que haya mucho que comentar sobre los honorarios que los padres, los hijos y la esposa del médico deban cancelar al galeno tratante. Estoy plenamente de acuerdo con el artículo 27 de la Ley 23 cuando dice: "Es deber del médico asistir sin cobrar honorarios al colega, a su esposa y los parientes en primer grado de consanguinidad que dependan económicamente de él, salvo en los casos en que estén amparados por un seguro de salud".

Sin embargo, comento que ya es hora de ceñirnos más a este artículo legal, en el sentido de recordar que es sólo a ese tipo de familia del colega, cuando dependan económicamente de él, a quienes no le debemos cobrar; y ni la Ley positiva, ni la Ley moral nos obligan a atender gratis al sobrino, al tío, al cuñado, etc., etc., si consideramos el ya incontable número de galenos existentes en nuestro país (y en los que vienen en camino), cada uno de los cuales tiene múltiples familiares. Digo esto, porque yo casi nunca les cobro a esos familiares lejanos del médico, más por elegancia que por sentirme obligado a ello. Estoy convencido de que a todos Uds. les pasa lo mismo.

Para terminar, deseo formular tres preguntas que en mi opinión sólo pueden responder los participantes a ese gran foro que he propuesto hace un momento.

La primera pregunta me la hizo un ayudante de contabilidad del Hospital San Pablo: no pude darle respuesta que me dejara satisfecho. ¿Riñe con la Etica Médica el que un médico que recibe un sueldo del Hospital (Hospital del estado) atienda pacientes privados dentro del horario que se supone debe trabajar para el Hospital? La segunda pregunta me la hago a mí mismo y la transmito a Uds. porque mi respuesta tampoco me parece indiscutible. ¿Riñe con la Etica Médica el hecho de que un profesor (de medicina) de tiempo completo, se tome muchas o pocas horas de ese tiempo para prestar sus servicios a otras instituciones o a pacientes privados? Una última pregunta: ¿Cuál es la razón que exonera al Psiquiatra de la obligación ética de no cobrarle al colega por servicios prestados a éste, a su esposa, sus hijos y sus padres, cuando dependen económicamente de aquél?

LECTURAS RECOMENDABLES

ENCICLOPEDIA MONITOR. Edición de 1969.

HISTORIA UNIVERSAL. Edición Nauta 1982.

COROMINAS, Joan. Breve Diccionario Etimológico. Editorial Gredos

KASS, León R.- J.A.M.A. 244: 1811.1980

ALONSO, Martín.- Enciclopedia del Idioma. Edición de 1958.

M.D. en Español. Julio de 1968. Enero de 1966. p.14.

CONSIDERACIONES SOBRE LA RESPONSABILIDAD DEL ESTADO ANTE EL EJERCICIO ILEGAL DE LA MEDICINA EN COLOMBIA

Guillermo de los Ríos Gulfo. M.D.*

Si algún tema es difícil de tratar, por los diferentes aspectos que se presentan en el planeamiento y análisis de los factores incidentes, es el del ejercicio ilegal de la Medicina.

Esta profesión universitaria solamente puede ser ejercida por la persona que ha cursado el pensum reglamentario en una Universidad oficial o en alguna de las numerosas Escuelas de Medicina particulares reconocidas por las autoridades educativas gubernamentales.

Cumplido el ciclo de estudios, el estudiante debe realizar las prácticas clínicas en hospitales universitarios, hospitales regionales, con aprobación oficial o clínicas y hospitales particulares previamente aprobados. Esta práctica constituyen el internado obligatorio, y permite al estudiante recibir el título de Médico.

Recibido este título legal debe cumplir con el requisito de la medicatura rural, durante el período de un año. En caso de no hacerlo, el gobierno se abstiene de refrendar el diploma universitario que acredita su condición de Médico graduado.

En el caso de los especialistas, una vez culminadas las etapas anteriores, el estudiante ya graduado debe hacer estudios de post-grado, durante un mínimo de tres años, en el ramo de la medicina que haya escogido, ya sea en el Hospital Universitario o en un hospital o clínica de las condiciones ya señaladas, para lograr el título de especialista que le otorga la facultad de Medicina en que ha realizado los estudios, con el aval de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y el

Instituto Colombiano de Fomento de la Educación Superior (ICFES).

Hasta aquí el origen legal de la Medicina en Colombia. Veamos los aspectos que constituyen la base fundamental de la responsabilidad del Estado.

La creciente multiplicación de las escuelas de medicina, cuyo número total pasa de dos decenas, entre oficiales y privadas, estas últimas con inocultable ánimo de lucro, constituyen el primer aspecto del ejercicio ilegal de la Medicina.

Dada la enorme cantidad de estudiantes que egresan cada año de todas las Escuelas de Medicina del país, oficiales o privadas, es imposible para los egresados realizar las prácticas del internado y cumplir la exigencia oficial de la medicatura rural, por las siguientes razones:

1) Falta de capacidad de los hospitales regionales o privados donde puedan realizar las prácticas clínicas indispensables, cuando los hospitales universitarios de su zona están saturados.

2) Dificultad para lograr un cargo de médico rural en su respectivo territorio o en cualquier lugar del país, por la estrechez presupuestal de los correspondientes servicios de salud, o por la imposibilidad de lograr la recomendación de los políticos de turno que dominan con su influencia todos los cargos del sector público.

3) Disminución cada día más creciente, de las apropiaciones presupuestales por parte del ministerio de Salud para la atención de los problemas asistenciales, mantenimiento de hospitales, campañas de Medicina preventiva y Medicina social, etc.

Si tomamos en cuenta que el monto del sector salud debe requerir un mínimo del 10% del total del presupuesto nacional, y por lo que en realidad se destina para tal fin no alcanza al 6%, no es posible que pueda mantenerse un buen nivel asistencial sin escasez ni miseria.

Mientras en otros países se destina para la salud un mínimo de 11.5% del producto interno bruto, que es mayor que el presupuesto nacional del respectivo país, ¿cómo podemos los colombianos aspirar a disponer de un buen servicio médico-asistencial, con médicos incompletos, insuficientemente preparados y con notorias deficiencias en los aspectos éticos de la profesión?

Los jóvenes egresados ven pasar el tiempo y, finalmente, se deciden a iniciarse en la práctica médica sin el título oficial. Actúan en las zonas sub-urbanas y en algunas ocasiones en medios rurales próximos a las capitales

* Miembro de Número de la Academia de Medicina de Cartagena. Profesor Honorario de la Universidad de Cartagena. Magistrado del Tribunal de Ética de Bolívar. Exprofesor de la Facultad de Medicina de Cartagena

departamentales o en las provincias.

Aquí nace el ejemplar del médico ilegal que, a pesar de haber cursado los estudios reglamentarios, carece de los documentos legales mínimos: el Diploma de grado y la Tarjeta Profesional.

Si nos atenemos a la significación del vocablo "legal" establecido por la Real Academia de la Lengua Castellana, legal es: "Lo prescrito por la ley y conforme a ella. Verídico, puntual, fiel y recto en el cumplimiento de las funciones de su cargo". De ilegal, se expresa la misma fuente: "Lo que es contra la ley".

¿A quién puede atribuirse, en las condiciones descritas, la responsabilidad de la ilegalidad de los nuevos médicos sino al propio Estado?

La realidad que dolorosamente confrontamos actualmente, y que se agravará en el futuro si no se toman decisiones definitivas, nos lleva a situar el principal responsable del ejercicio ilegal de la Medicina en el Estado colombiano.

A esta situación de ilegalidad se une la falta de mercado para los jóvenes médicos con sus documentos en regla, que fuera de toda posibilidad de ejercer la profesión que estudiaron, se ven en la necesidad de recurrir, para su propia subsistencia y las de sus familiares, al sub-empleo o ejercicio de labores no apropiadas a su condición profesional.

Los que carecen de los documentos legales se deciden, en muchas ocasiones, a realizar un ejercicio profesional deficiente, en medios inapropiados, dentro del cual llegan a prácticas ilegales y fuera de toda consideración ética, con perjuicio de la comunidad.

En este aspecto sólo la intervención del alto gobierno y de los congresistas, podría modificar esta aberrante situación. Deben realizar todos los esfuerzos necesarios para lograr una legislación más exigente en lo relativo a la educación médica, establecer un adecuado control de los centros privados de formación de médicos y evitar la creación de nuevas escuelas de medicina, para frenar la saturación profesional, factor determinante de la desocupación de millares de médicos recién egresados.

Por otra parte, es indispensable luchar porque no se vulneren los derechos del médico, por las oportunidades de trabajo digno y por ejercicio profesional dentro de las normas de la ética médica.

Solamente así podríamos controlar esta forma de ejercicio médico ilegal, estimulado por deficiencias estatales, desorganización hospitalaria y estrechez presupues-

tal de la salud en Colombia.

Otro aspecto del ejercicio ilegal de la medicina es el que representan los empíricos, curanderos, rezanderos, botánicos, pseudo-farmacéutas y charlatanes de ferias o mercados, contra los cuales hay un recurso positivo que no se cumple: La represión policiva y la sanción penal.

El abandono del medio rural en el enfoque de la campañas de salubridad y atención médica por parte del Estado, ha convertido a muchos corregimientos, veredas y comunidades en terreno apropiado para el establecimiento de teguas como únicos elementos al alcance de los campesinos en la lucha contra las enfermedades y la muerte.

Si el gobierno reorganiza la prestación del servicio obligatorio de la medicatura rural, buscando la forma de situar en cada uno de los municipios colombianos uno o más médicos rurales, debidamente capacitados, cesaría el dominio de los teguas y se combatiría con efectividad la práctica ilegal de la medicina.

Dentro de las nuevas disposiciones sobre la vida municipal, alcaldes elegidos por voto popular, nuevas fuentes económicas para los municipios pobres, y participación directa en el producido de los impuestos que se generan en sus jurisdicciones, bien se podría pensar en la colaboración fiscal de los propios municipios para el sostenimiento de uno o más médicos rurales, según su disponibilidad económica. En una palabra, la nación nombra y financia al médico rural y el municipio colabora en su mantenimiento. Si se llega a esta realidad, los hombres del campo verían nacer una esperanza, tendrían una mayor supervivencia para sí mismos y para sus familias.

La electrificación y la vivienda no constituyen los únicos factores importantes en el mejoramiento de la vida rural. La salud no debe seguir abandonada. La provisión de agua potable, la educación sanitaria y nutricional, debe marchar a la par de la enseñanza mínima desde la escuela primaria. Hay que crear una verdadera conciencia sanitaria y difundir, por todos los medios, la necesidad de buscar la atención médica apropiada a través del facultativo capaz, abandonado a los teguas y empíricos.

Volviendo al medio ciudadano, en muchas capitales de departamento, aun en las que existen escuelas de medicina oficiales o privadas, se presentan oportunidades de ejercicio ilegal de la medicina por parte de personal para-médico y de particulares, que actúan principalmente en el campo obstétrico y ortopédico, verificando abortos criminales, atendiendo partos en forma empírica, verificando reducciones de fracturas cerradas, practicando masajes y rezos en contusiones y esguinces y ejerciendo "curaciones de mal de ojo" con bebedizos de

yerbas y menjurjes grotescos.

El panorama que presenta el ejercicio actual de la medicina en nuestro país es un caleidoscopio de contrastes. Mientras subsiste y crece lo que podríamos llamar el ejercicio informal de la medicina y persisten los aspectos ilegales y empíricos en el medio rural, se conforta el espíritu colombiano con el establecimiento de modernos centros médicos de tecnología avanzada y procedimientos computarizados, que permiten realizar en nuestro medio trasplantes de órganos, reposición de arterias deterioradas, fecundación invitro e implantación de óvulos fecundados, reemplazo de huesos por acrílicos y otras intervenciones de cirugía super-especializada.

Pero estamos viviendo a la par de este progreso, una medicina fría deshumanizada y comercial. Cuan distinta de la ciencia médica tradicional, humana, espiritual y afectiva, la medicina socializada del presente, donde el paciente es un número y el médico un androide. La norma hipocrática de curar algunas veces, aliviar otras y consolar siempre, olvidada y desueta. La enseñanza de la medicina convertida en un negocio industrial, que no mide las repercusiones de una superproducción de profesionales que no alcanzan a ejercer sus actividades por falta de oportunidad, viéndose obligados a ganarse la vida en otros oficios, cuando existen grandes núcleos humanos que no tienen ocasión de recibir la más elemental atención médica.

La medicina actual no corresponde, en su aspecto social, al progreso del país. Se cierran hospitales. La escasez y la penuria reinan en la instituciones asistenciales del estado; la beneficencia, que se alimenta de las rentas que producen los servicios, en situación menesterosa, porque el cauce financiero que debe sostenerlas es represado por delitos administrativos, deshonestidades fiscales y violencia física, moral y política. Todo se quiere solucionar con la caridad pública, teletones, radiotones y otros medios, para lograr de la generosidad de las gentes lo que el erario no aporta. Y de contera, el servicio profesional de los médicos mal remunerados o explotado gratuitamente.

Pero hay que seguir adelante, haciendo cada día un nuevo camino al andar. En este camino se presentan muchos aspectos que requieren cambio; y ello sólo se logrará con la ayuda de Dios y la voluntad de los colombianos que aman a su patria.

Las generaciones de médicos jóvenes que ven transcurrir su mejor edad sin un horizonte despejado y seguro, tendrán mejores días; y llegarán a engrandecer la medicina colombiana como lo hicieron sus maestros ilustres, que desde el más allá, o sobrevivientes ya ancianos, les servirán de ejemplo para llevar al hombre colombiano a la

verdadera salud: un perfecto estado de bienestar físico, mental y social.

Finalmente en lo que respecta a propaganda y anuncios profesionales de los médicos, tema que me fue asignado junto con el que ha tratado en las cuartillas que anteceden, me es placentero reconocer que en este aspecto casi la totalidad de los médicos que ejercen en el Departamento de Bolívar se ciñen a los mandatos de la Ley 23 de 1981, que estableció severas normas de ética en el campo de la publicidad y propaganda de la profesión médica en Colombia. Pero no faltan excepciones, y entre ellas anoto la gran difusión publicitaria que se viene haciendo a los fastuosos centros de adelgazamiento, que se han constituido en un nuevo renglón comercial de la medicina. En estos centros se ofrece hacer perder en dos semanas hasta 20 kilos de peso corporal, con grandes desembolsos de dinero por parte de los clientes esperanzados en conseguir una esbelta figura.

La publicidad de que hacen gala estas organizaciones es ostentosa, pero en la mayoría de los anuncios no aparecen los nombres de los profesionales especializados en esta clase de actividades médicas, a pesar de que algunos centros expresan tener licencia del Ministerio de Salud; y en otros aparecen como directores médicos que se dedican a actividades muy diferentes a las anunciadas.

Dejo estas inquietudes a las HH. Academias de Medicina del país, reunidas en esta celebración del centenario de la fundación de la H. Academia de Medicina de Medellín, para que en la compilación final de todos los trabajos presentados en esta grandiosa efemérides, se haga llegar al Gobierno Nacional el clamor de un cambio, ojalá al nivel de los que se proyectan para la erradicación de la pobreza absoluta.

Colombia necesita erradicar la insalubridad y conquistar la salud absoluta.

REIVINDICACIONES LABORALES: PARO MEDICO

Rubén Castro Delgado. Pbro.CIC.D.*

Con un poco de presunción y muy buena voluntad, acepté hablar del tema específico "Reivindicaciones Laborales" y como punto destacado entre ellas "El Paro Médico".

De primer momento tuve la sensación de que eran dos asuntos del mismo jaez, pero habiendo visto la escritura

* Profesor de Etica Médica. Facultad de Medicina. Universidad de Cartagena

del comunicado, observé que se trataba de único aspecto: la huelga o paro médico.

Para hacer del tema tomaré metodológicamente el hilo desde el ovillo ya que si viene aquel con quebras y torceduras, mal hará quien éste desenrede y maneje. Por lo mismo del inicio me hago la pregunta: ¿la sociedad médica actual sí acepta que se le hable sobre melindres morales?, porque de estos requiebros trata el ciclo general de conferencias que esta Honorable Academia programó, el cual tiene como tema general "La Deontología Médica". Respondo afirmativo si miro a los organizadores de "La fausta efeméride", Sociedad brillante y añosa que respira tradición centenaria e incontaminada, plena de varones ilustres.

Pero se me entra el diablillo de la duda al mirar a esa otra ala de la misma sociedad médica, no ya con mayúscula ni festivamente centenaria, más aún, apartada de quehaceres societarios. Las caras de aburrimiento, por no afirmar de franco rechazo que otrora presencié, al ejercer aforable profesorado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena, y en eventos de idéntica naturaleza moralística, como en los debates previos a la aprobación y promulgación de la combatida ley 23 de 1981; qué poca intelectualidad médica asistía, aún para oír a eminentes autoridades nacionales.

A mayor abundamiento y para especulaciones, la real falta de moral profesional nos asusta cuando "sotto voce", se comenta en conventículos el caso de tales cobros o tales actuaciones no aceptables, o el alegato de licitud del paro médico para regatear reivindicación laboral.

Leo en Marciano Vidal, "Moral de las actitudes", lit. A, núm 1, pag. 9, vol. III: "...la ética médica social no debe colocarse en el camino de la patética moral" y continúa el autor Marciano Vidal tratando de las "globalizaciones" "simplificadoras", "ideológicas", y "manipulantes", para caer en contradicción sentimental, <...la sociedad actual no tolera una aproximación ética desde los "prejuicios" y "estereotipos" de la patética moral. Moralistas y educadores tienen que enfrentarse con el corazón ético de la sociedad y no con sus apariencias">. Repito y énfasis: "corazón ético de la Sociedad"; ¿será, manes de Pascal, que el corazón tiene razones que la razón no entiende? En qué quedamos: ¿Patética o razón?, ¿emoción o inteligencia?, ¿bolsillo o enfermos?, cerrada de atención médica en los hospitales o el dolor del semejante en racional filantropía?, ¿olimpismo profesional o pueblo doliente necesitado de ciencia en correcta democracia?, ¿mi adorable yo o el Cristo paciente en sano cristianismo?

Dejemos la patética y la oratoria y vengamos a mejor ordenamiento; sea lo primero, los rasgos, valores y pautas que las costumbres, apoyadas en símbolos e instituciones

de carácter antropológico, han impreso en la altura y cuasidivinidad del médico y ello en todos los grupos culturales, desde antaño hasta hogaño, y muy contra la voluntad de quienes pretenden desmitificar profesión tan arraigada en la naturaleza del hombre como es la del médico con cualesquiera de los nombres con que a través de las lenguas se le haya querido llamar; a él cualquier cosa se le permite o condena: de dinero o de riqueza si como hombre, de calificativo divino si como dios, pero nunca deje de hacer el rol, papel, función, oficio o desempeño de curador de almas y de cuerpos.

No sólo verdadero sacerdote entre clásicos griegos o latinos, sino donde quiera que haya un dolor que obligue a levantar los ojos al cielo, tiene significación hierática. Si no fuera por la limitación circunstancial de tiempo, cuántas anécdotas o historias podría comentar, pero me exime de ello el riquísimo acervo que los presentes oidores guardan en el archivo de la memoria y con las cuales se justifica la condenación del paro médico.

El segundo campo de la realidad, el teórico o conceptual que incluye el paro o huelga del médico no sólo es la antropología cultural como ciencia de los hechos humanos, sino la filosofía la que me sirve de hontanar de principios dinámicos para asumir posiciones, mejor posición epistemológica actitudinal dentro de la humana axiología, es decir, razones y motivaciones fundamentales en principios elaborados sobre hechos sociales en función de aprobar o reprobar la huelga hecha por médicos.

Hoy recuerdo, como si fuera ayer, la definición que memorísticamente grabé sobre ética; rezaba así mi bienamado y archivado autor Farges et Barbedette (V. II-pág. 349 ad 1 B); "Scientia practica morum seu actuum humanorum ad honestatem naturalem directiva, per supremas regulas moralitatis", lo cual en buen romance enseña: "ética es la ciencia práctica de las costumbres o actos de los hombres, dirigida hacia la honestidad natural por medio de las más altas normas de moralidad". En gracia de mi categoría de alumno reverente e intonso la recibí sin discusión; hoy cuando el sol está bastante caído a mis espaldas, vuelvo a recibirla humildemente, a pesar de las diversas arrugas y posibles caricaturescas tautologías radiotelegrafiadas, dado que en tanto tiempo de profesorado, 40 años, moliendo los mismos temas y viendo parir autores, no he podido hallar suplente apodíctico de Farges et Barbedette.

