

La práctica médica y la norma jurídica

POR ISABEL FERNÁNDEZ

Los días 28, 29 y 30 de setiembre, se realizó en los salones del Radisson Victoria Plaza Hotel, el I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico, IV Jornadas de Responsabilidad Médica y I Taller de Responsabilidad Profesional en Enfermería. El evento, al que concurrieron importantes personalidades nacionales y extranjeras, fue organizado por el Sindicato Médico del Uruguay en el marco de la conmemoración de sus 80 años de existencia. En virtud de su enjundia y extensión *Noticias* publicará, en tres ediciones sucesivas, el resumen de lo expuesto en las respectivas jornadas de trabajo.

El presidente de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico, doctor Julio César Galán Cortés, médico y abogado, fue el encargado de inaugurar el evento el día 28 de setiembre, abordando el tema **Derecho del Consumidor**.

El profesional, catedrático de Derecho Médico en la Universidad de Oviedo, comenzó su exposición sobre la Ley de consumidores y responsabilidad sanitaria, expresando que en España, la ley data del 19 de junio de 1984, "pero hasta el '97 nuestro Tribunal Supremo no llegó a aplicarla".

En el capítulo 8 de la normativa española, se establece que si se demuestra que se perjudicó al usuario por el servicio que se le prestó, éste "tiene derecho a ser indemnizado de los daños y perjuicios, salvo que hubiera mediado culpa exclusiva por parte del mismo".

De acuerdo con la normativa, y según se plasma en el artículo 28, el usuario, como desti-

nario final de los servicios, "tendría derecho al resarcimiento de los daños y perjuicios que le ha generado el uso correcto de un servicio siempre que por sus garantías o niveles de eficacia o seguridad o por esas condiciones objetivas en cuanto a requisitos o condiciones profesionales, técnicas o sistémicas, no se hayan cumplido y a resultas de los mismos hayan generado un daño".

El doctor Galán Cortés explicó que la aplicación de esta ley "chocaba con un copioso cuerpo jurisprudencial que establecía que la obligación del médico era una obligación de medios, de actividad o de diligencia y que debía enjuiciarse de acuerdo con la *lex artis*". Y para el médico-abogado, la única solución viable "sería configurar de distinta manera lo que es la responsabilidad del profesional, de la institución para la que brinda su trabajo".

Haciendo una comparación con la normativa uruguaya, dice que ésta estaría en la misma línea que la española, ya que en su artículo 35 indica "que la responsabilidad de los profesionales sería objetiva o subjetiva según la naturaleza de la prestación asumida".

La ley de consumidores en España pasó por distintas etapas, las que el profesional clasificó en cuatro fases bien delimitadas:

La primera, que va desde 1984 hasta 1994, se caracterizó por la indiferencia hacia la misma. La segunda etapa comenzaría el 22 de julio de 1994, donde mediante una sentencia, el Tribunal Supremo se pronunció generando enormes críticas, por la no aplicación objetiva de la ley a los servicios sanitarios. Pero el 1º de junio 1997, el Tribunal Supremo "da un giro de 180 grados", cumpliéndose la tercera etapa al reconocer la aplicación de la ley a los servicios sanitarios: "Lo hace conextando la aplicación culposa al médico y la aplicación objetiva de la ley de consumidores a las instituciones sanitarias para las que ese profesional trabajaba". De ahí en adelante se entraría en la cuarta etapa, por la cual se estaría transitando: la normal aplicación de la ley.

El doctor Galán Cortés también habló de una ley que fue posterior y que modificó algunos preceptos de la de Consumidores: la Ley de Productos Defectuosos.

Lo que pretendió el doctor Galán Cortés en su exposición, y así lo hizo saber, fue llamar la atención sobre "la aplicación, la interferencia y la importancia que va a tener en el ámbito sanitario

esta ley de consumidores en países donde disponen de ella pero donde no se contempla su aplicación".

Ley de relaciones de consumo y servicios médicos

La doctora Dora Szafir, jueza letrada uruguaya, habló en esa mañana sobre la **Ley de Relaciones de Consumo** (tal el nombre que recibe dicha normativa en Uruguay) y **servicios médicos**.