Pues bien, para iluminar juicio favorable o desfavorable al paro médico, sin epítetos para no desviar atenciones y en el sentido obvio de la palabra, tendríamos en la precitada definición:

a.- Sucesión racionada de principios prácticos, no simple colección de normas o leyes al estilo Hammurabi,

ni agregación patética de prebendas, bolsas o sentimientos burocráticos pecuniarios;

b.- libre de abstracciones ensoñadoras y altamente distractoras como ciencia práctica que es;

c.- no simplemente de los hechos humanos, que sería crónica o historia de los actos consuetudinarios, vale decir, como agentes efectivos los hombres dotados de razón y de voluntad, personas en una palabra;

d.- "ad honestatem naturalem" confieso mi cortedad, pero no sé traducir la palabra latina "honestas", por las innumerables significaciones y relaciones que le ha dado el uso a la traducción directa literal **HONESTIDAD**; enumero algunas: justicia, verdad, modestia, sinceridad, virtud, pureza, equilibrio, racionalidad, entereza, inocencia, integridad; ahora bien, todos nos entendemos muy bien cuando aseveramos: Soy honesto, sea usted honesto, seamos honestos al tomar determinaciones como la del paro médico; y ¿qué decir de "naturalis"?: evidente, lo natural, lo perteneciente a la naturaleza, muy claro para el repentista, pero para quien reposadamente discurre, no es tan claro.

Veamos: la palabreja envuelve y encierra conceptos difíciles como lo físico, lo biológico, lo síquico, lo metafísico, lo espiritual en cualquier forma en que se hable del espíritu, sea a la francesa, sea a la española, a la espiritista, a la espiritualista clásica, gnóstica o católica, el hombre total, íntegro, global, holístico, indivisible, uno, o finamente panteístico, astral o cósmico. Creo que es mejor no entrar en discusiones, no meneallo, cada uno abunde en su leal saber o entender. Hablemos de la honestidad natural, natural como el "vecino habla a su vecino", aún incluídos y con potísima razón los médicos que hacen paros;

e.- finalmente por medio de las más altas reglas de moralidad; pero, ¿y cuáles son estas reglas o normas? Si son normas o reglas deben ser concretas, si son supremas deben ser aceptadas por todos, para ser concreto tengo que colocarme entre límites, hasta aquí y hasta allá, hasta acá y hasta acullá; si son supremas o mayores deben tener tasas o escalas de medida. ¿Quién me da lo primero? y, ¿quién me fija lo segundo? En cuanto a esta bina, yo tengo sistema axiológico, esto es, conjunto de principios y valores sobre los cuales gira mi estructura moral, cuya epistemología, vale decir, las razones últimas y capitosas por las cuales me motivo y me muevo; si estos goznes de mi actual moral, giran sobre quicios materiales, biológicos, físicos, solamente lo material, lo biológico, lo tangible me va a dirigir, y por lo mismo, límites, normas o leyes que no estén y nazcan dentro de este ámbito, no los recibiré; de la misma laya, si me muevo dentro del campo individualista, por favor, no me hablen de sociedad, de

comunidad o de fraternidad porque seré sordo a esas voces; si para mi comportamiento moral no existe rey ni Dios, taparé los oídos a mandatos divinos o humanos; en pocas palabras, según el sistema ético que rige mi mente, mi conciencia y mis actos, así será el orden directivo de mis actuaciones como ser racional, voluntario y libre; según ello el paro médico será legal o ilegal, justo o injusto, según el color del cristal con que se mire.

Dejo sobre la mesa las anteriores inquietudes, que primero me agujonearon a mí lejos de aquellos años cristalinios que comenzaron a empañarse precisamente con la antropología más limpia y auténtica en las cabeceras de los ríos chocoanos y ante indígenas cuya malicia moral no ví por ninguna parte, pero cuyas actuaciones primigenias comenzaron a levantarme ronchas, como las de aquellos hombres de la más pura negritud las levantaron al laureado teólogo de Lovaina quien los adoctrinaba sobre cómo el Cuerpo y la Sangre de Cristo, comidos devotísimamente eran nuestro mejor alimento; y uno de los viejos jefes le comentó que según esa doctrina los negros debían regresar a la antropofagia; redarguyó el laureado que se trataba de adquirir el espíritu, "l'élán", y el jefe, ni tardo ni perezoso, remachó: precisamente, eso era lo que buscaban nuestros mayores, que las cualidades mayores de los más valientes enemigos se trasladaran a nosotros para vencerlos.

Da pena dejar a un lado otros asuntos o aspectos interesantes y hasta necesarios para enfocar y juzgar el paro médico; me fijaré y muy por encima en el legal o jurídico. Ante todo la Constitución Nacional en el artículo 18 concede a los Colombianos la facultad o derecho a la huelga o paro, salvando siempre aquellas instituciones en que haya servicios públicos que atañen al bien de la comunidad; el Código sustantivo del trabajo la reglameta; artículos 429 y siguientes, y la Ley 23 de 1981, el artículo 1, bajo el numeral 6, enseña que "cuando el médico emprende acciones reivindicatorias en comunidad por razones salariales u otras, tales acciones no podrán poner en peligro la vida de los asociados".

Quienes en posiciones o ángulos, no propiamente médicos, miramos o leemos dictámenes normativos, en su intención muy sabios y muy sanos, tanto los transcritos como otros afines, vemos en la realidad muy compleja la aplicación de los mismos; y cómo de hecho, en concreto, durante las diversas situaciones por las que hemos atravesado quienes trabajamos en instituciones de salud, principalmente en hospitales universitarios, se vuelven profundamente confusas dichas directivas y frases que parecen claras, se tornan un batiburrillo que tiene tanto de largo como de ancho; "servicios públicos", "esperanza de éxito", "proporción entre los bienes que se esperan y los males que se temen", y así muchas más; cuando se llega al calor de la discusión, es muy difícil el diálogo, se perfila

esta conclusión: que la verificación y medida de estos factores están sometidas a los condicionamientos histórico-sociales sumamente intervenidos por la ecología social y por la dinámica de la psicología de grupos y de masas, a las veces imposible de manejar. Debe haber más investigación, estudio y análisis que arrojen luz sobre las relaciones del paro médico con la Deontología, buscando las íntimas redes que otras ciencias apoyatrices iluminarán profusamente; ellas podrían ser la psicología ambiental, la cibernética aplicada a grupos administrativos, la informática sistematizada y computarizada, y otras; ¿qué esto es soñar? Seguramente que sí cuando no se quiere despertar ante el hombre común que ha tomado conciencia de lo que es y de lo que vale, y el cual relativiza la autoridad y las normas y las leyes y la misma ciencia y al mismísimo Dios, porque hoy ese hombre se sabe dueño de sí, de sus derechos, de la naturaleza, de la potencia nuclear y de conocimientos enciclopédicos.

Se deben tomar posiciones claramente definidas ante los párrafos anteriormente presentados, y los cuales, no hay porque negarlo, tienen matiz francamente adverso a la huelga, justamente por reconocer su fuerza, más que más habiéndola padecido varias veces en el Hospital Universitario de Cartagena, habiendo llegado el orador al grado de camillero, y en alguna oportunidad, en huelga de médicos a lo anecdótico de sabor amargo, pues se trató de la enfermedad en que cayera la madre de uno de los galenos juvenzanos y habiéndola llevado al hospital el aludido, este servidor, con cara de seriedad pero sin intención aviesa, le sostuvo que los señores médicos estaban en huelga, como él muy bien lo sabía; se alteró el alumno de Esculapio como no digan dueñas, ante lo cual, con cierta flema, se le aseguró que la señora sería atendida en vista de sus méritos.

Con la parte doctrinal de esta historieta real, en la Nación del Corazón de Jesús, sin ribetes irónicos ni sarcásticos, sino con la profundidad esencial de la idea que encierra ese simbolismo, puedo, con permiso de la audiencia, traer a colación lo que en el número 531, pág. 23 y siguientes, de la Revista Javeriana, dedicado exprofeso a la justicia Colombiana, escribió el P. Alejandro Angulo Novoa, jesuita "...cuando Jesús de Nazaret quiso prèvenir a sus amigos seguidores contra el fariseísmo de los sepulcros blanqueados, les dijo: "Si su justicia no es más grande que la de los escribas y fariseos, no llegarán al reino de los cielos, con lo cual les impartió dos enseñanzas: la primera que por el camino del formalismo no hallarían salida, la segunda que la justicia más grande es la del reino de los cielos". Y algo más adelante:"...una de las primeras características de ese reino de la felicidad celeste es la igualdad, en el reino se cancelan los pases del favor, los puestos de honor, el poder de los tesoros que roe la polilla, y los privilegios heredados, más aún, el que está a la mesa es como el que sirve. Y el más pequeño

entre nosotros es el más grande en el reino", y la final del artículo:"...si la crisis transformó a Colombia en una aglomeración de clases con ánimo de lucro, la conversión, aunque decisión personal, se puede trocar en colectiva por una asociación como la que tuvo el carpintero de Nazaret con los pescadores de Galilea; una asociación privada con vocación de servicio público y una asociación de iguales con ánimo de trabajo".

Las puertas a mi larga experiencia vivida se abrieron ante la llamarada del Bogotá nueveabrileño y siguieron de par en par, hasta ésta, para mi muy honrosa, de hablar ante epónimos galenos que reconocen la urgencia de cumplir cabalmente lo dispuesto por la reforma universitaria proclamada por el 080 de 1980, en que a través de su contenido, se urge la obligación de la cátedra de Deontología en todas las facultades, sin excluir las de Medicina.

Ante la extensa praxis de profesorado y de profesión tengo la ilusión de ver en los cielos de mi patria, grabadas con letras brillantes, como nuevo Constantino, las palabras de los últimos versos de Anarkos:

.....Alza el brazo. La Europa lo aguarda como antiguo caballero....

.....el Pontífice Augusto trae el bálsamo santo que redime.....

.....y de sus labios tiernos salió como relámpago imprevisto....

.....esta sola palabra: "J E S U C R I S T O"

Relaciones médico-instituciones; relaciones médico colega; relaciones médico familia. Remisiones. Interconsultas

Antonio Duque Quintero M.D.*

RESUMEN

Partiendo de sus propias vivencias, el autor analiza los hechos que alteraron la buena calidad de la relación médico paciente, al colocar al primero como un impersonal empleado de una institución de salud, la sobreproducción de médicos y la baja posibilidad de un adecuado empleo, el deterioro obvio de la figura del médico de familia con el avance de las especialidades y, por último, recalca la importancia de la interdisciplinariedad puesta en práctica en las interconsultas para bien del paciente y de la profesión.

*Palabras claves: Etica médica
 Relación médico paciente
 Relación médico familia
 Relación médico colega
 Interconsultas
 Desocupación médica.*

SUMMARY

Based on his own recollection, the author analyzes the circumstances that have altered the quality of the pre-existing physician-patient relationship, circumstances that have placed the former as an impersonal employee of an Institution. Furthermore, the increase in the number of medical doctors and the reduced probabilities of obtaining adequate employment, as well as the obvious deterioration of the imagen of the traditional family physician in favor of the specialist, are to be blamed. The autor emphasizes the importance of inter-relations between the various medical specialist so that the patient and the profession may both benefit.

*Key words: Medical ethics
 Physician-patient relationship
 Family physician
 Physician-colleague relationship
 Counsel
 Medical unemployment*

En la década del 50; cuando fué fundada la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas, funcionaba nuestro primer Centro de Salud en el denominado Hospital Municipal, hermosa construcción al estilo de lo concebido bajo el influjo de las escuelas europeas en donde el papel de la ecología era reconocido, con amplios jardines, plétóricos de luz y olor a azaleas en floración, árboles frondosos y acogedores, salas de hospitalización con amplios corredores de acceso, profusión de ventanales, techos espigados, pisos de maderas relucientes, acogedores pasillos que permitían la conversación confidencial entre los familiares dolientes y el médico, y entre el profesor y sus discípulos ávidos de resolver todas las incógnitas que el día anterior frente al lecho del paciente habían quedado sin respuesta o ante la realización de una maniobra quirúrgica tardía que quizá en su real oportunidad, según el angustioso estudiante, hubiese sido salvadora.

En ese entonces la labor asistencial, con la llegada de los primeros estudiantes a las salas de hospitalización, se convirtió en una labor docente en razón de los convenios, no escritos, entre la Facultad de Medicina y el Municipio, mediante los cuales la Universidad se comprometía solemnemente a prestar, no sólo el apoyo personal y científico de sus profesores sino además a brindar sus conocimientos y sus experiencias a la comunidad hospitalaria con la aplicación práctica de todas sus habilidades, las médicas, las quirúrgicas, su ética y su moral. En el año de 1960, al inaugurarse el Hospital Universitario de Caldas, posesión de la Beneficencia de Manizales, se aprecia como la estructura misma del hospital, la ampliación de su cobertura y el incremento progresivo asistencial obligó a un replanteamiento entre los directivos sobre el incremento de vinculación de personal calificado en todas las áreas clínicas, incluyendo aquí los servicios llamados externos, consultas externas, servicios de urgencias. Ante la imposibilidad de la Universidad de cumplir, por

*Presidente de la Academia de Medicina de Caldas

esta obligación se dió como fórmula un arreglo amigable entre las partes: La Beneficencia, dueña del Hospital, se comprometía a vincular y pagar a aquellos profesionales que las diferentes disciplinas en franco progreso le exigían y la Facultad a reconocerles estatus de profesor a saber: Vinculación directa en los programas de Pregrado, deberes y derechos similares a los de profesores de carrera, obligatoriedad docente específica, respeto a las normas administrativas internas, disciplinarias y de atención médica que regían en la institución.

Fué ese un preámbulo de lo que posteriormente entraría a configurar el decreto 1210 mediante el cual "se organizan las actividades docente-asistenciales en las instituciones adscritas y vinculadas al sistema nacional de salud para que puedan servir eficientemente como campos para la formación de recursos humanos para la salud y la investigación de los problemas de salud", y entendiéndose por actividades docentes-asistenciales, según el artículo 1º : a) La utilización racional de las instituciones que conforman el sistema nacional de salud como campos docentes investigativos por parte de las universidades y otras entidades formadoras de personal para la salud que funcionen debidamente autorizadas por el estado, y b) La cooperación de las universidades y otras entidades formadoras de personal en el perfeccionamiento constante de las actividades que desarrolla el sistema nacional de salud.

Para nuestra región esto apenas representó la re-frendación escrita de una labor que se efectuaba desde el nacimiento de la Facultad. Pero la misma ley al reglamentar la organización de las actividades docentes en su artículo 11 dice: "La función prioritaria de las instituciones del Sistema Nacional de Salud es la asistencial, en consecuencia, el ejercicio de las funciones docentes no podrá interferir con la buena marcha asistencial". Y el artículo 12: "Cuando por razón de las actividades docentes la institución asistencial incurra en costos mayores de aquellos derivados de la asistencia normal, estos costos mayores estarán a cargo de la Universidad o entidad formadora de recursos humanos; los contratos deberán establecer los mecanismos para determinar la cuantía de estos sobre-costos".

Comienzan a aparecer en la década del 60 y en la del 70 cambios sutiles en la relación médico-institución, en un principio aparentemente intrascendentes, que no menoscababan las relaciones entre colegas, instituciones, pacientes y familia. Las Instituciones de Seguridad Social que expanden sus servicios a otras ciudades del país, a otras regiones sin contar ni con la estructura, ni con los recursos físicos, ni con los recursos institucionales, ni con los recursos de personal que le permitiera cumplir sus ambiciosos planes. Se inicia así un largo proceso aún no concluído de relaciones tormentosas y

difíciles entre las instituciones del estado y el cuerpo médico.

La ley 23 de 1981, por la cual se dictan normas en materia de ética médica, en el capítulo IV, De las Relaciones del Médico con las Instituciones, dice en el artículo 42: "El Médico cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en las instituciones donde preste sus servicios". Artículo 43: "El Médico que labore por cuenta de entidad pública o privada no podrá recibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones". En el decreto reglamentario 3380 de 1981, artículo 26, leemos: "El Médico que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atienda en esas instituciones y cuya asistencia está a cargo de las mismas". Y en la citada ley, en el artículo 45: "El Médico funcionario guardará por sus colegas y personal paramédico subalterno la consideración, aprecio y respeto que se merecen, teniendo en cuenta su categoría profesional, sin menoscabo del cumplimiento de sus deberes como superior".

Observamos pues como aquel esquema antiguo pero significativamente hermoso del médico familiar, médico de siempre y amigo de casa, que dominaba todo, que era consejero y confesor, se ha venido transformando para dar paso al profesional de institución, cada vez más impersonal, cada vez más frío, cada vez más especializado, con algún estatus socio económico, más distante, más y más superficial, menos afectuoso, menos cariñoso, menos dispuesto a escuchar y únicamente preparado para resolver en la soledad de una pieza de examen, que no en un consultorio, y sometido al campanazo doloroso e inquisidor del reloj, las angustias, afanes y pobrezas de su doliente comunidad; algunos tal vez en posesión de alta ciencia y tecnología pero exentos de un poco de humanismo.

Estos cambios sutiles pero progresivos y hoy al parecer inevitables (algo que me resisto a considerar como irremediable por siempre) es fruto de múltiples factores. La medicina social, no de individuos aislados, la medicina de la prevención. Ahora el paciente es una comunidad y la responsabilidad del médico es mayor: "El alcance de la medicina se ha ampliado... el médico ya ha dejado de ser un chamán, un sacerdote, un artesano o un clérigo y debe ser por exigencia algo más que un científico. Empezamos a vislumbrar el perfil de un nuevo médico, científico y agente local, que debe cooperar en equipos y en estrecho contacto con la población a que atiende. Dentro del constante evolucionar de la labor médica la práctica profesional se ha visto envuelta en los últimos años en una serie de transformaciones sociales y tecnológicas que obligan a replantear cada vez con más frecuencia y mayor prioridad el papel del médico frente aquello que se ha

convertido casi en un dilema insalvable, el paciente como parte vital y motivo de su carrera y la ciencia como campo inabordable cada vez más confuso que lo obliga a super-especializarse para salir de la mediocridad del no saber nada concreto del no dominar al menos una de sus ramas según sus quejas".

Según la doctora Teresa Albanez Barnola, directora regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, "pensamos que para que la salud se constituya en prioridad Mayúscula Nacional, además de las acciones de tipo político y administrativo, indispensables, a nivel de la formación de los nuevos profesionales médicos se requiere la introducción de cambios en la orientación de los estudios que le permitan al médico general:

1. "Desarrollar su capacidad para la investigación, conocimientos y comprensión de los problemas de salud de las grandes mayorías pobres marginadas, de las zonas rurales y urbanas".

2. "El conocimiento y uso de las más modernas técnicas de comprobada eficacia, valor científico, alto impacto y bajo costo, tales como la terapia y rehidratación oral, y el control de la infección respiratoria aguda, para el manejo de problemas que generan una alta morbimortalidad".

3. "Conocer y manejar las modernas técnicas de comunicación que lo habiliten para mejor comunicarse con los pobres, analfabetos totales o funcionales y respetando los valores y tradiciones culturales que le permitan ir paulatinamente transformando sus hábitos de vida y así evitar la muerte prevenible, controlar la enfermedad y mejorar el estado de salud general".

En una reunión celebrada bajo los auspicios de PRO-MEDA (Profesionales Médicos de Antioquia), celebrada en noviembre de 1986, el Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, doctor Abel Dueñas Padrón, al analizar los determinantes históricos del desbalance del recurso humano médico anota: "En 1965 el número de médicos en Colombia era de 3.5 por 10.000 habitantes lo que exigía una mayor proyección comunitaria en esta disciplina. Ante estos eventos los gobiernos trataron en aquel entonces de ponerse al día y en su afán de recuperar el tiempo perdido promovieron la expansión del sistema educativo con características de masificación. La población estudiantil universitaria se incrementó de 23.000 en 1960 a 85.000 en 1970 y a 389.000 en 1985. El interés de aumentar a todo trance la oferta del profesional universitario, habría tenido hoy menos connotaciones de problema si al mismo tiempo desde aquel entonces el estado hubiera caído en la cuenta de que tenía la responsabilidad y obligación de planificar también de manera simultánea las estrategias y meca-

nismos para lograr en el futuro la captación o absorción de esa fuerza de trabajo que se gestaba con aceleramiento cuantitativo. No hubo sin embargo creatividad del Estado ni tampoco cautela investigadora para prever que la situación económica satisfactoria de aquellas décadas se iba a convertir pronto en una recesión que terminaría en forma dramática en esta vivencia azarosa de los 80 cuando el promedio de estándares de vida para América Latina bajó o cayó en un 9.5% entre 1981 y 1983. No es extraño observar entonces la magnitud del problema del desempleo que aparece en relación con la mano de obra proveniente del ámbito de la educación superior porque la oferta cada vez mayor de profesionales coincide con la recesión más fuerte de la historia económica del país, que es la actual. Esto ocurría en todo el sector de la educación universitaria. En el campo de las ciencias de la salud se hizo aún más manifiesta la tentación de aumentar significativamente la producción del recurso humano médico, fundamentalmente en la década del 70, ante las nuevas políticas de extensión de cobertura que surgieron desde 1972 y que luego se hicieron más categóricas con las consignas de equidad, justicia social y de acceso pleno a los servicios con igualdad de oportunidades para que todos los habitantes de un país pudieran utilizar desde las tecnologías más sencillas hasta las más complejas.

"Planificadores de Salud desde la época del 60 plantearon la necesidad de formar para 1980 por lo menos 21.000 médicos si el objetivo era sólo atender la demanda que acudiera espontáneamente pero también hicieron una proyección calculada de 61.477 médicos para el mismo año de 1980 si esos Servicios de salud deseaban responder a las necesidades reales de la comunidad frente a las políticas de libre acceso a los servicios y del rol de liderazgo del médico en la atención de salud. Estas proyecciones fueron hechas con sentido matemático calculando en forma lineal los aspectos de las demandas comunitarias sin tener en consideración aspectos económicos".

"Los gobiernos solicitaron así con más énfasis de lo que ocurría en todo el ámbito universitario, aumentos de cupos en las Facultades de Medicina que se hicieron espectacularmente voluminosos con la aceptación de dos promociones al año y con la creación además de nuevas escuelas médicas, con la aparición en los años 70 de 11 nuevas instituciones con predominio de la iniciativa privada".

"Por datos oficiales, el número de egresados de las Facultades de Medicina que era en 1975 de 636 aparece hoy con la cifra de 2.018 con un porcentaje 317 veces mayor, precisamente cuando la participación en porcentaje también del sector salud en el presupuesto nacional baja del 9% a menos del 5% y aparecen en el ámbito de la seguridad social la política de congelación de cargos".

"Y se preguntan los expertos, ¿es qué este número de médicos es excesivo para las necesidades reales de la población colombiana o es qué la sobre-producción sólo existe, como tantas veces se ha dicho, frente a la incapacidad del Estado para absorber o rescatar esos médicos del confuso y caótico mercado profesional? Es ya evidente que existe un desequilibrio marcado y preocupante entre la oferta y utilización o empleo del médico por parte de las instituciones. Cálculos estimados por el Ministerio de Salud indican que existen 23.000 médicos activos en el país y solo hay 18.158 cargos médicos de los cuales 12.050 son los de tiempo completo contratados en los diferentes subsectores de la salud y la educación, con un desempleo entonces aproximado entre un 21% a un 30% en el período actual".

"Con los cálculos hechos para nuevos egresos entre el período de 1968 al año 2000, y partiendo de los supuestos de que no haya creación de nuevas Facultades de Medicina y se implante la congelación de cupos, estos egresos fluctuarán entre 30.143 y 32.891 nuevos médicos. Permite ello prever que el número total de médicos en el año 2.000 será de 53.143 y mientras tanto la captación o el empleo de esos nuevos egresados, en este mismo lapso de tiempo, será así: Oficial directo, 32%; Seguridad Social, 10%; Docencia e Investigación, 12%; lo cual indica en términos globales una absorción ligeramente superior al 50% o sea prácticamente un desempleo de la mitad de esos nuevos médicos para ese año 2.001".

Con las cifras mencionadas: ¿Se podrá vislumbrar una mejoría de las relaciones del médico con las instituciones, de los médicos entre sí, de los médicos con las familias y los pacientes?, cuando a diario cruzan por las oficinas de quienes tienen responsabilidades administrativas los médicos jóvenes que no encuentran más camino al andar que buscar cualquier tipo de empleo relacionado aunque sea remotamente con su profesión, o hacer por días antesala ante el político de turno, o concursar cada 6 meses en 10 universidades distintas, en 10 especialidades diferentes, porque como lo manifiestan de sinceridad y tristeza: "Toca Profesor", para tratar de sobrevivir. Y si el médico ingresa al grupo de los privilegiados su institución le exige comportarse de acuerdo con sus normas y reglamentos, se es médico de una institución específica y no lo es de la comunidad; debe atender un paciente denominado "nuevo", cada media hora y un paciente bautizado "control" cada 15 minutos, a riesgo de que si no cumple esta disposición será catalogado como un funcionario inconveniente para la institución. Y en el mismo proceso de desenfoco administrativo y científico se encuentra todo el Sistema Nacional de Salud. En una reunión de expertos, celebrada en Villa de Leiva en marzo de 1987, un ilustre exministro afirmaba: "Yo le he oído muchas veces a José Felix Patiño, una frase que es muy cierta y

uno se siente un poco avergonzado, y es que todos los que hemos sido Ministros de Salud, somos responsables de la progresiva disminución que ha tenido el Ministerio en el curso de los años. Hemos aceptado que crezcan otras cosas a expensas del Ministerio de Salud". Y un su colega muy ilustre, agregaba: "Yo personalmente y a pesar de que participé en el diseño del Sistema Nacional de Salud, he llegado a la conclusión de que hay que replantearlo casi en su totalidad precisamente por el aspecto cambiante de la sociedad nuestra; eso hay que tener el valor de reconocerlo y decirlo".

La declaración de principios de provisión de atención de la salud en cualquier Sistema Nacional de Atención de la Salud adoptado por la XVII Asamblea Médica Mundial, en Nueva York en octubre de 1963, y enmendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia, en octubre de 1983, dice: "Principios: 1º) Las condiciones de participación de los médicos en cualquier sistema de atención de la salud deben ser propuestas de común acuerdo con los representantes de sus organizaciones médicas. 2º) Todo sistema de atención de la salud debe permitir que el paciente consulte al médico de su preferencia y que el médico trate a un paciente de su elección sin que esta posibilidad prive a ninguno de los dos de sus derechos en ninguna forma. El principio de libre elección debe también aplicarse en el caso de que el tratamiento médico o parte de él sea realizado en un centro de asistencia médica. Los médicos tienen la obligación profesional y el deber ético de atender a cualquier paciente en una emergencia".

En este mare magnum de posiciones, disposiciones, contradicciones y declaraciones de principios nos podemos explicar por qué no existe una idea clara por parte del cuerpo médico de lo que son las relaciones interinstitucionales y profesionales. Ya los médicos tenemos muy poco de gremio a pesar de agrupar cantidad de elementos de cualidades intelectuales excelentes y de ser de los grupos que más cerca vivimos de los dramas sociales. Para estudiantes de medicina encuestados, el cuerpo médico es un ente informe porque a pesar de que no lo parezca existe muy poca información de los grandes cambios socio económicos de nuestros países. Sea por la razón que sea, se ha llegado a un estado de disgregación que nos ha llevado a que las diferentes acciones que toma el gobierno con respecto a nuestro gremio y a nuestra función no sean discutidas en foros amplios y abiertos con participación de todas las entidades médicas representativas, así fuera para mejoras o para rechazos. Evidentemente la actitud pasiva y la política de "dejar hacer" de los médicos en los últimos tiempos tenía que rendir sus frutos. Nuestro silencio ha hecho que obtengamos los frutos que cosechamos.

Como bien lo afirma Escardó, de cuanto se habla mal

de los médicos gran parte de la culpa proviene de nosotros mismos que no hemos cultivado suficientemente el espíritu de clase, no como una complicidad apriorística y por descontada, sino como un cultivo sistemático y celoso de una dignidad genérica. Es por eso que la condición de médico no puede residir en cualquier persona y que veamos, a veces con tristeza, a galenos en los que el médico es muy superior al hombre. Esa solución de continuidad es del todo peligrosa y lamentable porque el médico es uno de los pocos profesionales que en la conciencia pública responde con su personalidad toda, de los azares y contingencias profesionales. Porque el médico no trabaja de médico, es médico. La medicina ejercida no es oficio, es un estado.

El sábado 30 de mayo de 1987 fué publicado en el periódico El Espectador de Bogotá, en la sección carta del día, una comunicación enviada por el Director del Programa Administración de Salud a la Academia Nacional de Medicina, en la cual el colega directivo afirmaba que alguna de las recomendaciones hechas por esta Academia al gobierno sobre políticas de salud refían con la evidencia científica disponible y contradecían prácticas de los sistemas de salud que habían logrado realizaciones importantes. La recomendación de la Academia de que el Sistema Nacional de Salud vuelva a considerar el Hospital como un elemento vertebral del sector, lo considera el distinguido doctor funcionario como ir en contravía de los principios modernos de los sistemas de salud y termina comentando que no se puede seguir entronizando los Hospitales como ejes del sector salud y no se puede permitir que en el país se sigan derrochando dineros en construcción de Hospitales cuando, según su saber, está ampliamente documentado que los estamos utilizando a medias pero, además, en forma innecesaria.

Coincidentalmente, en la misma época en que coleccionaba el artículo anterior, recibía de la Asociación Médica Mundial el postulado sobre Potencial Humano Médico, enmendado por la XXXVIII Asamblea Médica Mundial reunida en Rancho Mirage, California, U.S.A., en octubre de 1968 y que a la letra dice:

"La Asamblea de la Asociación Médica Mundial reunida en Venecia en octubre 28 de 1983 apela a todas las Asociaciones Médicas Nacionales para que trabajen en busca de una solución a los problemas que emergen en relación con los recursos humanos médicos. Reconociendo la necesidad:

1. De que todas las personas tengan acceso a la atención médica de la más alta calidad.

2. De mantener los niveles en la atención médica que den como resultado la provisión de un atención médica de alta calidad, así como,

3. De proveer el desarrollo de nuevos conocimientos, destrezas y técnicas que estimulen el progreso de la ciencia médica.

La Asamblea insta a todas las Asociaciones Médicas Nacionales para que trabajen con sus gobiernos en la promulgación de las leyes respectivas para alcanzar dichas metas.

La atención médica de alta calidad y la mantención y desarrollo de las habilidades y técnicas de un médico así como el descubrimiento de información y nuevos conocimientos están ligados inseparablemente a las oportunidades que tiene el médico de dar atención a los pacientes y de lograr experiencia clínica. Este principio debe ser reconocido en cualquier solución de los problemas de recursos humanos médicos, y la preocupación política y económica debe estar subordinada a este principio.

Lo que es más importante, el principio precedente debe ser reconocido y aplicado a las leyes y políticas que rigen las Escuelas de Medicina de manera que se puedan asegurar los más altos niveles de calidad en la atención médica para las generaciones futuras".

Dejo a discreción de mis abnegados lectores la reflexión sobre los dos antedichos comunicados.

REMISION DE PACIENTES. INTERCONSULTAS.

En el Manual de Registros Médicos e Historia Clínica editado por el Ministerio de Salud, Sistema Nacional de Salud, Subsistema de Información en Salud, se dice como los registros médicos deben reflejar la filosofía de la atención que se desee brindar y que uno de sus propósitos fundamentales es captar datos y transformarlos en información útil para la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de una persona o paciente. Así mismo enfatiza en la importancia que se les debe dar a los registros secundarios y recalca el mismo documento que todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la Historia Clínica y porque esta cumpla con los propósitos para los cuales ha sido diseñada. Sin embargo es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva, la cual radica no sólo en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de las otras disciplinas de salud y comentar sobre ellos, especialmente si los resultados son inesperados.

Entran aquí a jugar un papel importante la filosofía de

la interdisciplinaridad. En primer lugar conviene comprender el concepto de disciplina. Disciplina es sinónimo de rama de la ciencia, o simplemente ciencia, sólo que el término disciplina conlleva el sentido de rigor, de dedicación, de entrenamiento y ejercicio de los hábitos científicos de la persona para elaborar, transmitir y aprender una ciencia. Interdisciplinariedad es fundamentalmente una acción entre disciplinas científicas. Otros términos son: Multidisciplinariedad, que es yuxtaposición de disciplinas. Transdisciplinariedad: Establecimiento de una acción común para un conjunto de disciplinas. Todos se encuentran en el sentido de que todos se refieren a la colaboración entre disciplinas diversas.

En mi trasegar por los Hospitales he compaginado las **REMISIONES Y LAS INTERCONSULTAS** con la interdisciplinariedad en el sentido de inculcarlas para evitar así un conocimiento fragmentario esparcido entre una multitud de especialidades en las que cada persona se encierra como para huir del verdadero conocimiento. Esas dos actividades deben volver a colocarse en el sitio que les debe corresponder pues quizá más que muchas otras tienen claros fines académicos, pueden tenerlos investigativos y siempre un fin didáctico, al articular las especialidades y a los profesionales para que "en concierto racional investiguen y ofrezcan mejores respuestas y soluciones a los complejos problemas técnicos y sociales del mundo contemporáneo".

La interconsulta, la interdisciplinariedad, debe ser practicada por individuos. No se aprende ni se enseña, sino que se vive. Es básicamente una actitud que combina la curiosidad con un criterio amplio de deseo de hacer algo e incluye también la intuición de que existe en todas las cosas relaciones que escapan a la observación corriente. La interdisciplinariedad, la interconsulta, no se aprende, se ejercita. Es el fruto de una formación y aunque sea practicada por individuos es también, y quizá especialmente, una práctica colectiva.

Pocos actos médicos me subyugan más el espíritu que el recordar el acto solemne de respuesta a una interconsulta: "El profesor recibe de parte de un discreto emisario la comunicación en la cual se le plantea que existe un problema concreto, único y complejo, de que existen diversidad de puntos de vista, de que queda la posibilidad de que los campos involucrados se superpongan, que posiblemente ninguna disciplina alcance a cubrir por sí sola todo el problema, de que existen soluciones diferentes, todas necesariamente incompletas según la perspectiva de cada disciplina, que es necesaria una síntesis y que es urgente una solución única. Es muy posible que el Profesor medite su respuesta, revise sus apuntes y consulte la Biblioteca, y en horas siguientes invitará a sus discípulos, estudiantes, Internos y Residentes, al lecho del paciente en donde será recibido por

sus colegas y en otro acto de reafirmación de su experiencia, sabiduría, conocimientos y humildad emitirá un concepto para que sus colegas y discípulos analicen, discutan y quizá lo acepten. He ahí para mí el más grande ejemplo de cátedra universitaria médica. Ojalá que las futuras épocas de la informática y la computación sean incapaces de hacer desaparecer estas hermosas vivencias.

LECTURAS RECOMENDADAS

ANGEL P., M.L. et al. *Ética Médica. Responsabilidad Médica.* Facultad de Medicina Universidad de Caldas. Noviembre de 1.986.

ALVAREZ H., A. et al. *Relaciones Profesionales.* Trabajo presentado al Centro de Educación Médica. Universidad de Caldas. Facultad de Medicina. Noviembre de 1986.

BETANCUR, J.A. et al. *Ética Médica. Relación Médico Paciente.* Universidad de Caldas. Facultad de Medicina. 1986.

ARBELAEZ, C.H. et al. *Ética Médica. Los Honorarios Médicos y las Relaciones Profesionales a la luz de la Ética.* Universidad de Caldas. Facultad de Medicina. Junio de 1985.

ALVAREZ B., T. *La Importancia de la Formación de los Recursos Humanos para la Salud.* XIII Asamblea de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Bogotá. 24 de agosto de 1987.

DUEÑAS P., A. *Problema del desbalance o desequilibrio entre la producción del médico y su utilización.* Reunión celebrada bajo los auspicios de PROMEDA (Profesionales Médicos de Antioquia). Medellín. Noviembre 24 y 25 de 1986.

BETANCUR T., L. *La Práctica Médica en Colombia.*

CARMONA T., J. *Marco Conceptual sobre la Ética y la Moral.*

YEPES, T.J. *El Espectador.* Página editorial. CARTA DEL DIA. La Academia de Medicina y la Salud. 30 de mayo de 1987.

THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Handbook Of Declarations.* 1985.

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA. ASCOFAME. *Reflexión de Expertos.* Encuentro sobre Educación Médica. Villa de Leiva. 14-15 de marzo de 1987.

ESCARDO, F. *El Alma del Médico.*

ESCARDO, F. *Medicina del Hombre.* Córdoba. Ateneo. 1951.

SANCHEZ T., F. *Ética y Formación Médica.* Revista de la

Facultad de Medicina. Universidad Nacional. 39, 4:373-377.

RESTREPO M.,J. Algunos Aspectos sobre Etica Médica. Colombia Médica, 16,2: 69-71.1985.

NORMAS SOBRE ETICA MEDICA. Ley 23 de 1981. Decreto Reglamentario 3380 de 1981

DECRETO 1210. Por el cual se reglamentan el Artículo 4 de la ley 14 de 1962 y el artículo 7 del Decreto Ley 356 de 1975, con el fin de organizar las actividades docentes asistenciales en el Sistema Nacional de Salud.

Aspectos éticos de la atención médica en la seguridad social

Fernando Gartner Posada M.D.*

RESUMEN

En su trabajo el autor analiza a la luz de sus experiencias personales, los aspectos negativos del modelo de Seguridad Social establecido en Colombia, aspectos que, en su concepto, constituyen las causas reales de la mala imagen del Instituto de Seguros Sociales y de las demás instituciones de características similares.

Hace énfasis en la despersonalización en la atención médica derivada del sistema de contratación, a la cual atribuye la insatisfacción tanto de usuarios como de profesionales. Analiza el desmedro que ha sufrido la custodia del secreto o sigilo profesional, en lo cual las Universidades tienen gran parte de responsabilidad. Se hace mención del inadecuado manejo de las Historias Clínicas como problema de especial trascendencia. Considera que el enfoque organicista de la Medicina de hoy hace que la atención médica sea tremendamente costosa, y además, inadecuada, porque se menosprecian los aspectos psicosociales, ambientales y culturales que inciden en el bienestar del Hombre como tal.

Finalmente, se destacan los propósitos del ISS en el sentido de adoptar un nuevo modelo de Atención Médica, con el cual se pretende rescatar la perdida relación Médico-Paciente, y se insta a las Academias de Medicina del país a tomar como suya la tarea de volver por los fueros de la profesión.

*Palabras claves: Ética médica
Medicina socializada*

Solamente la benevolencia de la Mesa Directiva y del Comité Académico pro-centenario de la Academia de Medicina de Medellín explica mi presencia en este recinto y ante tan selecto auditorio.

A través de toda mi vida profesional, y aún desde aquellos años dorados de estudiante, el solo paso por las vecindades del Salón de Sesiones de la Academia, allá en nuestra Facultad de Medicina, produce en mi espíritu una

SUMMARY

The author analyses in the light of his personal experiences the negative aspects of the Social Security model as established in Colombia. These aspects constitute the real cause for the bad imagen of the Social Security Institute as well as of the other institutions with similar characteristics. He emphasizes that the contract system employed makes medical service non-personalized, a fact that contributes to the insatisfaction of both the patient and the physician. Further analysis is made of the deterioration that professional secrecy has suffered, which is mainly the responsibility of the Universities. Mention is made of the inadequate handling of the clinical records, a fact that has special importance. The author considers that the high degree of specialization that characterizes today's medicine makes it highly expensive and also, inadequate because the psycho-socio-cultural and enviromental aspects are underrated in spite of the fact that these aspects influence the well-being of man. Finally, the author describes the projects that the Social Security Institute has in order to adopt a new model of medical services by which the relationship physician-patient is to be rescued; a recommendation is made to the Academies of Medicine of the country, namely, to consider as their own the task of returnig to the older statutes of the Medical Profession.

*Key words: Ethical medicine
Socialized medicine*

sensación indefinible, mezcla de emoción, respeto y temor, semejante a la que se experimenta al contemplar una Catedral, un sitio histórico o un paraje íntimamente ligado a nuestros mejores recuerdos. Esa emoción, ese respeto, ese temor adquieren en este momento dimensiones infinitas, al asumir una responsabilidad que reconozco muy superior a mis personales capacidades. Es por esto por lo que, de antemano, solicito la comprensión de la concurrencia, y presento mis disculpas por el hecho de que, muy seguramente, mi intervención será la única nota

*Miembro correspondiente de la Academia de Medicina de Medellín

discordante en esta efeméride.

El año 1950 marca un hito en el quehacer Médico en Colombia. En efecto, fue en ese año cuando entró en vigencia la Ley 90 de 1946 que creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, cuya finalidad primordial es la de velar por la salud de la clase laboral activa del país, no dependiente del Estado. Bien sabido es que la atención médica de los Trabajadores Estatales ha corrido a cargo de la Caja Nacional de Previsión Social. Deliberadamente omitiré, en el curso de mi intervención, referirme a esta última entidad, puesto que de su funcionamiento, de sus logros y de sus problemas, solamente conozco lo que casi a diario podemos leer en la prensa, lo que permite suponer que cuanto se diga de uno de estos entes es perfectamente aplicable al otro.

Comienza, pues, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) a prestar servicios en el año de 1950, una época de gran turbulencia política en Colombia, manifestada en violencia en campos y ciudades; violencia que, con distintas denominaciones y modalidades, continúa desafortunadamente siendo la característica de nuestra Sociedad.

El Instituto de Seguros Sociales vino a corregir dos grandes fallas: una, la absoluta desprotección en que se encontraban los asalariados dependientes de pequeñas empresas para las cuales no existía ni siquiera obligación legal alguna de atender a las necesidades de salud de sus trabajadores. Y otra, la llamada Medicina Patronal, la cual, si bien es cierto que contaba con excelentes profesionales, que sabían anteponer las reales necesidades de los obreros a los intereses de los patronos, no lo es menos el que se prestaba a grandes injusticias, las cuales muchas veces generaron conflictos obrero-patronales de grandes dimensiones.