Para Szafir, las relaciones de mercado, tanto de productos como de servicios, "no estaban siendo lo suficientemente transparentes, honestas, leales", por lo que la ley se hacía imprescindible para establecer reglas claras.

La jurista destacó en primer lugar quién es el consumidor para la normativa uruguaya: "Cualquiera que sea destinatario final, es decir que los vínculos que se establezcan si se contrata un servicio entre una institución y otra, quedan fuera de esta ley".

Por otra parte, el proveedor está definido "como toda persona física o jurídica, estatal o no, pública o privada, es decir todo quien va a estar dentro de la ley de relaciones de consumo". Y allí es donde se presenta un problema a resolver: "Determinar si el hospital, que provee servicios, está incluido dentro de esta ley, porque ésta define la relación de consumo como onerosa y esto no incluye al hospital cuando brinda sus servicios en forma totalmente gratuita pero sí cuando se paga una tasa a cambio (arancel)".

Cuatro fueron los puntos que se destacaron en la conferencia de la doctora Szafir: la información, que en el literal C tiene su eje principal: "Ya que es la forma a la que apuesta la norma para prevenir el daño"; la protección contra la publicidad engañosa, "exige que todo lo que se promete en la publicidad integre el contrato, aun cuando luego no se establezca especialmente en el contenido contractual; la efectiva prevención y el resarcimiento de los daños". Estos dos ítems están estrechamente ligados: "En primer lugar prevenir y luego, si esa efectiva prevención a través de los sistemas de control y de todo lo que se pueda crear para evitar la reparación, es entonces que tiene que haber sistema de resarcimiento de daños, tanto patrimoniales como los extra patrimoniales".

Szafir también habló del consentimiento informado, ya que, según la ley, la información al paciente debe ser "clara, veraz y suficiente".

Acto de apertura

El acto de apertura estuvo marcado por la asistencia de personalidades uruguayas y extranjeras, de la talla del presidente de la Suprema Corte de Justicia, ministro Juan Mariño Chiarlone; del representante de la OPS-OMS, doctor José Fiusa Lima; del secretario de la Asociación Mundial de Derecho Médico, profesor Rafael Dierkens. La Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico estuvo representada por su presidente, doctor Julio César Galán Cortés y el Ministerio de Salud Pública, por su subsecretario, doctor Luis Fraschini. Como representante del Comité Organizador de las jornadas, subió al estrado el coordinador del mismo, doctor Hugo Rodríguez Almada.

El inicio de la parte oratoria estuvo a cargo del presidente del SMU, doctor Juan Carlos Macedo, quien comunicó a los presentes que *"este es el evento más importante con el cual el SMU ha querido marcar sus 80 años de vida institucional"*.

El profesor Dierkens, que le continuó, precisó que *"una participación multidisciplinaria tan importante en calidad y cantidad, prueba el interés que suscitan los temas del programa. Un congreso de lengua española, y, por lo tanto, de inspiración latina, tiene una importancia particular, no solamente por su aporte en conocimientos e ideas, sino también por el impacto que deben tener los puntos de vista del continente americano en el estudio, la elaboración y la aplicación de los principios del derecho médico en el mundo"*.

El doctor Fiusa Lima afirmó que *"la necesidad de nuestra sociedad de tener reglas claras sobre el quehacer médico es cada vez más amplia porque además de definir y realizar el seguimiento de los actos médicos ya conocidos, surgen nuevos desafíos de cómo encarar el enfoque sobre el genoma humano, que seguramente abrirá un nuevo capítulo de la bioética"*.

Representando al MSP, el doctor Luis Fraschini, aseguró que los temas de las jornadas son para el Ministerio *"de gran importancia y trascendencia"*, ya que desde el comienzo, el ministro Fernández Ameglio fijó como prioridad de la política sanitaria *"el bienestar físico y moral de quienes padecen algún daño en su salud. No es otra cosa que destacar el concepto de que la salud y la medicina deben centrarse en el ser humano, buscando en todo su accionar la perfección del mismo"*. Por último, se escucharon las palabras del ministro Juan Mariño Chiarlone, quien resaltó que *"desde la óptica del magistrado es una tarea difícil y por demás sensible valorar la responsabilidad de los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud"*. Aclaró que también se tilda a la responsabilidad de *"noción secundaria en tanto deriva de un relacionamiento previo entre dos sujetos, sea éste contractual o no"*.