Justo es en este momento hacer un reconocimiento de muchos empresarios, creadores de nuestras grandes industrias, que se distinguieron por su sensibilidad, y consideraban a sus operarios como a seres humanos y no como a simples partes de una gran maquinaria. Como debemos recordar también que existían (y, ¿existen?) empresarios cuyo miopía les llevaba a no ver sino los intereses de la Empresa, y explotaban inmisericordemente a sus trabajadores.

No podemos, pues, dejar de reconocer que el nacimiento y desarrollo del Instituto de Seguros Sociales ha sido una conquista de la clase trabajadora. Pero, ¿qué ha significado para la Profesión Médica? ¿Qué para el paciente considerado individualmente? ¿En qué forma se ha afectado la relación Médico-Paciente?

No me cabe la menor duda de que, para el Médico, el

sistema de atención implantado por el Instituto significó un severo conflicto, y que éste aún subsiste. En efecto, el profesional médico es preparado por las Universidades bajo un esquema individualista, en el cual lo que cuenta es el enfermo, y la habilidad del Médico para hacer un diagnóstico y prescribir un tratamiento a esa **PERSONA** enferma, a cambio de una retribución económica y, sobre todo, de una vinculación afectiva con su paciente. Pero ocurre que, dentro del Sistema, tanto el paciente como el médico han sido despojados de su identidad: aquél es el número X y éste el número Y. El trabajo del médico se mide en unidades y se le contrata por horas: es lo que podría llamarse Medicina de Taxímetro. La calidad, poco o nada cuenta; es mejor colaborador, mejor funcionario, el Médico que en una hora "despacha" seis pacientes, que el que soluciona realmente dos problemas.

De esta situación derivan varias consecuencias. La primera de ellas: los usuarios no están satisfechos. Aunque tiene acceso a la consulta, aunque se les practican todos los exámenes complementarios que la Ciencia y la Tecnología han puesto a disposición del Médico, aunque se les suministran medicamentos con una liberalidad digna de mejor causa, les falta algo, pero algo sustancial: confianza, fé, ser escuchados y escuchar; en síntesis, les falta sentirse **considerados como personas y no como casos**. Ser llamados por su nombre; que se analice su situación familiar, la clase y el ambiente de su trabajo, su nivel socio-cultural, y no simplemente sus cifras tensionales, su hematocrito, su trazo electrocardiográfico y su perfil lipídico.

Segunda consecuencia: tampoco los Médicos están satisfechos. Y, lo que es más grave, están resignados. Lenta, pero inexorablemente, se han ido adaptando a una modalidad de ejercicio profesional para la que no fueron formados, y muy distinta a la que soñaban practicar cuando decidieron ser Médicos. Son, pues, profesionales frustrados, simples obreros al servicio de una Empresa de la cual reciben un salario con el que, mal que bien, subsisten. Como obreros, se han agremiado, han creado organizaciones sindicales y han adelantado movimientos de protesta: Operación tortuga, bloqueo administrativo, paro. ¿Protesta contra qué? ¿Contra sus condiciones de trabajo? ¿Contra la despersonalización que les ha sido impuesta en el ejercicio de su ministerio? No. Se lucha por conseguir mejoras salariales. Y a fé que se han conseguido. Pero, como contraprestación por los logros alcanzados, los Médicos hemos dado, hemos renunciado a algo intangible pero real, y de un tremendo significado: hemos renunciado al respeto, al cariño de la sociedad.

Un tercera consecuencia, derivada del sistema de contratación, es el hecho de que cada vez más la atención médica va siendo responsabilidad de los Médicos Especialistas. "Es el llamado Modelo Biomédico de

atención, caracterizado por la desaparición o anulación de la persona como síntesis de determinaciones no sólo biológicas, sino también psicológicas y sociales; y, por su orientación fundamentalmente biológica, ha producido un tipo de atención médica en donde prevalece lo técnico sobre el cuidado o asistencia del paciente. Entiéndese por el cuidado o asistencia del paciente una actividad profundamente humana, que, más que el diagnóstico en profundidad o comprensivo, muchas veces no tan preciso en su comprensión intelectual (causas biológicas, físicas o químicas de la queja del enfermo), pero sí más cercano a la comprensión emocional y por lo mismo social de la problemática del paciente" (1).

No sería justo atribuir exclusivamente a la Seguridad Social el enfoque organicista que hoy caracteriza o es el patrón que rige la atención médica. Los impresionantes avances científicos y tecnológicos de que hoy se dispone, exigen cada vez más la especialización. Es muy dicente el dato de que en la Seccional del Seguro Social en Antioquia, la atención Médica es prestada 53% por Médicos Especialistas, contra 47% a cargo de Médicos Generales. En efecto, en el primer semestre de 1986 la Seccional disponía de 154.818 horas contratadas de Médicos Especialistas, y de 137.040 horas de Médicos Generales. Este dato, si se analiza a la luz de la satisfacción de la demanda, es aún más dicente, ya que las citas con Especialistas distan mucho de ser oportunas, y en algunas especialidades aun la atención urgente es inadecuada. Según esto, pues, se requería aumentar sustancialmente el recurso de Médicos Especialistas a fin de poder responder a la demanda.

¿Deberán entonces los entes encargados de la prestación de servicios de salud dirigir todos sus esfuerzos a solucionar el problema de la insuficiente atención especializada? ¿Deberán las Universidades hacer un replantamiento de sus curricula y dedicarse a formar más especialistas para la atención de esa demanda insatisfecha? ¿Podrá el Estado asumir los cada vez mayores costos que implican la formación de esos especialistas, su incorporación a los sistemas de Seguridad Social y la provisión de los recursos tecnológicos que la Medicina de Alta Especialidad exige?

Por un momento, soñemos despiertos, e imaginémosnos unas Universidades boyantes, en plena capacidad de producción de especialistas y sub-especialistas de las más altas cualidades científicas; imaginémosnos a un Instituto de Seguros Sociales en condiciones de brindar a la población amparada los servicios oportunos, al día, de todo tipo de especialistas. Imaginémosnos, finalmente, a unas Instituciones dotadas permanentemente de todos los equipos que a diario las industrias electrónicas y electromédicas lanzan al mercado. Imaginémosnos todo esto, y preguntémosnos: ¿Entonces sí habrá satisfacción

plena de los usuarios? ¿Los Médicos se sentirán realizados?

Personalmente, no lo creo. Creo, por el contrario, que mientras el ser humano, enfermo o trabajador, permanezca despojado de su individualidad, de su identidad, no podrá vivir satisfecho; será un ser frustrado, amargado, resentido.

Es el que el Hombre no puede dejar de ser persona; el Hombre es más, mucho más, que una agregación de órganos que funcionan más o menos armónicamente. La Salud, entendida como "el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad", es una utopía. Diríase que la salud es el estado del ser viviente que le permite vivir y desarrollar sus actividades normales, en un medio hostil. Enferma el hombre, no el órgano. Es el Hombre Enfermo quien acude al Hombre Médico, deposita en él su confianza, su fé, su esperanza. Entre ambos se suscribe un contrato que obliga a las dos partes: obliga a confiar el uno en el otro. Obliga al paciente a revelar al Médico todos los detalles de su sufrimiento, y obliga al Médico a comprometerse a ayudarlo. Es un contrato intransferible, que establece una relación personal entre los contratantes. El Acto Médico, tiene que ser, un acto esencialmente **PERSONAL**.

EL SECRETO PROFESIONAL.

Cuando el paciente deposita su confianza en el médico, esto significa no solamente que espera recibir de él la ayuda necesaria para la recuperación de su salud. Significa, sobre todo, que confía en que el Médico sabrá respetar su individualidad, y que a él, y sólo a él, lo hace conocedor de todos los detalles de la situación que lo llevó a buscar sus servicios.

¿Sabe, y puede, el Médico, corresponder a esa confianza? ¿se hace el suficiente énfasis, en el transcurso de la formación académica del Médico, acerca de la obligatoriedad de guardar celosamente el Secreto Profesional?

Si bien el Acto Médico es, repito, un acto esencialmente personal, en el mundo de hoy la atención de la salud no puede estar a cargo solamente del Médico. La enfermera, la auxiliar de enfermería, el personal administrativo de las instituciones, en fin, una serie de personas, intervienen en una u otra forma en la atención del paciente. Y así tiene que ser: es inevitable. La custodia del secreto o sigilo profesional está hoy diluida, y no es posible confiársela exclusivamente al Médico. Pero éste sí tiene la obligación, como cabeza u orientador de lo que hoy llamamos el equipo de salud, de estar atento a que los derechos del paciente sean respetados por sobre cualesquiera consideraciones. En esta orden de ideas, deberá exigir de ese personal las más altas calificaciones éticas y de discreción.

Debe exigir condiciones locativas que garanticen la absoluta privacidad del Acto Médico (consulta). Debe velar porque la Historia Clínica sea siempre un documento estrictamente confidencial. Debe, en síntesis, hacerse merecedor de la confianza que sus pacientes depositaron en él.

Me asalta, desafortunadamente, la sensación de que el Secreto Profesional va siendo cada vez más algo del pasado, anacrónico, algo que ya "no obliga". Me preguntaba hace un momento si en las Facultades de Medicina se hace a los estudiantes énfasis suficiente a este respecto. Mucho me temo que no. Los corredores de los Hospitales, las cafeterías, los quirófanos, son lugares en donde, querámoslo o no, nos enteramos con lujo de detalles, de situaciones médicas que deberían haber permanecido en el campo de la confidencialidad.

Cuando el paciente se entera de que su secreto es un secreto a voces, lógicamente asume una posición defensiva, y por tanto, comienza por ocultar al médico información que puede ser fundamental para que éste logre llegar a un diagnóstico, establecer un pronóstico y prescribir una terapéutica adecuada. Al destruirse la confianza del paciente en el Médico y la de éste en aquél, de la relación Médico-paciente no queda nada; el Acto Médico se ha convertido en una frustración para ambos protagonistas.

LA HISTORIA CLÍNICA.

Cuando afirmo que la Historia Clínica es un documento estrictamente confidencial, es porque es en ella donde el Médico consigna los datos suministrados por el paciente, los hallazgos del examen físico, la presunción diagnóstica o la certeza, y las recomendaciones impartidas. Es el registro del Acto Médico, acto tan personal, tan individual, tan confidencial, como el Acto Penitencial del Rito Católico.

Es ese documento, elaborado por el médico como un instrumento de trabajo para hacer más adecuada, mejor, la atención del paciente, necesariamente deberían quedar plasmados **TODOS** los informes que el paciente suministra el médico en el transcurso del interrogatorio, y que sólo al médico interesan. Pero ocurre que, en las Instituciones, a la Historia Clínica tienen acceso la Auxiliar de Consultorio, el personal del Archivo, los encargados de las labores estadísticas, el dietista, el personal de vigilancia epidemiológica, en fin, un sinnúmero de personas que hacen que la Historia Clínica sea una especie de documento público.

El Médico vinculado a una Institución de salud se encuentra, entonces, en una encrucijada, si es consciente de su obligación de corresponder a la confianza de su

paciente. Opta por no consignar en la Historia datos eventualmente fundamentales, por lo que ésta pierde todo su valor. Me pregunto si no será ésta la explicación del problema que tanto conturba el ánimo de quienes tienen a su cargo la Dirección Médica de las entidades asistenciales, cual es la mala calidad de las Historias Clínicas.

A este respecto, recuerdo con respeto y admiración la actitud de un grupo de Especialistas, quienes, conscientes de la gravedad del problema, optaron por elaborar a sus pacientes dos Historias Clínicas: Una, oficial, para el Seguro Social, y otra, particular, custodiada exclusivamente por los Médicos. Ignoro si esta costumbre persiste, pero, repito, constituye una clara demostración de que, para el Médico consciente de su obligación, la Historia Clínica institucional es un documento peligroso para la conservación de su libertad, y, sobre todo, de la libertad del enfermo.

Una última observación en relación con el manejo de la Historia Clínica. En años recientes, los Directivos del Seguro Social, al menos en esta sección del país, acuciados por los continuos problemas de extravíos de Historias, de falta de espacio para Archivos, etc., tomaron la peregrina determinación de confiar a los Afiliados la custodia de sus respectivas Historias Clínicas. No puede negarse que, para la Institución, ello significó la solución de varios problemas graves. Pero considero de mayor gravedad la solución que los problemas. En efecto, un concepto, una presunción, un pronóstico, si bien es cierto que corresponden a la atención del paciente por el Médico, no puede decirse que pertenezca a aquél, y que por lo tanto, el paciente debe tener libre acceso al documento en el cual el médico los consigna. Son muchas las situaciones en las cuales el paciente no debe enterarse del concepto del Médico. Pensemos, a guisa de ejemplo, en el caso de un enfermo a quien el médico le diagnostica un proceso neoplástico maligno, de pronóstico fatal a corto plazo. Afirmo categóricamente que, en principio, el paciente tiene pleno derecho a conocer la verdad, a ser informado de lo que él quiere saber. El cómo y el cuándo, es la difícilísima decisión que el Médico debe tomar, después de analizar muy variados factores, principalmente el estado anímico, el nivel intelectual, las creencias religiosas del paciente, como también su situación económica y familiar. Un enfrentamiento repentino con una realidad dolorosa, definitiva, puede desquiciar completamente la "psyche" del paciente, e impelerlo a tomar resoluciones radicales que, seguramente, en otras circunstancias habría rechazado. En mi ya lejana época de estudiante se nos relataba el drama de un famoso Profesor de Cirugía de un país suramericano, quien, al enterarse de que padecía una grave enfermedad, de inmediato puso voluntariamente fin a su existencia. ¿Ficción? ¿Leyenda? Quizás, pero de todas formas, muy posible. Este real o imaginario drama,

expresa, en todo caso, el hecho de que la Historia Clínica constituye una herramienta indispensable para la adecuada atención del paciente; pero puede convertirse en arma mortífera, destructora, cuando a ella tienen acceso personas distintas al Médico que la elabora, así sea el propio paciente al cual ella se refiere.

LIBERTAD DE ELECCION.

Comentaba al comienzo de esta disertación el que, dentro del Sistema de Seguridad Social implantado en Colombia, tanto los Médicos como los pacientes fueron despojados de su identidad, y sus nombres reemplazados por Códigos. Se estableció así una primera barrera al nacimiento de una buena relación personal entre el Médico y el Enfermo. El Afiliado que acudía a uno de los dispensarios o centros de atención, era remitido al Médico que en ese momento tuviera menos pacientes en turno para ser atendidos. Con una grave limitación de tiempo, el acto médico se reducía a una simple y atropellada enumeración de síntomas por parte del paciente, y a una prescripción terapéutica (?) por el médico. Desafortunadamente, tenemos que reconocer que en muchas, incontables ocasiones, los médicos prescindían hasta del examen físico, a fin de lograr cumplir con la cuota de pacientes asignados de acuerdo con sus horas contratadas. Cuán adecuada la denominación de **PACIENTES** para estos pobres seres humanos que, digna, respetuosa, lentamente se fueron resignando a ver en el Médico, no a una persona poseedora de unos conocimientos científicos y con unas especialísimas cualidades humanas que lo capacitan para cumplir una misión trascendental en la sociedad, sino a un simple dispensador de medicamentos; y, entonces, el Médico que más drogas prescribía, era el más acreditado, el más apetecido, el de mayor clientela: el mejor.

El don más preciado que ha otorgado Dios al Hombre es su Libertad. Y el hombre, creado para ser libre, cada vez lo es menos. No soy la persona ni es esta la oportunidad para discurrir in extenso sobre este tema. Simplemente, quisiera decir ahora que ¡cuán distinta sería la imagen de nuestro sistema de Seguridad Social, si desde un comienzo se hubiese dado a los Afiliados la libertad de elegir a su Médico tratante! Se habría así dado el primer paso para garantizar una adecuada relación Médico-Paciente; efectivamente, el médico, al recibir en consulta a un paciente que lo seleccionó, se ve obligado a corresponder a la confianza en él depositada; sabe que ese paciente cree en él, confía en él, y por ello, le está reconocido; por tanto, hará todo lo posible por no defraudarlo. Su obligación, el objeto de su accionar médico, es el hombre, antes que la entidad contratante.

En un sistema de libre elección, entra en juego la competencia y se establece la selectividad. Es así como

en todas las actividades de la vida diaria, el hombre, cuando tiene la oportunidad de hacerlo, busca lo mejor dentro de sus personales posibilidades: busca y elige a su esposa; selecciona la casa donde va a vivir; el almacén donde adquiere los objetos que necesita; el abogado que le garantice la correcta atención de su negocio; el confesor que lo oiga, lo oriente y le traiga paz a su espíritu. Y busca también al médico; acude a él porque lo considera idóneo, digno de su confianza, capaz de brindarle lo que él requiere. Entonces, así como el mejor almacén, el mejor arquitecto, el mejor abogado, adquieren mayor clientela, así también el mejor médico, el más preparado, el poseedor de esas cualidades humanas a que ya hemos hecho referencia, es el más solicitado. Y tiene, por lo tanto, derecho a obtener una mayor retribución económica por su trabajo. Se establece, pues, un sistema de selección natural que exige del médico un permanente afán de superación, de perfeccionamiento, un corregir sus eventuales fallas, una constante actualización científica.

Soy perfectamente consciente de que, hasta ahora, he tratado de exponer ante ustedes, con crudeza, la experiencia vivida a través de muchos años de haber trasegado por distintas dependencias del Instituto de Seguros Sociales, desempeñando unas veces labores puramente asistenciales, y otras realizando funciones médico-administrativas, lo que me brindó la oportunidad de conocer muy de cerca toda la problemática de Afiliados y de Médicos, de vivir todas aquellas situaciones que he estado analizando. Debo en este momento confesar que este mi relato adolece como es natural de numerosos defectos, entre ellos uno de especial gravedad, en el sentido de que podría decirse que afirmo que las actitudes, los errores, son el común denominador en el Sistema, son las regla. No. Pero tampoco son la excepción. Siguiendo con este enfoque pesimista, me atrevería a afirmar que la excepción la constituyen aquellos colegas que nunca se dejaron contagiar de la burocratización, que siempre laboraron o laboran teniendo en consideración, por encima de cualesquiera circunstancias, los nobles e inmanentes ideales de la profesión médica. Han sido estos Señores de la Medicina quienes han impedido que el flamante Instituto de Seguros Sociales se haya convertido definitivamente en una gran frustración -una más- de nuestra nación colombiana.

Antes de poner una nota de optimismo, como cierre de esta ya larga disquisición, debo, para dar cumplimiento al temario que me fue asignado, referirme someramente al punto de la Libertad de Prescripción Terapéutica.

En principio, aparece como inadmisibles el que en cualquier forma se coarte la libertad del Médico para prescribir la medicación que considere necesaria para sus pacientes. Sin embargo, debemos admitir que es tan peligrosa la limitación de esa libertad, como el abuso que

de ella se haga. En efecto, la Industria Farmacéutica ha jugado un papel de primerísima importancia en los procesos de prevención, control y curación de las enfermedades; y es innegable que el vertiginoso progreso alcanzado en la expectativa de vida de la Humanidad, se debe, no únicamente a los adelantos científicos médicos, a la Ingeniería Sanitaria, al progreso tecnológico, sino, en buena parte, el armamentario terapéutico que la Industria Farmacéutica pone a disposición del Médico. Asombra el pensar que el descubrimiento de Banting y Best, que significó la diferencia entre la vida y la muerte para los millones de diabéticos del mundo, se realizó hace menos de 85 años. Y después, mucho después, se inició el "boom" de los antibióticos; luego el de los corticosteroides; y, en los últimos años, el de los modificadores de los receptores adrenérgicos y colinérgicos; el de los inmunosupresores; el de los citostáticos; el de los bloqueadores de los canales del calcio; el de los neurotransmisores. Recursos terapéuticos éstos que han constituido verdaderas revoluciones en el arte de curar, que han convertido al Médico en un ser punto menos que todopoderoso, dispensador de vidas. Pero que, como terribles armas de doble filo, se han constituido en elementos de gran peligrosidad, de difícilísimo manejo. Se hace necesario, entonces, admitir que una libertad absoluta de prescripción terapéutica, sin cortapisas, no puede mantenerse. Debemos aceptar que el uso de determinadas drogas esté restringido a los Especialistas con claro conocimiento de sus acciones, de su manejo, de sus riesgos y de las formas de anular o neutralizar sus efectos secundarios.

Por otra parte, somos conscientes de que esa Industria Farmacéutica, a la que tanto debemos, tiene al fin y al cabo un origen y una razón de ser puramente utilitaristas, y ello explica que el mercado esté inundado de productos de dudoso pero también de nulo valor terapéutico, cuyo comercio reporta ingentes utilidades a sus fabricantes, con la complicidad del Estado que los ampara con la respectiva licencia.

Encuentro, por estas razones, perfectamente aceptable el hecho de que las entidades, y, lógicamente, las Instituciones de Seguridad Social, adopten su Formulario Oficial, en el cual no estén incluidos aquellos productos medicamentosos de reconocida inutilidad terapéutica. Lo que el Médico sí debe exigir es que ese Formulario no sea una norma estática, sino que sea un documento en constante revisión, con el fin de que a él se incorporen aquellos medicamentos cuya disponibilidad se haga necesaria para garantizar la adecuada atención de los pacientes. En ese proceso de revisión del Formulario deben tomar parte activa los Médicos Generales y los Especialistas, con mayor poder decisorio a este respecto que los funcionarios administrativos de las Instituciones.