El ministro opinó que la responsabilidad *"no es un concepto dogmático sino histórico y, por ende, evolutivo"*. Argumentó diciendo que cuando prevalecía la ley del Talión, *"la responsabilidad generaba la venganza privada por la sola circunstancia de haber ejecutado el acto físico que dañaba al agraviado. Más adelante se implantó el pago de una suma de dinero como composición de la venganza, la que adquirió el carácter de pena por la mera causación del daño, independientemente de la evaluación de la conducta de la gente. En la actualidad el fundamento de la responsabilidad se ubica en el binomio culpa-riesgo"*.

Culminó su discurso aludiendo a la Justicia, convencido que del desarrollo de las exposiciones y de las reflexiones que surjan en el Congreso, se obtendrán *"las herramientas que contribuirán a enriquecer y fortalecer la construcción del camino que ha de seguirse por el Derecho hacia ese anhelo ideal"*.



De izq. a der.: Dres. Fiusa Lima, representante de la OPS/OMS, Hugo Rodríguez, coordinador del Comité Organizador de las jornadas, Rafael Dierkens, sec. de la Asociación Mundial de Derecho Médico, Juan Carlos Macedo, pte. del SMU, Luis Fraschini, subsec. del MSP, ministro Juan Mariño Chiarlone, pte. de la Suprema Corte de Justicia, y Julio C. Galán Cortés, pte. de la Sociedad Iberoamericana de Derecho Médico

Más adelante aclaró: *"Cuando yo a un paciente le digo 'usted se va a hacer un cateterismo y corre tales y tales riesgos', lo que pueda suceder a pesar de mi correcto comportamiento, lo traslado al paciente. ¡Y qué importancia tiene! Hay sentencias, sobre todo en Francia, que dicen que el paciente sólo asume los riesgos que conoce, los que no quedan en la esfera del médico, aunque haya actuado bien, pero al no haber informado, asume los riesgos que puedan suceder sin trasladarlos al paciente"*.

La doctor Szafir culminó su exposición diciendo que *"el paciente satisfecho y conforme con su médico, no busca el pleito. El médico que actúa bien, respetando a su paciente, no le teme al pleito"*.

Consentimiento médico

La mesa redonda sobre **Consentimiento médico** estuvo presidida por el doctor Hugo Rodríguez y se escucharon las ponencias del venezolano Rafael Aguiar Guevara, la colombiana María Patricia Castaño de Restrepo, y la uruguaya Beatriz Venturini.

El doctor Rafael Aguiar Guevara, que habló del consentimiento legítimamente manifestado, es médico anestesiólogo, abogado, catedrático de Derecho y presidente de la Asociación Venezolana de Derecho Médico.

Para Aguiar Guevara la relación médico-paciente en el sentido vertical y paternalista se ha modificado por una nueva concepción, *"en la cual dos sujetos de derecho, amparados y tutelados*

por el derecho, van a poner en juego su libre determinación y autonomía de voluntad a los fines de poder conseguir del médico tratante una relación en la que el paciente pueda decidir lo que considera mejor para su propia salud”.

En Venezuela el principio de autodeterminación y autonomía de voluntad está en la nueva Constitución, donde se lee que nadie puede ser sometido a exámenes clínicos ni de laboratorio, por ende diagnóstico y tratamiento, si no se da el previo consentimiento del paciente.

La información que se brinda debe ser oportuna, completa y veraz, “donde no existan vicios de consentimiento y que no puedan ser inducidos ni sustraídos de la relación, ni garantías en cuanto a las obligaciones de medios (en cuanto a la de fines, si hay bastante ejemplos en la medicina de hoy), el consentimiento para alcanzar la legitimidad debe ser expreso, no presunto, ‘usted no puede jugar con lo que yo presuntamente hubiera consentido’. Y aquí atacamos directamente a nuestra ley orgánica de trasplantes y materiales anatómicos en seres humanos cuando se dice que ‘si yo no he declarado mi voluntad de ceder mis órganos, se presume que soy un donador’; manifestamos que el ejercicio de la determinación y autonomía de voluntad debe ser en forma expresa: ‘yo acepto que usted como cirujano me abra, me extraiga una muestra de mi útero para saber si yo tengo un cáncer y me cierre. Esperaremos los resultados de la biopsia y si sale el cáncer tomaré mi decisión. Pero no le permito que durante el acto operatorio, a su juicio, me haga una histerectomía radical porque lo considero conveniente en ese momento, salvo las emergencias involucradas”.

Sobre los menores de edad, Aguiar afirmó que la información debe tener iguales características pero “en términos comprensibles a su desarrollo”.

En el epílogo expresó la preocupación de que centros asistenciales, públicos y privados, hacen firmar al paciente un consentimiento donde se exonera de responsabilidad, ya civil, ya penal, a todos los médicos de la institución: “El profesor Vázquez Ferreira nos enseña que el consentimiento informado no legitima nunca la conducta negligente,

imperita, imprudente o inobservante de un médico en cuestión. La no obtención de ese consentimiento pudiera significar una lesión, no como daño, sino a los derechos de la integridad de la personalidad del paciente que en forma autónoma pudiera ser indemnizable, independientemente de la diligencia con la cual el médico hubiera actuado (...) Las perspectivas en los incrementos de las demandas judiciales, civiles y penales, es una realidad cada vez más preocupante. El consentimiento declarado ofrece no sólo un compromiso del médico hacia sus pacientes respecto a sus derechos humanos, exige una conducta de responsabilidad asumida frente al rol de su paciente y le va a servir de medio preventivo contra las reclamaciones, a veces caprichosas”.

Dificultades en la aplicación del consentimiento informado

La doctora María Patricia Castaño es abogada de la Universidad de Medellín y autora de varias obras, entre las que se destaca *Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*.

Al comienzo de su alocución que giraba en torno a **algunas dificultades en el abordaje y aplicación de la teoría del consentimiento informado del paciente**, Castaño se asombró por la trascendencia del tema del cual es experta: “Me sorprendió que la doctora Szafir, a pesar del amplísimo campo de temas que tiene el derecho de consumo y la responsabilidad por productos defectuosos, prácticamente centró su exposición en el tema de la información dentro de las implicaciones que tiene en materia de consumo”.

Informó que su país “no siendo el de mayor tradición jurídica en Iberoamérica”, se ha colocado a la par de los países más desarrollados en el manejo del tema. Puso como ejemplo el caso de un bebé de seis meses que, como consecuencia de la mordedura de un perro, perdió sus genitales externos: “Hijo de padres muy ignorantes que vivían en un lugar muy apartado fue trasladado a Medellín a un centro asistencial. Los médicos recomiendan la reasignación de género, debiendo co-

menzar a los 24 meses de edad un proceso de identificación psicológica con el género opuesto. Cuando los padres aprobaron la propuesta, se comenzaron a efectuar los procedimientos quirúrgicos en los genitales del menor junto con el psicólogo: se le pone nombre de niña, se le viste de mujer, se dan instrucciones para que en su círculo lo traten como tal, etcétera. Al llegar a la adolescencia la psicóloga se dio cuenta que la niña se sentía niño. Lo comunica al defensor del pueblo y éste instaura una acción de tutela para los derechos del menor, entre ellos al libre desarrollo de su personalidad, a la identidad sexual y demás. Después de un largo proceso, la Corte Constitucional ordena investigar a todos los médicos (incluso penalmente) que intervinieron en el tratamiento, sentando bases para establecer cuándo el consentimiento es indelegable, cuándo los padres pueden decidir por los menores y cuáles parámetros se pueden tener en cuenta para permitir al menor decidir aunque no tenga la edad legal para hacerlo. A los menores se les puede conceder autonomía y validez a sus decisiones”.