Digamos, entonces, que los Médicos sobre cuyos

hombros recae directamente la responsabilidad de la atención de los pacientes, deben tener la libertad de decidir qué droga no deben o no pueden prescribir, y deben así mismo aceptar que existen productos cuya prescripción debe estar reservada a profesionales que, por su experiencia y por sus conocimientos especiales, están capacitados para hacer de esos recursos terapéuticos un uso responsable, racional y seguro.

Anuncié hace breves momentos mi intención de dar por terminada esta larga, un poco deshilvanada y un mucho pesimista disertación, tratando de contrarrestar lo expuesto poniendo un toque de optimismo.

Se fundamenta éste en el hecho de que las Directivas del Instituto de Seguros Sociales, a raíz del Paro Médico Nacional de 1976, de ingrata recordación por lo que él significó para la imagen del Cuerpo Médico ante la Sociedad, esas Directivas, repito, aunque tardíamente, comprendieron que era necesario reestructurar completamente el sistema de Atención Médica establecido desde su creación. Otra vez, como en el tema de la Libertad del Hombre, ni es éste el momento ni soy yo la persona indicada para exponer ante el paciente Auditorio en qué consiste el nuevo modelo de atención médica que el ISS, como resultado de estudios muy bien conducidos, decidió adoptar. Solamente deseo expresar mi profunda convicción de que, de hacerse realidad este programa, el Instituto habrá logrado detener su marcha hacia una inexorable extinción, y habrá sentado las bases para un feliz resurgimiento de un Cuerpo Médico respetable y respetado, y de una Clase Trabajadora que, viéndose dignificada y respetada, sabrá responder adecuadamente.

Pretende el ISS hacer extensivos a los familiares del trabajador afiliado los servicios asistenciales; paso éste difícil, pero no imposible⁽²⁾. Pretende establecer la libre elección del Médico por el paciente⁽³⁾. En este sentido, en varias regiones del país ya se han dado los primeros pasos, adscribiendo a cada médico un número determinado de potenciales pacientes, de acuerdo con la cantidad horaria contratada. En esta forma, el Afiliado es atendido siempre por el mismo Médico, el cual es el custodio de su Historia Clínica. Puede el paciente solicitar cambio de médico, cuando considere y compruebe que la atención recibida no es la más adecuada para él; puede, recíprocamente, el médico, solicitar la adscripción de un Afiliado a otro Médico, cuando para ello tenga razones valederas. Pretende, en síntesis, el Instituto de Seguros Sociales, sentar las bases para restablecer la perdida relación Médico-Paciente, implantando una atención personalizada.

A largo plazo, con este nuevo sistema, podrá modificarse el régimen de remuneración de los Médicos, la cual se haría de acuerdo con el número de familias a su cargo,

y no simplemente por la cantidad de horas contratadas o de pacientes atendidos. Habrá, pues, una sana emulación profesional, la cual se traducirá en que los Médicos con mayores cualidades éticas, científicas y humanas, puedan recibir el justo premio a su labor.

Hace poco más de 20 años se produjo en Medellín el primer Paro Médico en la historia del ISS. En el curso de las conversaciones tendientes a buscar la solución de aquel conflicto, un dirigente gremial médico le planteó al entonces Ministro del Trabajo y Presidente del Consejo Directivo del Instituto la necesidad de implantar en esta entidad un sistema de Atención Médica distinto al establecido. La respuesta del Ministro fue, palabra más, palabra menos, la siguiente: "Lo que Usted propone es muy hermoso y muy cierto, pero tardaría 50 años en lograrse". A lo que nuestro colega le replicó: "entonces, Señor Ministro, ¿por qué no empezamos ya?".

Traigo a colación esta anécdota, porque pienso que es el momento preciso para que las Academias de Medicina del país, felizmente reunidas hoy en Medellín en celebración de esta grata efeméride conmemorativa de los primeros cien años de existencias de la de Medellín, tomen como suya la bandera del rescate de la dignidad de nuestra profesión. Respetuosamente, me atrevo a proponerles que os dediquéis a analizar toda la documentación existente acerca de las bases, objetivos y programas de reestructuración del Instituto de Seguros Sociales; a introducir en ellos las modificaciones que consideréis convenientes, y, sobre todo, a exigir de los poderes decisorios su oportuna puesta en marcha. Considero de tanta trascendencia esta tarea, que no puedo concluir mi modestísima intervención en este certamen sin conminaros, como si hubieseis prestado un juramento: "Si así lo hiciéreis, Dios y la Patria os lo premien; si no, El y Ella os lo demanden".

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1). CANO G. EDUARDO. Ponencia presentada en el Seminario sobre teoría y práctica de la Medicina Familiar en el ISS. Marzo 5 a 7 de 1986.

(2). Decreto-Ley No. 433 de 1971, Art. 3º. Decreto No. 770 de 1975, Título II, Capítulo 1º., Artículos 38 a 44

(3). Decreto-Ley No. 1700 de 1977, Artículos 6º, 7º y 8º.

La experimentación en medicina, su necesidad

César Augusto Pantoja. M.D.*

RESUMEN

El autor plantea la relación entre investigación y experimentación en medicina y la necesidad de preparar a los futuros médicos que puedan, con sentido ético, proponer soluciones a los múltiples problemas de nuestro ambiente como resultado de su espíritu investigativo rigurosamente científico. Propone la estrecha colaboración entre las Academias de Medicina y las Universidades para lograr con éxito este cometido formativo.

Palabras claves:

*Ética médica
Investigación en medicina
Experimentación en medicina*

SUMMARY

The author discusses the relationship existing between research and experimentation in Medicine and comments on the need of preparing future physicians so that by acquiring a true ethical sense they may propose, based on a rigorous scientific research spirit, solutions to the multiple problems of our environment. He proposes that the Medical Academies and the Universities should work in close cooperation in order to achieve success in their training of responsible scientists.

Key words:

*Medical ethics
Research in Medicine
Experimentation in Medicine*

La investidura del Decanato con que la Academia Nacional de Medicina ahora me acompaña, se realza y se acredita con la designación para mi honrosa, que me lleva a ocupar esta tribuna, cuando conmemora el Centenario de esta ilustrísima Academia de Medicina de Medellín.

Se reviven así con entusiasmo nacional, recuerdos antioqueños que en la medida con que cada período evolutivo del pensamiento y la acción, han permitido culminarlo. En el pasado, se produjeron en esta área de la nación, hechos fecundos dignos de las recias personalidades, cuyas sombras en el transcurso de un siglo, continúan iluminando la senda por donde van sus sucesores, que aquí se han citado para revisar y continuar sin descanso, la obra de los fundadores de la institución académica de Antioquia.

El pasado y el presente se juntan, no sólo para evaluar, sino también y en no menor grado, encontrar formas de trabajo acordes con la modernización actual y las perspectivas del futuro, que conduzcan al progreso incesante de la medicina y de sus actividades anexas en la salud y bienestar, para que ellas comprendan, con las necesidades regionales, todas las que se agitan en el panorama de los servicios nacionales. Nadie discute que en estos

campos, Antioquia es un ejemplar rincón de nuestra patria.

Además, el mismo título de experimentación en Medicina que ostenta la intervención a cargo de la Academia Nacional de Medicina, es lo que animó a los fundadores de esta Academia, y prosigue en el juego de la intelectualidad que nos circunda, mediante contribuciones notables que emulan a los que en la Universidad Nacional se elaboran con Manuel Elkin Patarroyo, encaminadas a dar prestancia a Colombia en los dominios a prueba de la investigación científica, donde para no citar sino una sola, se destaca lo relativo al trasplante de riñón y corazón, que mereció el Premio Academia Nacional de Medicina-Salvat Editores, en anteriores ejercicios, para reconocer en el ámbito mundial, la larga y fructífera labor de los experimentadores antioqueños, quienes en su obra se muestran maestros ejecutores merecedores del internacional prestigio de que gozan, para bien de Colombia.

Otras aportaciones podrían mencionarse reconocidamente, destinadas a dar pábulo a los proyectos y a la concepción y pautas de la investigación en medicina, con la firmeza mostrada por nuestros antepasados Académicos de Medellín y las otras Academias, ajustan la

* Miembro de la Academia Nacional de Medicina

función a la ética más escrupulosa, en su noble condición irremplazable, de que se va a ocupar a continuación el Vicepresidente de la Academia Nacional, doctor Gilberto Rueda Pérez, seguido luego por el Exministro de Salud, Académico Efraín Otero Ruiz, encargado de la parte clínica de la experimentación, ellos y quien habla, hemos sido nominados para examinar ante ustedes la tarea experimental de nuestra profesión.

Obviamente, ni el cuarto de hora que me señala la sesión de la mañana, ni la competencia viva del expositor, se prestan para más, que para la formulación de pronunciamientos generales, o para acariciar ideales que en su despertar pragmático, educativo y concreto, forman parte del compromiso contraído por las Academias en la promoción y en el fomento de la investigación, que debe hacer parte principal y ejecutiva, del calendario de las universidades, lo que es procedente destacar en la fiesta de la inteligencia, ofrecida por la convocación de la Presidencia del certamen, a que asistimos llenos de animada complacencia.

Que las universidades y sus escuelas afiliadas, participen con penetración y creciente firmeza en la preparación del buen investigador científico, en rondas de pre y postgrado, es lo que propongo con la intención de añadirle fuerza a la afirmación de mi antecesor en el uso de la palabra sobre la conveniencia de hacer figuras en la carrera el contexto completo de la deontología, conjunto de normas que tienden a ser olvidadas para mal del ejercicio.

La tramitación técnica de la experimentación en medicina, toca hacerla a los expertos estudiosos, artesanos dedicados al genial oficio que dilata los horizontes de la ciencia y la enriquece por medio de sorprendentes descubrimientos, dentro de las cortedades de mi esfera, me inclino a especular sobre aspectos de configuración universitaria, propuesta a sembrar la inquietud expuesta, de intercalar en la universidad y en la Academia las disciplinas éticas de la investigación. Se encuentran sueltas las piezas de la unión en los mencionados organismos, Universidades, Academias con sus cargas, que conjugados en otros institutos hibernantes, están prontos a imprimir decisivos impulsos a esta gran empresa latinoamericana de investigación fundamental, llena de influencias todavía no bien expresadas dentro de profesionalismo universitario, que sin esos auxilios anda a oscuras del movimiento donde las escuelas médicas tienen y procesan renovadas enseñanzas.

No es una circunstancia efímera y casual, sino congruente en el nexo efecto- causa, que reluce en marco de referencia, eso que hace aparecer en el Orden del día y

coloca bajo la protección de las Academias, temas íntimamente vinculados por la inseparables enlaces, existentes entre la deontología, por ser ella la ciencia de los deberes y la experimentación que ocupa la fase de las pruebas en el plan ilimitado de la investigación, tópico el primero, ajustado a la enseñanza de las escuelas de medicina por mi ilustrado predecesor en la tribuna, Profesor Aljure, y que considero deseable extender a lo que al respecto concierne a la experimentación.

Sentadas las premisas anteriores perdónese me que me atreva sin la debida desenvoltura que otorga la experiencia estricta, para lucubrar al acaso, sobre la figuración que tiene el método científico en el manejo de los pormenores de la investigación y la experimentación, ello corresponde al ejercicio de todo aquello que promulgaron pensadores de los alcances de Aristóteles, Descartes o Francis Bacon, ideas puestas en vigencia por Claude Bernard y sus seguidores, posteriormente adoptado todo el sistema por las universidades modernas, que con variaciones más de forma que de fondo, hacen mover el trabajo investigativo, de distinta manera en las diferentes escuelas, pero en esencia cursa primero por medio de lanzamiento de una hipótesis, positiva o negativa pero lógica y bien encaminada, seguida de una teoría elaborada para su sustentación, y el paso siguiente consiste en la experimentación que busca la prueba o la impugnancia de la hipótesis propuesta, que si fuere ella aceptable, sigue una serie de pasos donde se intercalan constantes, variables, tesis, antítesis, síntesis y conclusiones que hacen compleja pero productiva la investigación metódica, sujeta ésta, al buen criterio del investigador, factor de competencia que no se improvisa sino que se moldea dentro de una escuela, una universidad y al lado de los veteranos del sistema, propio de los grupos de trabajo que hoy cuentan con varios expertos, bajo las normas de la pluridisciplina actual de la investigación.

También se sabe que un experimento por sí solo, puede hacer cruciales descubrimientos sin empezar por una hipótesis, lo cual apoya la autonomía que el título le ha dado a la experimentación en medicina, y corrobora la afirmación de Jan Waldeström en que se establece también cierta soberanía del ejercicio experimental.

Pero también, si es aceptable que la experimentación en medicina y en ciencias de igual manera, es parte substancial y activa de la investigación formal, que ésta es universo de aquella y como tal actúan ambas compenetradas de su calidad en materia y espíritu situados en la universidad, resulta entonces que la mayor parte de lo que yo pueda decir sobre experimentación lo tengo que aplicar a la investigación con primacía.

Debo quemar etapas para ajustarme al horario del apasionado tema, así que:

Si hemos de atenernos a lo que rige en el sentido de que la etimología es la raíz y el núcleo de la estructura material de las palabras, donde reside el verdadero significado de las mismas, para allí indagar a fondo lo que expresa el término y el uso consagra en casi toda instancia, con curiosas excepciones que en las lenguas hacen aparecer las tendencias populares; con tales reservas, es lo cierto, -que la palabra investigación procede del latín *investigium*-, lejos de mí filología que traigo a cuento con auxilio de los diccionarios para descifrar el intento de interpretación, así, *investigium* de donde viene investigación es formado por *in*, preposición inseparable que por regla general equivale a ir adelante de, y *vestigium* o vestigio, huella, traza, rastro, señal o reliquia, que al hallarse conduce a encontrar lo que importa a la investigación; por otra parte, experimento, es a su turno, el procedimiento ejecutado para descubrir o demostrar algún hecho o alguna verdad, conservando su capacidad de acción, pasa a ser del mismo modo el ejercicio que prueba o impugna la hipótesis de la investigación, si me entrometo demasiado con el ensayo que traigo de los textos, que se me disculpe esta intromisión que en mi modesto parecer sirve para ilustrar el nexo existente entre la designación de las palabras y la acción de ellas en el plano universitario, que es a donde quisiera volver a fin de concebir, si puedo hacerlo, que esa experimentación en medicina percibida por nosotros en el largo trayecto del ambiente didáctico de las universidades, los laboratorios e institutos erigidos para concurrir en ese atrayente trajín intelectual, es allí repito, donde tienen puesto de avanzada los órganos de la docencia tantas veces citados, las universidades y sus escuelas, con sus planes de estudio y las cátedras que los respaldan y hacen efectiva la promoción, el fomento, la consulta y la dirección de las labores que la universidad hace efectuar en la amplitud de sus terrenos.

La conjunción entre estos y los demás organismos que cultiven ese ramo, está llamada a dar mayor impulso al ejercicio para establecer sus beneficios e implantar la carrera de la investigación en nuestros sistemas educativos que es donde le conviene estar.

Estas reflexiones que me permito hacer en torno del título a que me refiero, no están rodeadas de la autoridad que emana de la práctica directa y sostenida, la que poseen los dirigentes dispersos en Bogotá, Medellín, Cali y demás lugares donde se encuentren, son acaso lubricaciones inconexas, que dependen del afán de ver cumplidas a paso que aún me parece lento y pesado, y que su aceleración conduce a los órganos centenarios a situarse con mayor ahínco en la lucha de frontera de los problemas públicos, que en su mayoría giran en torno de

la salud, no sólo con propios rasgos de la persona afectada por aparte, individualmente contemplada, sino también con el atributo de derecho natural inalienable de la salud, buscar también las otras rutas, las que llevan el desarrollo económico y social, y enfrentan a las ciencias de la salud y a la medicina, entre ellas, a contribuir con su poder de mejorar, a la productividad y producción del esfuerzo humano, que no se puede hacer sin higiene y bienestar, que amparan el incremento de lo que los economistas llaman producto bruto, cuyo aumento sostenido como el médico lo entiende, se apoya en el buen servicio de atención de las enfermedades y es primordial en la vida y el progreso de las naciones.

No se me escapa que el entusiasmo que despierte la intervención de las Academias en los trámites de la investigación y las tareas experimentales, me están desviando por ciertos caminos, que producen hastío entre la audiencia, pero me consuela pensar que el médico no ha dejado de ser el ente social e intelectual que cultiva la filosofía por donde se filtra el mayor género de las actividades del hombre, entre las cuales se encuentran las ramas principales concurrentes a la investigación fundamental científica, de que forma parte la experimentación en medicina en que se interesa la distinguida concurrencia que me dispensa el honor de escuchar mis nada oportunas divagaciones, con más generosidad y compostura que provecho para mis oyentes, conocedores avanzados de la difícil materia.

En esta consideración tiendo a concluir con mis palabras, no sin antes apuntar lo que cruda realidad acarrea entre las numerosas inquietudes confrontadas por las universidades en sus escuelas médicas y que necesitan la investigación para absolver las dudas que se tienen sobre el acierto de esas entidades en la formación del médico que el país requiere, el mismo que luego tenga idoneidad suficiente para servir a las comunidades colombianas en la salud, la educación mental y el bienestar; se presentan y cruzan contrarias opiniones relativas a la proliferación desconsiderada de Facultades de Medicina, desprovistas de recursos humanos suficientes, de amparos físicos y financieros, con deplorables consecuencias de desempleo apremiado por la insuficiencia de puestos laborales de la profesión, obligada a buscar su subsistencia, en los medios de la economía informal ineficiente.

Es anticientífico plantear problemas sin acompañarlos de su correspondiente proyecto de solución, aquí englobado en la proposición de efectuar encuentros entre las Universidades y las Academias, las Universidades son la sede, y a su lado, las Academias con su papel consultivo, de estímulo, promoción y fomento en las diversas áreas de la medicina, a fin de detenerse a definir el papel de la Universidad en la investigación y en la docencia, en

procura de evitar la sobreestructuración de la profesión, conduciendo a la juventud estudiosa a prepararse en el ejercicio de investigación, terreno virgen que demanda la concurrencia de mentes jóvenes, bien formadas para atender las grandes empresas del intelecto, como lo hicieron antes las entidades extranjeras que supusieron aplicar esas mismas compenetraciones y hoy disponen de los puestos de avanzadas éticas en experimentación en medicina.

Inconclusa queda esta intervención, que se deja como una proposición de estudio, compartido por las autoridades que se dejan señaladas y donde se aparece así mismo la conveniencia de establecer más estrecha colaboración de las Academias de Medicina, la Nacional y la de Medellín.

Aprecio la atención que ustedes han prestado a mis frases, señoras y señores, he dicho incompleta como me parece esta intervención, la dejo sujeta a los resultados que salgan de la compenetración que en el futuro se haga entre las Academias de Medellín y la Nacional en cuyo nombre he hablado.

Ética en la investigación médica

Gilberto Rueda Pérez. M.D.*

RESUMEN

El autor examina las bases de la investigación médica, concentrándose en la ética de la experimentación en humanos, de acuerdo con lo enunciado en el código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki. Se discuten con algún detalle, dos facetas del problema, a saber, el trasplante de órganos en el hombre y la investigación en fetos humanos. Se formula una serie de principios entre los que merecen especial mención los siguientes: Cabal respeto por la vida y la integridad psicofísica del ser humano; honestidad en los objetivos de la investigación, en función de su propósito final; necesidad de continuar los estudios sobre el misterio de la vida y la tragedia de la muerte; obligación de discernir pronta y honestamente, la información pertinente a los resultados obtenidos durante los estudios investigativos. Pero sobre todo, el autor hace énfasis en la necesidad de hacer cursos sobre ética a los estudiantes de Medicina, a través de todo su currículum, así como también a grupos especializados en investigación humana. El autor concluye que los centros de investigación deberían crear comités de consejería cuyas funciones primordiales serían las de estudiar, aprobar y supervisar los proyectos de investigación relacionados con el ser humano.

Palabras claves:

*Ética médica
Investigación en medicina
Trasplante de órganos
Enseñanza de la ética médica
Experimentación en humanos*

La Medicina nace con la humanidad, pues el dolor y la enfermedad nacen con la vida. La necesidad de aliviar el dolor y de prevenir o curar la enfermedad son inherentes a su existencia. Con estos objetivos aparecen los dos grandes métodos interpretativos: el inductivo y el deductivo. El primero basado en la idea preconcebida y el segundo, experimental, basado en la observación de hechos

SUMMARY

The author surveys the foundations of medical research and centers in the ethics of human experimentation based on the Nuremberg Code and the Helsinki Declaration. Two aspects of the subject, those of transplantation of human organs and research on human fetuses, are discussed in some detail. Several recommendations are made, among which the following deserve especial mention: Respect for the life and psychophysical integrity of the human being; honesty of the research objectives in function of the final aim; need for continuous study on the mystery of life and the tragedy of death; obligation to promptly and honestly disseminate the information concerning the results obtained during the research studies. Above all, the author stresses the teaching of ethics to medical students, all throughout their medical curriculum and also regularly to groups engaged in human experimentation. Research Centers should, furthermore, create advisory committees whose function will be to study, approve and supervise the research projects dealing with the human being.

Key words:

*Ethical medicine
Medical research
Organ transplantation
Teaching of ethical medicine
Human experimentation*

repetitivos. Del último se desprende la experimentación en todas las áreas del saber humano; así, de la observación de los hechos físicos van conformándose en la mente del hombre las leyes de la física que rigen el universo; lo mismo sucede en los estratos vegetal, animal y humano y aún en el terreno filosófico, pues vemos cómo con el desarrollo de la inteligencia humana, el mismo concepto de Dios va evolucionando para pasar, de dioses

* Vicepresidente de la Academia Nacional de Medicina

puramente materiales y semidioses, híbridos increíbles de lo divino y lo material y demás deidades mayores y menores, al concepto de un Todopoderoso Ser Supremo, concepto etéreo que campea aún, muy por encima del conocimiento del cerebro humano, para explicar o al menos justificar aquello que ignoramos.

El método experimental se impone en el arte de curar y se encuentra magníficamente expresado por su máximo exponente en la era moderna: Claude Bernard ⁽¹⁾, cuyos conceptos básicos se pueden resumir así:

El hombre es naturalmente metafísico y orgulloso; ha podido creer que las creaciones ideales de su espíritu, que corresponden a sus sentimientos, representan también la realidad. De donde se deduce que el método experimental no es primitivo ni natural al hombre, y que sólo después de haber errado largo tiempo en las discusiones teológicas y escolásticas, ha terminado por reconocer la esterilidad de sus esfuerzos en esta vía. El hombre advirtió entonces que no podía dictar leyes a la Naturaleza, porque no posee en sí mismo el conocimiento y el "criterium" de las cosas exteriores, y comprendió que para llegar a la verdad debe, por el contrario, estudiar las leyes naturales y someter sus ideas, si no su razón, a la experiencia, es decir, al criterium de los hechos. El metafísico, el escolástico y el experimentador, proceden todos de una idea **a priori**.

La diferencia consiste en que el escolástico impone su idea como una verdad absoluta que ha encontrado y de la que deduce luego las consecuencias por la sola lógica. El experimentador, más modesto, plantea al contrario su idea como una pregunta, como una interpretación anticipada de la naturaleza más o menos probable, de la que deduce lógicamente consecuencias que confronta a cada instante con la realidad por medio de la experiencia. Marcha así de verdades parciales a verdades más generales, pero sin osar pretender jamás que posea la verdad absoluta.

Surge entonces la ética de la investigación como pilar básico para evitar las desviaciones individuales que se le quieran dar, frecuentemente, tanto a los métodos investigativos como a sus resultados, buscando con ello el encuentro de la verdad en beneficio del paciente y del conglomerado social, como único objetivo final de toda investigación médica, sea en el animal o en el humano.

Las dos teorías éticas predominantes hasta el presente, se basan en los enunciados divergentes de Immanuel Kant y de John Stuart Mill ⁽²⁾. El punto de vista Kantiano, o sus aspectos pertinentes para nosotros, se encuentra reducido a una sola frase en su segunda formulación del Imperativo Categórico: **Actúa al tratar la humanidad, ya sea en tu propia persona o en la de tu congénere, siempre como un fin y nunca como un medio úni-**

camente. En otras palabras, no utilices a la gente, busca siempre la forma de concurrir a su bienestar final. El enunciado de Mill, más utilitario así como más simple, dice: **Las acciones son buenas en la proporción en que ellas tiendan a promover la felicidad; erróneas o malas mientras tiendan a producir el anverso de la felicidad.** Por felicidad se entiende el placer y la ausencia de todo dolor. Es de destacar, en este concepto, que el motivo no tiene nada que ver con la bondad del acto. Son las consecuencias las que importan.

Son tales y tan numerosos los estudios filosóficos derivados de estos conceptos básicos y de otros no menos importantes, que sería perfectamente imposible tratar de explicarlos, enumerarlos o aún condensarlos. Por ello debo limitarme a mencionar los puntos principales de los dos códigos de la era moderna que resumen las leyes que deben ser tomadas en cuenta por todo investigador médico específicamente en lo que se refiere a la ética de la investigación en humanos. Es el primero el Código de Nuremberg, suscrito en esa ciudad a raíz de la condena, por el Tribunal de Miembros, a los llamados "criminales de guerra nazis" después de analizar los genocidios que, con el disfrazado carácter de investigaciones, tuvieron lugar en ese nefasto período de nuestra era. Es el segundo, la Declaración de Helsinki, producida durante la XXVIII Asamblea Médica de la Asociación Mundial y promulgada en los Anales de Medicina Interna de septiembre de 1967 --refrendada por la XXXV Asamblea Médica Mundial, Venecia 1983--.

El Código de Nuremberg ⁽³⁾ dice:

Regla 1. - "El consentimiento voluntario de un sujeto humano es absolutamente esencial".

Regla 2. - "El experimento debe ser tal que conduzca a resultados fructíferos para el bien de la sociedad, imposible de obtener por otros métodos o medios de estudio, que no sea por naturaleza improvisado e innecesario".

Regla 3. - "El experimento debe diseñarse y basarse en los resultados de la experimentación animal y en el conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otro problema en estudio, que permita anticipar los resultados y por tanto justificar la realización del experimento".

Regla 4. - "El experimento deber ser conducido de tal manera que evite toda lesión o sufrimiento mental y físico innecesario".

Regla 5. - "Ningún experimento debe ser practicado cuando hay razones a priori para pensar que pueden ocurrir lesiones incapacitantes o la muerte, excepto, quizá en aquellos experimentos en que los médicos investiga-

dores también sirven como sujetos de experimentación".

Regla 6. -"El grado de riesgo que debe tomarse en un experimento nunca debe exceder al determinado por la importancia humanitaria del problema que pretende resolver".

Regla 7. -"Se deben tomar todas las precauciones para proteger a los sujetos de experimentación, aún contra la más remota probabilidad de lesión, incapacidad o muerte".

Regla 8. -"El experimento debe ser conducido solamente por personas altamente calificadas científicamente. Se debe exigir siempre el mayor grado de habilidad y de cuidado a todas las personas que conducen o están involucradas en todas las fases del experimento".

Regla 9. -"Durante el desarrollo del experimento, el sujeto humano debe tener la libertad de dar por terminado el experimento, si ha alcanzado una situación mental o física en que la continuación del experimento le resulte imposible".

Regla 10. -"Durante el desarrollo del experimento los científicos encargados deben estar preparados para dar por terminado el experimento en cualquier momento, si consideran, en el ejercicio de su buena fé, de su gran habilidad y de su juicio sereno, virtudes en ellos esperadas, que la continuación del experimento puede, muy posiblemente, resultar en lesión, incapacidad o muerte del sujeto en experimentación".

La Declaración de Helsinki ⁽³⁾ dice:

A. Principios Básicos.

1. "La investigación clínica debe ajustarse a los principios morales y científicos que justifican la investigación médica y siempre debe basarse en experimentos animales y de laboratorio o en hechos científicos bien fundados".

2. "La investigación clínica debe ser conducida sólo por personas calificadas científicamente y bajo la supervisión de un médico calificado".

3. "La investigación clínica no puede ser realizada legítimamente a no ser que la importancia del objetivo sea proporcional al riesgo inherente al que se somete al sujeto de estudio".

4. "Cada proyecto de investigación clínica debe ser precedido por una cuidadosa valoración de los riesgos inherentes en comparación a los beneficios potenciales para el sujeto o para otros".

5. Especial cuidado debe tener el médico al llevar a cabo investigación clínica en la cual la personalidad del sujeto sea susceptible de alterarse por el procedimiento experimental o por el empleo de drogas.

B. Investigación Clínica combinada con Atención Profesional.

1. "En el tratamiento de una persona enferma el médico debe estar en libertad de emplear un medida terapéutica nueva, si a su juicio, ofrece esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento. Siempre que sea posible, y de acuerdo con la psicología del paciente, el médico debe obtener su consentimiento voluntario después de que el enfermo haya recibido una explicación completa del problema. En caso de incapacidad legal, el consentimiento debe ser obtenido de su tutor legal. En caso de incapacidad física, el permiso del tutor legal reemplaza al del paciente".

2. "El médico puede combinar la investigación clínica con la atención médica profesional, aun cuando el objeto sea la obtención de un nuevo conocimiento médico, pero sólo hasta al punto en que la investigación esté justificada por el valor terapéutico que tenga para el paciente".

C. Investigación Clínica no Terapéutica.

1. "En la aplicación meramente científica de la investigación clínica realizada en un ser humano, es el deber del médico mantenerse como protector de la vida y la salud de la persona en que la investigación se lleva a cabo".

2. "La naturaleza, el propósito y el riesgo de la investigación deben ser explicados por el médico al sujeto de estudio".

3a. "La investigación clínica en un ser humano no puede llevarse a cabo sin su consentimiento libre y voluntario y después de que el sujeto de estudio haya obtenido una información suficiente y satisfactoria; si es incompetente legalmente, se debe obtener el consentimiento de su tutor legal".

3b. "El sujeto de investigación clínica debe estar en un estado físico, mental y legal que le permita ejercer libremente su poder de decisión".

3c. "El consentimiento debe, como regla, obtenerse por escrito. Sin embargo, la responsabilidad de una investigación clínica permanece siempre en manos del investigador; nunca será del dominio del sujeto aun cuando ya se haya obtenido su consentimiento".

4a. "El investigador debe respetar el derecho de cada individuo a proteger su propia integridad, especialmente si

el sujeto se encuentra en una relación dependiente del investigador.

4b. "En cualquier momento durante el desarrollo de la investigación el sujeto, o su responsable legal, está en libertad de retirar el permiso para que continúe la investigación. El investigador o el grupo investigador, deben discontinuar la investigación si a su juicio, es capaz de dañar al individuo en estudio".

Los conceptos enunciados en estas dos declaraciones básicas podrían bastar para señalar al investigador auténtico los alcances y limitaciones que tiene su afán de perseguir la verdad científica, tan cambiante en estos días. Pero ocurre precisamente, que el quehacer médico ahora es cada vez menos el trabajo responsable del médico juramentado y se cumple, más y más cada vez, por un equipo de profesionales donde el médico puro, empieza a devenir en personaje secundario frente a la información, metas, medios que emplean los genetistas, biofísicos, inmunólogos, ingenieros, socio-antropólogos e incluso, economistas.

Basta mencionar dos aspectos de la más alta importancia que han surgido en las épocas más recientes en relación con la investigación biomédica y primordialmente con los principios éticos más delicados y que son los referentes en primer lugar a los trasplantes de órganos humanos, en los cuales va implícito el concepto de muerte del donante, y el relativo a las investigaciones con embriones humanos.

Estos delicados aspectos de la ética en investigación humana se pueden resumir así:

1. Aspectos éticos del trasplante de órganos ⁽⁴⁾.

Surgen grandes dudas en el campo ético por el hecho de tomar un "corazón batiente" para trasplantarlo, aún existiendo la certeza de la muerte encefálica del donante, con las formalidades de la ley y el rigor de la ciencia. Sin embargo, el trasplante de hígado, de riñón, de pulmones y de páncreas, que se hace también en un donante aún con el "corazón batiente" pero cuya muerte encefálica se ha demostrado, no despierta las mismas inquietudes.

Por tratarse de Colombia, un país eminentemente católico, es importante tener en cuenta la declaración de la Academia de Ciencias Pontificias dictada el 21 de octubre de 1985, que al respecto dice:

La definición de la muerte: "Una persona está muerta cuando ha sufrido una pérdida irreversible de toda capacidad de integrar y de coordinar las funciones físicas y mentales del cuerpo".

"La muerte sobreviene cuando: a). Las funciones espontáneas cardíacas y respiratorias han cesado definitivamente, ó b). Se ha verificado una cesación irreversible de toda función cerebral".

"Del debate se concluyó que la muerte cerebral es el verdadero criterio de la muerte, ya que el paro definitivo de las funciones cardiorrespiratorias conduce muy rápidamente a la muerte cerebral".

"El Grupo, por tanto, ha analizado los diversos métodos clínicos e instrumentales que permiten constatar este paro irreversible de las funciones cerebrales. Para estar ciertos- por medio de un electroencefalograma - de que el cerebro ha quedado plano, vale decir, que no presenta ya actividad eléctrica, es necesario que el examen se realice al menos dos veces, con un intervalo de seis horas".

"En caso de muerte cerebral, la respiración artificial puede prolongar la función cardíaca por un tiempo limitado. Esta supervivencia inducida de los órganos está indicada cuando se prevé un retiro con miras a un trasplante".

"Esta eventualidad es posible sólo en el caso de una lesión cerebral total irreversible que sobreviene a un sujeto joven, esencialmente después de un traumatismo brutal".

"Habida consideración de los importantes progresos en las técnicas quirúrgicas y de los medios para aumentar la tolerancia de los injertos, el Grupo considera que los trasplantes de órganos merecen el apoyo de la profesión médica, de las legislaciones y de la población en general".

"La donación de órganos debe, en todo caso, respetar las últimas voluntades del donante, o el consentimiento de la familia cuando ésta está presente".

Es de destacar que en la ciudad de Medellín, días después de efectuarse el primer trasplante cardíaco realizado en Colombia, el Cardenal Alfonso López Trujillo felicitaba al equipo médico que hizo la cirugía y en su carta no planteaba limitaciones éticas.

2. Utilización de embriones humanos para la investigación.

A partir del momento en que se logró la obtención de embriones humanos in vitro y de su posibilidad de sobrevivir en forma más o menos ilimitada, surgió el delicado problema ético de si éstos embriones solamente podrían servir para la fecundación in vitro en cualquiera de sus modalidades, actualmente en fase de experimentación y aún de práctica contra la esterilidad, o si estos embriones

podrían ser utilizados para investigaciones de tipo genético condenados a ser destruidos una vez utilizados. Como se comprende, estos objetivos desatan una serie interminable de cuestionamientos de orden filosófico, moral, religioso y por consiguiente éticos ⁽⁵⁾.

Un factor de fondo lo constituye el papel y los objetivos de la investigación como soporte de las nuevas tecnologías reproductivas. Algunos investigadores apoyan firmemente la importancia de tales estudios y contradicen las restricciones de tipo ético bajo las que estos estudios deben llevarse a cabo (Eduards, 1982, Medical Research Council, 1985).

Otros autores han mantenido con la misma resolución que cualquier procedimiento al que se someta a un embrión ha de ser, de manera demostrable, para beneficio de este embrión particular, y en ningún caso éste puede ser utilizado como medio. (Tiefel, 1982).

Como puede verse, la posición de estos dos puntos de vista es fuertemente antitética y refleja las diferencias en la valorización del estado ético del embrión humano.

La profundidad y complejidad de estas preocupaciones ha sido ampliamente documentada y analizada por cuerpos públicos de los países más avanzados en el estudio de ellos, como son Inglaterra, Australia y Estados Unidos. (Ethics Advisory Board, 1979, Waller, 1982, 1983, 1984, Warnock, 1984).

¿Qué conclusiones y recomendaciones podríamos emitir después de este somero recuento de factores que influyen la ética en la investigación médica?

Podríamos resumirlas así:

1. Promulgar el respeto a la vida y a la integridad psicofísica del ser humano.
2. Asegurar las bases económicas de la investigación en los organismos de Salud.
3. Resaltar la honestidad en el propósito en función del objetivo final.
4. Mantener permanente inquietud y afán de conocimientos frente al misterio de la vida y el drama de la muerte.
5. Ejercer discreción y reserva ante el descubrimiento mismo, dejando de lado todo afán publicitario.
6. Brindar información plena del resultado de la investigación a las sociedades médicas o científicas conexas, para merecer el respaldo del mundo científico.

7. Recalcar que la investigación debe ser desinteresada.

8. Evitar el dogmatismo.

9. Legalizar el compromiso de la responsabilidad colectiva en medicina en general y en la investigación en salud en particular.

10. Poner el descubrimiento o evidencia alcanzada en la investigación al servicio de la humanidad, sin distinción alguna.

Y, por último, las siguientes recomendaciones contribuirían a establecer una Metodología eficaz en la medida en que la protección del ser humano es preservada. ⁽⁶⁾.

11. Promover la enseñanza de normas éticas integrales en Medicina, en forma continuada, a todo lo largo de los estudios de pre-grado y luego de post-grado, en escala nacional. Es fundamental la inclusión del conocimiento de los principios éticos comprometidos en la experimentación en humanos, y de manera periódica, para aquellos grupos que se inclinan o se forman en este tipo de investigación. Sin tales principios el investigador carece de calificación para la práctica de esta delicada disciplina.

12. Crear en todos los Centros e Institutos del país en donde se realicen labores de investigación, comités formados por personas idóneas, expertos en investigación. A estos comités deben ser sometidos todos los proyectos de investigación en humanos para su debida aprobación. Estos comités, deben, así mismo, cumplir con la función de supervisar el desarrollo de la experiencia, uniendo sus esfuerzos al de los investigadores para proteger, defender y preservar la integridad física y psíquica de los seres que han contribuido en la investigación, la cual ha conducido al dramático progreso de la ciencia que hoy presenciamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) PI-SUNYER, J. "El Pensamiento vivo de Claude Bernard". Buenos Aires. Losada, 1944.
- 2) REDMON, P. *Journal of Medical Ethics*. 12:77-82. 1.986.
- 3) BUSTAMENTE, R.C. "Aspectos Éticos de la Investigación". Perú, 1985. p.p. 79-84
- 4) GIRALDO G., C.A. "El Trasplante de Organos". *Trib. Med. Julio (II)*: 32-36. 1.987.
- 5) GROBSTEIN, C. y FLOWER, M. "Aspectos Éticos actuales de la FIV." *Ginecología y Obstetricia*. Vol.4. 1975. p.p. 925-939.

6) LAMBERTI, J.A."Aspectos Eticos de la Investigación en Seres Humanos". Venezuela, 1977. p.p. 133-139.

Nota del Editor: Respetamos profundamente los conceptos del autor pero consideramos oportuno aclarar que la idea de un Ser Supremo y Todopoderoso como medio para explicar o justificar lo que ignoramos, no es compartida por muchos y serios antropólogos y estudiosos de las religiones que plantean el surgimiento de las ideas religiosas como necesidad racional del hombre, que aparece simultáneamente con la necesidad de justificar y explicar lo que ignoramos con criterios mágicos. Aunque ambas necesidades, aunque ambos conceptos tengan puntos en común no deben confundirse, pues son realmente diferentes.

Homenaje de la Academia Nacional de Medicina

Pablo Gómez Martínez. M.D.*

La Academia Nacional de Medicina se une de la manera más cordial a la conmemoración del centenario de la Fundación de la Academia de Medicina de Medellín y a rendir un merecido homenaje a la memoria de los epónimos varones que hicieron posible esta institución, llena de historia, plena de realizaciones y honra de la patria.

Colombia ha sido tierra fértil para la creación de las Academias desde los albores de su historia, como lo prueba don Pedro María Ibáñez en sus memorias para la Historia de la medicina en Santa Fé, publicadas por la Universidad Nacional. Dice, así textualmente:

"Sámano a la sazón, verdadero Jefe del Virreinato en cumplimiento de orden superior, dispuso que los facultativos residentes en la Capital, se reunieran cada mes, principiando el primer jueves del año de 1.817, en casa del Intendente de la ciudad, con el objeto de conferenciar sobre medicina, cirugía, farmacia y química y perfeccionar con la discusión, los conocimientos científicos que poseyeran".

"He aquí el nacimiento de la primera Academia de Medicina que existió en el país, destinada a hacer progresar las ciencias naturales y médicas y aunque duró corto tiempo y no hizo trabajo alguno de importancia, pues sus sesiones se reducían a que uno de los miembros hiciese una conferencia sobre un punto fijado de antemano por el Director, es justicia hacer conocer los nombres de los individuos que la compusieron, y fueron:

Doctor Pablo Fernández de la Reguera, Director;
Doctor José Joaquín García, Secretario;
Doctor José C. Zapata, Secretario;
Doctor Benito Osorio, Miembro;
Doctor José Félix Merizalde, Miembro;
Doctor Santos González, Miembro;
Don Domingo Hernández, Miembro;
M.R.P. Prior Fray Manuel Amaya,
Prior Definidor Mariano Barroeta,
Prior Definidor Agustín Uscátegui, y

Prior Fray Agustín Silva, Miembros de la Orden de San Juan de Dios.

"Admira que en la época del terror, en la que los odios de nacionalidad habían llegado al mayor grado de exaltación, la autoridad militar española se ocupase de formar una Academia Científica. La historia, imparcial y justiciera, reconoce este honor a Sámano, sin que él disminuya de responsabilidad que contrajo ante la posteridad, por su rencor a los Americanos y por su carácter sanguinario".

"También llama la atención que no pertenecieron a aquel cuerpo científico, dos notables médicos y hombres de ciencia, residentes en la capital. Hablamos del doctor Manuel María Quijano y Sebastián López Ruíz, ambos acreedores por sus conocimientos a figurar en primera línea entre los miembros de la Academia".

"Dice la historia que, hace 114 años, el día 3 de enero de 1.873, se reunieron en la ciudad de Bogotá, los doctores Abraham Aparicio, Evaristo García, Leoncio Barreto, Liborio Zerda, Manuel Plata Azuero y Nicolás Osorio, con el objeto de fundar una sociedad que fomentase el estudio y adelanto de las ciencias médicas y naturales, y que diese solidaridad al ejercicio de la profesión médica".

"Constituída la sociedad, celebró su segunda junta el día 9 de febrero del mismo año. Más tarde la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales fué reconocida como ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA, en virtud de la Ley 71 de noviembre 22 de 1.890 y como organismo consultor y asesor del gobierno para todos los asuntos relacionados con la salud pública y la educación médica del pueblo colombiano".

Fué el 7 de julio de 1.887, el día en que atendiendo al llamado del Doctor y General Marcelino Vélez, Gobernador del Departamento de Antioquia, "se reunieron los médicos más distinguidos de la ciudad de Medellín, con el fin de constituir una sociedad que debía propender por el adelanto de la ciencia médica y además, servir como

*Presidente de la Academia Nacional de Medicina

órgano de consulta al Gobierno Seccional en todo lo correspondiente a la higiene pública"; la llamaron desde un comienzo Academia, porque "querían que fuera por su seriedad y verdadero espíritu científico, la rectora y representante del movimiento médico de Antioquia".

Desde su fundación se fueron destacando en el ámbito nacional los trabajos presentados por sus miembros; y me va a perdonar tan distinguido auditorio, que sólo mencione unos pocos en aras de la brevedad y para no sobrepasar el límite del tiempo que me ha sido asignado esta noche.

En 1.887, José Tomás Henao, hace una comunicación sobre la ligadura de la arteria femoral por aneurisma y creo que fué la primera que se hizo en el país y que fué publicada.

En 1.888, Manuel Uribe Angel, publica sus ensayos sobre Educación Médica y llamó la atención sobre la necesidad de emplear una metodología adecuada acorde con los avances de la ciencia.

En 1.887 Manuel de la Roche informa su operación sobre "ovariotomía por cistosarcoma del ovario" y en el mismo año, Juan de Dios Uribe presenta su trabajo sobre "Talla Hipogástrica para cálculos vesicales".

En el año de 1.891, José J. de la Roche, publica un importante estudio sobre "Heridas Penetrantes del Abdomen", que le merecieron los más elogiosos comentarios y propuso conductas aceptadas por muchos años y que sólo han cambiado gracias al descubrimiento de los antibióticos.

En 1.892, Justo Restrepo hace la primera cistostomía con trócar, y en ese mismo año, Jaime Mejía emplea su método del tratamiento de los empiemas traumáticos con sonda y lavados con ácido salicílico.

En 1.889 José Vicente Maldonado practica la neurografía del nervio cubital.

En los años de 1.899, 1.905 y 1.911, J.B. Montoya y Flórez, presenta sus trabajos sobre el Carate, sobre Cáncer y sobre la Lepra en Colombia. Difícilmente se puede concebir una mayor erudicción en los temas que trató y profundizó de manera inigualable. Tanto su observación de los enfermos, como su diagnóstico y tratamiento, bastarían por sí solos para consagrarlo como figura cimera de la medicina colombiana y uno de los médicos más eminentes que ha tenido el país.

En 1.905, Andrés Posada hizo un estudio sobre las Enfermedades de Medellín.

Pocos años después el doctor J. Mejía, hizo una

comunicación muy interesante y original, cual fué el procedimiento del doctor J. Restrepo para dilatar la uretra con espartillos (Higuerilla).

En 1.896, J.B. Londoño escribe sobre las plantas medicinales y tres años más tarde, C. de Greiff sobre la Decadencia Mental.

En 1.897, Aurelio Posada publica su estudio "Dispensario de Salubridad en Medellín" trabajo que completa Angel M. Uribe con su tratado de Higiene Pública y Saneamiento de los alrededores de Medellín.

Sobre el tema de Medicina Legal merecen destacarse las contribuciones de José Tomás Henao y de Carlos E. Putnam, tituladas "El Médico Legista en Colombia" y "Medicina Legal", respectivamente.

Manuel Lobo escribe sobre Algo de Higiene y Rafael Pérez (1.896) sobre Demografía.

No quiero olvidarme de tres médicos eminentes ya de generaciones más nuevas, el Profesor Gil J. Gil, eminente cirujano, Decano de la Facultad de Medicina, del doctor Alfonso Castro fundador de la Clínica de la Merced de esta ciudad, y también el doctor Gabriel Toro Villa, distinguido internista.

Me haría interminable si tratara siquiera de hacer un recuento del papel que ha desempeñado la Academia de Medicina de Medellín para la ciudad y el departamento. Bajo el ímpetu creador de sus presidentes y de sus miembros no se ha descuidado en el estudio de ninguno de los aspectos importantes de la medicina: ha influido en la educación médica, en la higiene pública, en las medidas sanitarias; en el establecimiento de Lazaretos y dispensarios; en la atención primaria de la salud; en la organización de los hospitales, hasta llegar a esa magnífica asociación de los transplantes de órganos, actividad en que son pioneros y líderes indiscutibles en el país.

Nada más satisfactorio para la Academia Nacional de Medicina de Colombia que el hacer público reconocimiento de la labor cumplida y de tener la oportunidad de entregar en su nombre, la Gran Cruz de la Institución que, de acuerdo con las normas que la rigen, sólo se otorga a los Jefes de Estado, o a las Instituciones Públicas o Privadas que hayan contribuido de manera notable al progreso de las ciencias de la salud en el país.

Para terminar quiero agradecer en nombre de la Academia Nacional de Medicina y en el mío propio la galante invitación que se sirvieron hacernos para participar en el interesante programa de la celebración del centenario que vienen desarrollando desde el día 15 de septiembre y en particular por los temas que nos asignaron, que la Presi-

dencia resolvió repartir en las tres ponencias que tuvieron oportunidad de escuchar.

La experimentación en medicina como base y parte integrante de la investigación científica, es apasionante desde todo punto de vista y constituye una frontera que debemos alcanzar y explorar, si es que queremos algún día participar de manera activa en el futuro del mundo y su desarrollo. Bien sabemos que es difícil; fuera de nuestro alcance muchas veces, pero debemos intentarlo.

Es para mí muy grato el darles la noticia que desde el año pasado nuestra Academia gestó y organizó el Instituto de Investigación Médica, y este año está en pleno desarrollo; cuyo objetivo principal es el estimular, ayudar y patrocinar proyectos de investigación en el país.

Los estudios hechos nos permitieron apreciar un panorama con amplios horizontes en el cual se destacan de manera inconfundible, algunos hechos que son motivo de estudio e investigación en el ambiente mundial. A nadie se le ocultan los profundos cambios de nuestra sociedad y la aparición de nuevas tecnologías biomédicas, a cuya influencia no nos podemos sustraer.

La profesión médica se ha dado cuenta de la importancia que tiene el conocimiento de la biología molecular y de su significado para la mayor comprensión de la vida. Los científicos que han emprendido con entusiasmo la búsqueda de los secretos vitales, se asoman con afán y escudriñan la célula viviente para saber como trabajan y se alteran sus moléculas.

Varios grupos de investigadores han puesto de manifiesto la relación entre la biología y las enfermedades autoinmunes y este nuevo campo de estudio ha abierto el panorama de los trasplantes de órganos y de tejidos y su destrucción o retención. Desgraciadamente nuestros conocimientos experimentales y naturales de este fenómeno nos llevan a la conclusión de que necesitamos más conocimientos sobre el carácter y variación de la respuesta inmune de los individuos para poder solucionar el problema.

Gran parte de la investigación se ha centrado en el impacto probable y posible de la biología molecular y la estructura y función de los ácidos nucleicos en el futuro de la medicina. Estamos en la era del DNA. La atención se ha dirigido principalmente a cuatro áreas, como ejemplo de los campos que hay que conquistar: los virus y las enfermedades virales; los defectos hereditarios y metabólicos; las enzimas en su desarrollo, regulación y defectos estructurales y el cáncer.

En el caso de la dinámica molecular y la función

cerebral, la preocupación principal es la investigación de la interacción de las macromoléculas de las células cerebrales y los procesos dinámicos de las neuronas, que permitió llegar a identificar químicamente los portadores moleculares de la memoria y cómo se pueden inhibir o aumentar; pero aún más importante, cómo se podrían transferir de un cerebro a otro.

Las drogas que previenen o retardan la pérdida de las células cerebrales en la enfermedad de Parkinson y Alzheimer, algunas de las cuales desempeñan un papel de fino bisturí que disecan los tejidos, y el descubrimiento reciente del factor que regenera el sistema nervioso, nos revelarán dentro de poco los prodigios de la ciencia en beneficio de la humanidad doliente.

Un grupo no menos importante y complejo es el de los desórdenes conocidos como enfermedades degenerativas, que involucran las células, los órganos y los sistemas (enfermedades cardio-vasculares, enfermedad de Bright, arteriosclerosis, enfermedades cerebrales y del sistema músculo-esquelético).

El perfeccionamiento y preparación de las vacunas por medio de la ingeniería genética es un método seguro que junto con la utilización de los anticuerpos moleculares serán factores decisivos en el tratamiento y diagnóstico de numerosas patologías.

Si me he permitido hacer esta disquisición sobre los grandes problemas de estudio que se nos presentan actualmente es para enfatizar el papel importantísimo que prodrian desempeñar las Academias en promover y dirigir las investigaciones del país, que si se aplican al hombre siempre tienen el sello inconfundible de la experimentación médica.

Los caminos que tenemos por delante no son fáciles de recorrer; algunos son ásperos, duros y algunos no se han trazado todavía; pero estudiando la enfermedad a través de la vida y en todas sus manifestaciones, seremos capaces de comprenderla mejor y de aprender más sobre su curación para aliviar el sufrimiento de la humanidad.

Rito de amor y de justicia es ésta peregrinación de un gremio al altar que santifica la amistad y endiosa la virtud. Porque aquí hemos venido no como los antiguos a implorar de los espíritus una ayuda imposible; para propiciar su voluntad esquiva, sino a cantar el salmo de la vida en el mismo reinado de la muerte; y a consagrar a la Patria el culto de las virtudes que aquéllos de nuestros compañeros le ofrendaron; a recoger sus enseñanzas para obrar como ellos, reconciliados con la naturaleza, haciendo de la vida no la carga pesada de ascetismo estéril, sino un motivo de goce, un modo de supervivir en el futuro, por la

radicación de la inteligencia que piensa, que ilustra, que inventa y civiliza, que emancipa y eleva, que liberta y engradece.

Muchas gracias.

Un siglo de academia

Oriol Arango Mejía M.D. *

Señoras y Señores:

Con esta esplendorosa reunión en la cual nos acompañan tan distinguidas personalidades, concluimos el programa de celebración del Primer Centenario de la fundación de la ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, una Institución de origen suigeneris, como que fue fundada a instancias del Gobernador de Antioquia, Abogado y General de la República Doctor Marceliano Vélez, quien según el Doctor Manuel Uribe Angel, tal como consta en el Acta de Fundación, dirigió a él y a los señores Dres. Manuel V. de la Roche, José I. Quevedo, Ramón Arango, Andrés Posada Arango, y Tomás Quevedo una nota en la cual los excitaba para que procedieran a organizar en sociedad permanente al Cuerpo Médico de la ciudad.

La nota de invitación fue considerada como un "homenaje de justicia y agradecimiento al Cuerpo Médico de la ciudad por sus luces, desinterés, abnegación y filantropía". En ella se les pedía que se organizaran en sociedad científica y que acordaran para ello, las determinaciones que consideraran pertinentes, a la vez que se le ofrecía a la nueva Entidad todo el respaldo oficial necesario y se le anunciaba que el Gobierno Departamental asumiría los gastos de la impresión del periódico en que ella consignara sus trabajos. A raíz de esta obligante propuesta oficial, se procedió a la Fundación de la Academia de Medicina de Medellín. Su primer Presidente fue el Doctor Manuel Uribe Angel, con la Vice-Presidencia del Doctor José I. Quevedo; para la Secretaría se eligió al Dr. Ramón Arango y para la Tesorería al Dr. Francisco A. Uribe M.

A la nómina de Miembros Fundadores se agregaron luego los nombres de los Dres. Alejandro Restrepo, Ricardo Escobar R., Rafael Campuzano, Antonio Mendoza y Florencio Mejía.

Es realmente sobrecogedor ver que al cabo de un siglo, la Academia sigue siendo un ente serio, respetable y acogido con cariño por las Entidades Gubernamentales, por los Organismos Científicos y por la ciudadanía en general, lo cual es indudablemente el reconocimiento a la extraordinaria labor que ha desarrollado en esta Centuria.

Todos los actos conmemorativos del fausto aconteci-

miento de la fundación de nuestra Academia, han estado encaminados a exaltar su obra, a tratar el importante tema de la Deontología Médica y a rendir tributo de admiración y agradecimiento a quienes como el General Marceliano Vélez y los Médicos Fundadores, tuvieron la visión firme de lograr algo importante y duradero, como efectivamente lo consiguieron. Para ellos una vez más nuestra gratitud y como homenaje a tan preclaros galenos, así como para honrar la memoria de quienes en el pasado formaron parte de nuestra Institución, vamos a pedirles un minuto de silencio.

La vida de la Academia en cuanto a su actividad se refiere, puede dividirse en dos etapas bien definidas que cada una comprende un lapso de más o menos cincuenta años.

Durante la primera de ellas se dedicó a estructurar un organismo completamente nuevo para nuestro medio, lo cual pudo lograrse, gracias a que un buen número de los médicos que la integraban, habían sido formados en el extranjero, en donde tuvieron ocasión de conocer sobre este tipo de organizaciones científicas; la lucha no fue fácil, debido primordialmente a la desidia de sus integrantes, que no respondían al llamado de las directivas, las cuales se angustiaban con lo escasa de la asistencia a las sesiones, a pesar de que hacían todos los esfuerzos posibles para tratar de interesar a los académicos en los temas que se disponían a tratar. Otro factor que fue motivo de permanente preocupación de las Directivas lo constituyó el económico, para lo cual se estableció una cuota de ingreso de cinco pesos oro (\$5) y una cuota mensual de un peso oro (\$1) con multas por falta de asistencia sin justificación, pero ni aún en el caso de que los socios fueran cumplidos en sus compromisos económicos, las finanzas eran suficientes para llevar una vida decorosa. Era tal la pobreza que el Dr. Zuleta propuso en alguna ocasión que se nombrara un Miembro Honorario de la Academia para que solicitara al Sr. Gobernador del Departamento, la instalación o préstamo para los días de sesión de la Academia, de dos "focos de luz eléctrica". Esta petición fue acogida y no solamente se les prestaron los dos bombillos, sino que se les facilitó un ventilador. O sea que desde su fundación, la Academia ha venido padeciendo una penuria franciscana, la cual sigue vigente al cabo de cien años, pero con la esperanza de que a raíz de este Centenario, el Gobierno, el Congreso y la ciudadanía, le ayuden a vivir una situación holgada, que le permita llevar

*Presidente de la Academia de Medicina de Medellín.
Año del Centenario

a cabo y sin sobresaltos, la función para la cual se le fundó.

Dadas las circunstancias de la época y las razones por las cuales la Academia fue creada, su función consistió primordialmente en ser un Organismo Consultor del Gobierno, del Cuerpo Médico y de la ciudadanía y así vemos al repasar su historia que está bien conservada en ese venero de las actas, cómo a ella se le presentaban los casos de difícil diagnóstico, para que los Sres. Académicos emitieran sus conceptos y aprobaran o negaran el de quienes hacían la consulta. Los problemas diagnósticos que a la luz de hoy día son de importancia nimia, para ese entonces eran de tremenda magnitud. Uno de los primeros casos motivo de estudio fue el de un paciente traumatizado en la columna lumbar, quien presentaba signos de parálisis y cambios tróficos; para su estudio se nombró a los Dres. Estrada y Pérez quienes luego del reconocimiento de rigor, conceptuaron que se trataba de una fractura de la primera vértebra lumbar y que no se justificaba la intervención quirúrgica, con lo cual los demás colegas estuvieron de acuerdo.

La antisepsia fue motivo de acalorados debates y al referirse a ella, decía el Dr. Manuel Uribe Angel en 1888 que los viejos tenían tan buenos resultados como los de los jóvenes, aquí empieza la lucha generacional, a pesar de usar bisturí "algo tomado de orín" y no tener los "spray y sus vendajes a la lister". Argüía Uribe Angel que el agua limpia y fría era buen antiséptico y esto aún en operaciones de suma gravedad, como desarticulaciones del hombro y la rodilla y concluía que en la ciudad y con las condiciones del momento, no había motivo para retroceder en una operación grave por falta de antiséptico.

Imposible sería, porque nos volveríamos interminables, referirnos a todos los temas tratados; sin embargo se puede mencionar que al estudio de la Corporación se llevaban piezas importantes tales como un pequeño hueso que hábilmente el Dr. Uribe Angel había extraído del esófago de un paciente y curiosidades como la carta del Sr. Clímaco Suárez Zea, en la cual "dice haber descubierto casualmente que una mezcla de plátano guineo, aguardiente común y pan (de trigo) es eficazísimo antihelmíntico". A este respecto el Dr. Uribe Angel recordó que el vulgo tenía como venenosa la mezcla de aguardiente y guineo y por ello la sentencia popular "sobre guineo agua; sobre dominico aguardiente y sobre hartón con-fesión". Sin pretender con esto amedrentar a quienes tienen afición por este etílico tan nuestro.

Y como broche final a la parte médica y terapéutica, quiero referirme a una encendida discusión que se llevó a cabo sobre el tratamiento de la blenorragia: decía el Dr. Uribe Angel que era enemigo del uso interno del nitrato de plata, del sublimado, de astringentes y de sulfato de quinina disuelto en ácido sulfúrico, por los efectos nocivos.

Y que se quedaba con las inyecciones inocuas y echaba mano de los balsámicos como tratamiento interno. "No sé si me engaño dijo, pero creo que pasarán siglos y siglos antes que la copaiba, la cubeba, el matico, y el sándalo, sean destronados en el tratamiento de la blenorragia".

Todas estas situaciones nos causan hoy hilaridad, pero en su época fueron tratadas y afrontadas con la más absoluta seriedad. Claro está que los avances de la ciencia, van cambiándolo todo y a velocidades astronómicas y así vemos hoy cómo adelantos tan maravillosos como el de los Rayos X, el descubrimiento más genial de la humanidad, va cediéndole el paso a otros métodos como el "Scanner" ideado por el Ingeniero G.N. Hounsfield y el físico A.M. Cormack, Premio Nobel de Medicina 1979 y éste a la Resonancia Magnética y como auxiliar de ellos tenemos la ecografía hoy con técnicas más avanzadas como la del Doppler Pulsado a color, etc., incluídos los Rayos Lasser. Seguramente que al celebrarse el segundo centenario de la Academia, si es que el mundo no se destruye antes, todos nuestros extraordinarios adelantos serán motivo de comentarios jocosos.

Esta primera etapa de la Corporación estuvo dedicada en su mayor parte a la asesoría de las autoridades tanto Departamentales como Municipales y aun Nacionales, en todo lo relacionado con la Higiene y la Salud Pública, lo cual es explicable, ya que los conocimientos al respecto estaban muy restringidos a algunos médicos y de manera particular a aquellos que habían tenido el privilegio de viajar al exterior. El propio Gobierno carecía de servicios especializados de salud y para eso en Antioquia se había propiciado por el General Marcelino Vélez, como ya lo anotamos, la fundación de la Academia de Medicina de Medellín. Fue así como nuestra Institución tuvo qué ver en el orden nacional, con la escogencia de los lugares para los lazaretos y en las campañas antileprosas, entre otras cosas. Y al respecto, permítaseme recordar que al cabo de los años, uno de nuestros Académicos, el inolvidable Profesor Jesús Peláez Botero, en su condición de Senador de la República, consiguió mediante una ley, la abolición de los lazaretos, cuando estos fueron considerados injustificados.

Una consulta interesante, que fue tema candente, la constituyó el de las pesebreras o cuadras, que eran sindicadas de ser focos de contaminación y peligro para la ciudad. La Alcaldía Municipal preguntaba si tales establecimientos eran focos infecciosos o perniciosos a la Salud Pública. La Corporación estudió el caso con la más absoluta serenidad y en la discusión hubo quienes opinaban que las letrinas de los colegios eran más peligrosas y que no consideraban que por ello se debían cerrar estos establecimientos. El Dr. Manuel Uribe Angel estuvo de acuerdo en que sería gravísimo para la ciudad acabar por prohibición oficial, las cuadras o pesebres, ya que ello afectaba

un medio de transporte muy importante y sugirió que se exigiera a estos negocios, un buen aseo, con lo cual se evitaba todo peligro.

Y continuando con la Salud Pública, vemos que la Institución le dedicó buena parte de su tiempo al estudio de interesantes temas, tales como la escogencia de los sitios adecuados para los cementerios y la ubicación de las plazas de mercado. Al respecto, quiero recordar que con tal motivo se planteó una seria discusión, consistente en si se debía situar estos establecimientos en el norte, en Bermejál, o en el sur de la ciudad en lo que hoy es Guayaquil. Hubo argumentos en pro y en contra y la opinión del Maestro Uribe Angel fue la de que ambas zonas eran malsanas, por ser asiento de paludismo y se adelantó a sugerir que se saneara primero el terreno, en caso de que la escogida fuera la región del sur, para lo cual se hacía necesaria la cuelga del río Medellín y se imponía la desecación de las lagunas existentes, ya que tal plaza de mercado indudablemente llegaría a constituir el núcleo de un asentamiento futuro y ponía como condición para el caso en que definitivamente se escogiera este lugar, como en efecto se hizo, que se construyera un cárcamo cubierto, para las aguas, negras, que debería tener por lo menos cuarenta metros de longitud.

Desde los albores de su Fundación, la prostitución fue motivo de su permanente preocupación, hasta el punto de que la llevó a proponer a las autoridades competentes, la creación de la "policía de costumbres" y si se repasan detenidamente las actas, en ellas encontraremos infinidad de discusiones sobre este serio problema; en 1899 se llegó a la conclusión de que no era adecuado ni conveniente prohibir este negocio tan antiguo y se propuso la creación de un dispensario para el tratamiento y corrección de las mujeres públicas, con lo cual la Academia dió las normas tendientes a una adecuada reglamentación. Y el tema siguió siendo preocupación permanente para nuestra Institución, hasta el punto de que en 1965 tuvimos una excelente mesa redonda sobre este tópico. La verdad es que de tanto trajinarlo y de la búsqueda de soluciones, nuestro Departamento ha sido abanderado en la lucha contra este flagelo de la sociedad.

En alguna ocasión se nombró una comisión de la Academia para que estudiara la situación sanitaria de la ciudad de Medellín y redactara un informe dirigido al Sr. Gobernador del Departamento en el cual la Institución debía proponer las reformas y mejoras para el saneamiento de la ciudad. Y vale la pena anotar que a raíz de este estudio, se redactó un oficio al Sr. Alcalde y al Sr. Presidente del Concejo, en el cual se les dejaba conocer la opinión de la Academia en el sentido de que las cañerías que conducían las aguas a la población, debían ser cuidadosamente examinadas por el fontanero, ya que se

tenían noticias de algún daño en ellas y concluía que la epidemia reinante de fiebre tifoidea, podía tener su origen en la contaminación de las aguas por la circunstancia anotada. Y fue así como se empezó a hablar de cambiar la conducción del agua para consumo a "tubos de fierro".

Además de los hechos relatados que fueron de la más alta significación e importancia, la Academia afrontó serios debates sobre: dengue, que aún hoy es problema en la ciudad; gripa; sarampión; parasitosis, especialmente la uncinariasis; fiebre amarilla; paludismo; viruela que fue de tal gravedad que obligó a establecer un hospital de virulentos, etc.

Se empezó a estudiar el problema del proletariado médico, para lo cual los mismos estudiantes propusieron el cierre de la Escuela, siquiera por tres años. O sea que este problema que hoy es de actualidad, no es en manera alguna nuevo.

En las postrimerías de esta etapa inicial, las preocupaciones cambian y se entra de lleno en las inquietudes científicas. Se abre paso a la era quirúrgica, con Juan Bautista Montoya y Florez, quien creó su propia escuela y dio comienzo a intervenciones tan complejas como la gastroenteroanastomosis y luego aparece Gil J. Gil, Maestro de Maestros, quien inicia la cirugía de las vías biliares. Y desde luego se empezó a hacer uso de la transfusión, que tal como se practicaba, era más peligrosa que la anemia que se trataba de conjurar. Al respecto se suscitó una seria polémica sobre el caso de una enferma embarazada, con gran intoxicación, a quien se le hizo una transfusión de 80 centímetros cúbicos de sangre. Pocos minutos después, dice el relato, la enferma entró en coma casi completo: se nota grande angustia y disnea, pulso incontable y el conocido fenómeno de "carne de gallina". Ante la gravedad de la situación, hubo complejas discusiones sobre la transfusión que consideraban de utilidad, pero peligrosa. La enferma murió y en la autopsia, que reveló múltiples abscesos renales, no se pudo demostrar la acción letal de la transfusión.

Al entrar en la segunda etapa de la vida de la Academia, vemos que ella sin abandonar su papel de consultora de las autoridades médicas y sanitarias, a las cuales ha seguido asesorando en todo momento, incursiona en el mundo de la ciencia que particularmente en esta mitad del siglo ha hecho avances jamás sospechados, de los cuales la humanidad ha derivado beneficios de incalculable valor.

Permítaseme recordar que la segunda guerra mundial, que tantas vidas exterminó, culminó con uno de los avances científicos más grandes de la historia: la desintegración del átomo, lo cual llevó a la fabricación de la

Bomba Atómica, que si bien es cierto, fue terriblemente destructora, puso fin a un conflicto que de haberse prolongado indefinidamente, habría exterminado media humanidad. Este descubrimiento dió paso a la era atómica, a la energía nuclear que tan importantes logros le ha permitido a la ciencia, particularmente a la medicina. Así hemos tenido ocasión de asistir en nuestras reuniones a magníficas conferencias sobre tratamientos con la bomba de cobalto -radiación natural- y ver los éxitos alcanzados con los aceleradores nucleares para tratamientos de neoplasias, amén de otras referencias al uso de la medicina nuclear, bien para terapia o para fines diagnósticos. Y a estas poderosas armas de doble filo, se ha agregado la quimioterapia, que ha permitido prolongar la vida de quienes han tenido el infortunio de ser víctimas del cáncer.

Y parejo con estos avances, apareció el microscopio electrónico que permite lograr aumentos de 100.000 diámetros, lo cual ha hecho posible demostrar la relación existente entre el virus y algunas neoplasias; con él se ha logrado examinar más íntimamente los componentes de las células: núcleo, nucléolo, mitocondrias, ribosomas y aparato de Golgi, desde el punto de vista físico, químico y biológico, lo que ha contribuído poderosamente a esclarecer los arduos problemas del cáncer.

Puesto de honor en estos avances científicos merecen la penicilina con sus diferentes tipos, descubierta por Sir A. Fleming, lo cual le valió el Premio Nobel de Medicina en 1945, y luego las tetraciclinas, el cloranfenicol, etc. Esto cambió radicalmente el armamento contra la infección y por ende mejoró los resultados quirúrgicos e hizo posibles otros procedimientos más ambiciosos.

Imposible sería pretender abundar en todos y cada uno de los extraordinarios avances de la medicina. Bástenos decir que el advenimiento de los computadores cambió totalmente el panorama médico y luego la aparición del transistor acabó de completar la situación. Me volvería interminable si pretendiera hablar de la bondad de estos dos invaluable auxiliares en la búsqueda de la salud del cuerpo humano, de los cuales los primeros han llegado hasta suplantar al médico en el diagnóstico y el marcapaso a dirigir y regular el ritmo cardíaco.

Gracias a estos adelantos pudo la ciencia médica entrar a la cirugía de los trasplantes de riñón, de hígado, de corazón y ya estamos a las puertas de iniciar entre nosotros el del pulmón. Aquí cabe destacar el papel que en favor de estos procedimientos han jugado la hipotermia, la hibernación, corazón mecánico, el uso de los isótopos radiactivos, con fines diagnósticos y curativos, los quimioterápicos y los citostáticos.

En casos graves de afecciones renales, se recurre a la diálisis peritoneal que es engorrosa, amén peligrosa, o al

riñón mecánico preconizado por Coff y en nuestro salón de sesiones, tenemos la primera de estas máquinas diseñada y fabricada en Medellín.

La era de los trasplantes entre nosotros se inició con el renal, para lo cual se ha conformado un grupo altamente calificado y especializado y de tal pericia, que los nuevos casos atendidos por ellos, pasan inadvertidos.

Quizás el primer paso a la era de la cirugía cardíaca lo dió el médico alemán Forssman, quien realizó en sí mismo, por primera vez en el año de 1920 el sondaje cardíaco, método que luego fue perfeccionado en los años 1940 y 1942 por Cournard y Richards, lo cual los hizo a los tres, merecedores del Premio Nobel de Medicina en 1956 por su aporte al cateterismo cardíaco, que permite datos de valor fundamental, para estudio y diagnóstico de las afecciones cardíacas congénitas o adquiridas, así como la apreciación postoperatoria.

El trasplante cardíaco ha constituído uno de los hechos más espectaculares del avance médico y ha permitido el tratamiento definitivo de algunas enfermedades cardíacas, especialmente en pacientes afectados de miocardiopatías primarias y también algunas secundarias.

Hemos sido igualmente testigos de casos de trasplantes de hígado y ahora estamos a las puertas de un trasplante pulmonar.

Es evidente que el éxito de esta modalidad de cirugía se debe tanto a los progresos de la técnica quirúrgica, como a los de la inmunología y del trasplante renal, para el cual se desarrollaron los conocimientos básicos sobre el manejo de la inmunosupresión y sus consecuencias en el paciente transplantado.

En 1951 Marcus y sus colegas sugirieron que el reemplazo del corazón podría ser algún día utilizado para prolongar la vida en lo que ellos llamaron "un sueño fantástico". Y su sueño se hizo realidad cuando en 1967 Christian Barnard transplantó el primer corazón humano.

Calme había demostrado en 1961 que la azatioprina (Imuran) prolongaba la sobrevida en los transplantados renales. Experiencias posteriores han mejorado considerablemente las técnicas de inmunosupresión, siendo la ciclosporina A el último avance informado. La biopsia cardíaca como método para detectar precozmente el rechazo dió como resultado, una mejoría en la sobrevida que subió al 40% entre enero de 1974 y diciembre de 1980. En este momento se introdujo la Ciclosporina como agente inmunosupresor primario, lo que dió por resultado una sobrevida del 75% a cinco años.

Podemos concluir que el transplante cardíaco ha salido de su fase experimental y se ofrece como un recurso terapéutico a aquellos pacientes con enfermedad cardíaca terminal.

La práctica en nuestro medio de esta cirugía de tanta envergadura, ha sido posible gracias a que se trabaja en equipo y es hecha por personal debidamente calificado.

Con profunda emoción hemos escuchado en las sesiones científicas los trabajos que realiza la Corporación para investigaciones Biológicas, CIB, tendientes al control de enfermedades transmisibles, particularmente la malaria, mediante procedimientos biológicos, que aunados a los trascendentales adelantos logrados por el Dr. Elkin Patarroyo en la Universidad Nacional, encaminados a la obtención de una vacuna antimalárica de tipo sintético, pueden en un futuro no lejano ofrecer alternativas en el control de la malaria, enfermedad que afecta anualmente a más de 500.000 colombianos.

Seria preocupación de la Academia ha sido la educación médica y para tal fin, propició una serie de seminarios sobre tan interesantes temas e inclusive presentó a una reunión nacional de Decanos de Medicina, importantes recomendaciones para tal fin. Lo cierto es que de su seno, surgieron las bases para un cambio radical en la educación médica nacional y creo de justicia, renovar nuestro agradecimiento a Instituciones filantrópicas como la Fundación Kellogg, la Fundación Rockefeller y otras del mismo orden, que contribuyeron poderosamente con formación de personal docente, con equipos, intercambio de profesores y estudiantes etc., gracias a lo cual se revolucionó totalmente la enseñanza médica en el país.

Nos queda por tratar algo de suma trascendencia y que está sobre el tapete en el mundo médico, que tiene tanto que ver con la genética, a la modernización de la cual contribuyeron fundamentalmente Crick y Watson con su descubrimiento del ADN que los hizo acreedores en 1962 al Premio Nobel de Medicina. Sus trabajos iniciaron la época de la genética moderna que ha revolucionado los estudios sobre herencia, cáncer, crecimiento de los tejidos, control de la producción de anticuerpos, producción de híbridomas y que ha dado origen al desarrollo de métodos de ingeniería genética, que preconizan para un futuro no lejano, nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento de innumerables enfermedades. Estos avances en genética han dado lugar igualmente a trabajos científicos que han querido indagar por el origen de la vida, llegando hasta la más absoluta intimidad del mismo y para ello se empezó con la inseminación artificial homóloga, luego a la heteróloga; más tarde apareció la fecundación in vitro, con el bebé probeta, para ser implantado bien en el útero de la dueña del mismo o en una madre sustituta y el afán científico ha ido hasta la manipulación del

embrión para transplantarlo y aún se ha llegado a cruces, que a no dudarlo, terminarán en la creación de verdaderos monstruos. Al respecto nos dijo el Teólogo Rvdo. Padre Guillermo Zuleta: "Gracias al progreso de las ciencias biológicas y médicas, el hombre dispone de medios terapéuticos cada vez más eficaces, aparatos de gran precisión, rigor y eficiencia, que han cambiado el rostro del ejercicio de la profesión médica; pero este fenómeno puede presentar para el hombre el adquirir nuevos poderes preñados de consecuencias imprevisibles, en especial sobre el inicio y los primeros estadios de la vida humana". Y al respecto cita a su Santidad Juan Pablo II, quien dice que estos poderes pueden conducir a "la tentación de transgredir los límites de un razonable dominio de la naturaleza".

El hecho real y contundente de esta increíble maratón científica, es que el origen de la vida sigue siendo Divino, un don que debe ser acogido con gratitud, respeto y admiración, ya que en ningún momento el hombre a podido crear los elementos necesarios para ella, como son el óvulo y el espermatozoide, que dependen de un Ser Supremo, de un Dios único poseedor de la esencia de este misterio insondable.

A pesar de que la Academia de Medicina de Medellín es un organismo de carácter netamente científico y guardián de la Ética Médica, siempre ha estado dispuesta a la salvaguardia de los derechos de los médicos, aún de aquellos que no pertenecen a ella. Fue así como en 1937 cuando la Federación Médica Colombiana que atravesaba por un mal momento, que la llevaba a la disolución, recurrió a nuestra Corporación en busca de ayuda con el fin de fortalecerse y entre las propuestas para lograr tan importante fin, se propuso la creación del Colegio Médico de Antioquia lo cual se logró en 1938, cuando con el auspicio de la Academia, se celebró una Segunda Semana Médica Nacional, que marcó un hito en la historia médica del país y como resultado final de este magno certamen, se consiguió el fortalecimiento de la Federación Médica Colombiana y se creó el Colegio Médico de Antioquia.

Con el correr de los años, se repitió la historia, la Federación volvió a deteriorarse y el Colegio Médico de Antioquia a languidecer, aun cuando no desapareció totalmente, por el espíritu de su Secretario el Dr. Rodrigo Correa, quien mantenía una llama viva, cada vez en estado más agónico.

A raíz de la instalación de los Seguros Sociales en el país y ante la orfandad en que se encontraba el Cuerpo Médico de Antioquia, un grupo de éste, acudimos a la Academia de Medicina de Medellín, para que nos patrocinara la fundación de un organismo gremial, que saliera por los fueros de los médicos y gracias a la intervención del

Profesor Emilio Robledo, la Corporación propicio la Fundación de la Unión Médica Antioqueña, UMA, en el año de 1954, la cual de inmediato empezó a ejercer sus funciones y otros vientos soplaron para el cuerpo médico.

Y vuelve y se repite la historia, la Federación Médica estaba postrada y en vista de ello, envía nuevamente una lujosa nómina de sus integrantes a Medellín, con el fin de invitar a la Unión Médica Antioqueña, UMA, a que ayudara a reestructurar la primera entidad gremial del país y fue así como se consiguió el que la UMA se convirtiera en Colegio Médico de Antioquia, lo cual fue aceptado y sellado con brôche de oro en memorable Asamblea General de la Federación reunida en la hidalga ciudad de Manizales en el año de 1954.

He querido referirme un poco en extenso sobre este tema, porque es importante saber que en el año próximo celebraremos las Bodas de Oro de nuestro Colegio Médico, que es uno de los más sólidos de la Federación y que marcha con pasos firmes en la búsqueda de lograr sus objetivos.

Y para cerrar con broche de oro quiero anunciar a la Academia en pleno y al Cuerpo Médico local y nacional, la decisión firme de la Corporación de revivir su órgano de difusión "Anales de la Academia", que tuvo su origen parejo con la fundación de la Academia y que, por circunstancias de carácter económico, salió de la circulación. Estoy seguro de que en su nueva vida, Anales de la Academia de Medicina de Medellín llegará a colocarse en lugar prominente entre las publicaciones médicas del país, ya que su periodicidad, así como su presentación, están debidamente garantizadas, gracias a la valiosa donación económica de la Corporación de Estudios Médicos, CEM., que dirige el Académico Doctor Alberto Echavarría Restrepo y el Fondo de Educación Superior, FES., representado por el Profesor Dr. Joaquín Vallejo Arbeláez, a quienes agradecemos infinitamente tan noble gesto. Será responsabilidad de los Sres. Académicos y del Cuerpo Médico, la parte científica que a no dudarlo será abundante y de extraordinaria calidad, como lo ha sido hasta el presente.

Quiero finalmente agradecer muy sinceramente a los Sres. Académicos el altísimo honor que me dispensaron de ser por tercera vez el Presidente de la Corporación y por haberme concedido el privilegio de dirigir el Comité Pro Centenario de la Academia, a cuya gestión se debe el éxito alcanzado, que en todo momento estuvo a la altura del magno acontecimiento de tan fausta conmemoración, que quedará grabada en nuestras mentes y gracias a ustedes Sres. Académicos, señoras y señores por la gentileza de haberme escuchado.

Medalla conmemorativa del Centenario de la Academia de Medicina de Medellín

Con motivo de la celebración del Centenario, la Academia de Medicina de Medellín ordenó la acuñación de una medalla conmemorativa, la cual fue elaborada por el maestro Rodrigo Arenas Betancourt, miembro honorario de la Academia. Es el mismo artista, el maestro Betancourt, quien hace la descripción de su obra: "La medalla tiene por uno de sus lados, una orla de hojas de laurel y palma. El laurel, como símbolo griego de la gloria y la palma, como símbolo romano del triunfo. Tiene una leyenda que dice: ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLIN, 1887 - 1987. En el interior tiene el caduceo, símbolo de la Medicina desde el Quinto Moisés. Sólo que el creador original de la medalla y del escudo de la Academia de Medicina, puso un acento particular en este caduceo y es que, de alguna manera, la serpiente está anudada a un "jai", símbolo a su vez, de la Medicina Indígena Americana. Tanto los creadores antiguos orientales, como los indígenas occidentales, encontraron que era algo bien extraño el hecho de que la serpiente deje de reptar y se anude al árbol medicinal.

Del otro lado, la medalla tiene una leyenda grande que dice: PRIMER CENTENARIO y muestra una representación de la medicina, basada también en la serpiente y el hombre. Se trata de una metáfora insólita mexicana, como es la "Serpiente emplumada"; es decir, la tierra que vuela o el mineral que se convierte en flama. Se trata de una representación de los Padres de la Medicina, en donde, de alguna manera, tiene que ver esa historia, también mexicana, de "Quetzalcoatl" o sea, el Moisés entre los Aztecas..."

Debajo del símbolo de Moisés entre los Aztecas, está la firma del escultor RODRIGO ARENAS BETANCOURT.

Condecoraciones y homenajes otorgados a la Academia de Medicina de Medellín con motivo de la celebración de su Centenario

-CONDECORACION OFICIAL SIMON BOLIVAR DEL MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL.

-GRAN CRUZ DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA.

-GRAN CRUZ DE LA CRUZ ROJA COLOMBIANA.

-CONDECORACION PEDRO JUSTO BERRIO DE LA GOBERNACION DE ANTIOQUIA.

-ORDEN AL MERITO EN SALUD PUBLICA HECTOR ABAD GOMEZ DE LA GOBERNACION DE ANTIOQUIA

-MEDALLA AL MERITO CIENTIFICO LUIS LOPEZ DE MESA DEL MUNICIPIO DE MEDELLIN.

-ORDEN DE LA CAMARA DE COMERCIO DE MEDELLIN EN SU CATEGORIA DE ORO.

-HOMENAJE DE LAS ACADEMIAS DE MEDICINA DE CALDAS, CARTAGENA, VALLE DEL CAUCA Y SANTANDER.

-HOMENAJE DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, DECRETO DE HONORES.

-HOMENAJE DE LA FUNDACION HOSPITALARIA SAN VICENTE DE PAUL, RESOLUCION DE HONORES.

-HOMENAJE DE LA SOCIEDAD DE MEJORAS PUBLICAS DE MEDELLIN.