Alcances y límites de la eutanasia

Otro de los casos expuestos por la doctora Castaño de Restrepo, fue el de una sentencia de eutanasia: “La Corte Constitucional de mi país se pronunció en favor de la posibilidad de reconocerle autonomía a un paciente terminal, del derecho que tiene el ser humano de poner fin a su ciclo vital cuando quiera; la Corte dice –y con esto no estoy de acuerdo– ‘además de que el paciente terminará autónomo, previa información recibida sobre todas las consecuencias y pormenores de la decisión que está tomando, puede poner fin a su ciclo vital, puede legitimar a su médico tratante y sólo a él para que le aplique la eutanasia movido por sentimientos de solidaridad social, de piedad, de reconocimiento hacia la dignidad humana del paciente, al libre desarrollo de su personalidad, al derecho de su libertad’, entre otros muchos derechos”.

Según Castaño, determinar la autonomía de un menor de edad, no es fácil, ya que los

AVISO

infantes (de 0 a 7 años) no pueden ser considerados autónomos, "salvo en los casos en que a pesar de su edad pueda escucharse su decisión. Por ejemplo, si unas vitaminas vienen en distintas presentaciones, sería perfectamente posible respetar el derecho del menor a escoger si quiere el jarabe, las pastillas o las inyecciones". Frente a los impúberes (niñas de 7 a 12 y niños de 7 a 14) "se da la misma regla anterior, sólo que las excepciones serán más frecuentes por su capacidad de comprensión". Y en cuanto a los menores adultos (desde el final de la etapa anterior hasta los 17 años inclusive), cuando no se trate de procedimientos demasiado complejos de establecer la relación riesgo-beneficio, tendrán derecho a decidir, y, por más que los padres opinen lo contrario, prevalece jurídicamente la voluntad del menor: "Es el caso de las pacientes de 17 años que ingresan a un servicio de urgencia porque se han provocado un aborto pero que —siendo autónomas y llenando los requisitos para su determinación, inclusive pasando por evaluaciones psicológicas, psiquiátricas y demás— le dice al médico 'yo puedo autorizar que me hagan curaciones, pero no quiero que esta información la conozcan mis padres, por más que sean mis representantes legales'. Lo que se está aplicando en Colombia es el respeto por esa voluntad".

La profesional informó que cualquiera de las siguientes hipótesis culposas pueden generar responsabilidad si se establece un nexo de causalidad: el no informar absolutamente nada a un paciente, informar en forma deficiente, el no tener la voluntad jurídica de un paciente, el obtenerla sin el lleno de todos los requisitos para hacerlo relevante jurídicamente, el no acatar su voluntad. Si se aplica la teoría tradicional de la responsabilidad civil, la carga de la prueba de la culpa o de la exoneración competiría al paciente pero, de acuerdo a la teoría de que las negaciones indefinidas no admiten pruebas, "no es posible, ni siquiera desde el punto de vista de la teoría tradicional de la responsabilidad civil, adjudicar esta carga probatoria a los pacientes".

Castañón de Restrepo aclaró este último punto diciendo: "Señores médicos, lo que les queremos decir los abogados es que a ustedes les corresponde en un proceso demostrar que informaron, que lo hicieron correctamente, que obtuvieron la voluntad, que la obtuvieron llenando todos los requisitos y que además acataron esa voluntad (...). La tendencia es decir que hay un nexo de causalidad aplicando la teoría de la equivalencia de las condiciones cuando se puede demostrar que el paciente, de haber recibido la información suficiente, hubiera rechazado el procedimiento porque, igualmente, si éste lo hubiera aceptado, desaparece el nexo de causalidad (...). Es decir, los profesionales de la salud tendrían que demostrar que, a pesar de que el paciente sostenga que hubiera rechazado el procedimiento, en la práctica hubiera sido lo contrario si hubiera sido adecuadamente informado".



Dr. Rafael Aguiar Guevara: médico y abogado venezolano

El consentimiento en el derecho comparado del año 2000

La doctora Beatriz Venturini, quien disertó sobre **el consentimiento del derecho comparado en el año 2000**, es jueza letrada en lo Civil.

Venturini compartió con los asistentes un material de la Unión Internacional de Magistrados, integrada por 55 países, que en este año, en su segunda comisión de estudios, eligió la consideración del tema del consentimiento informado en los países miembros.

Las conclusiones, resultado de la síntesis de un cuestionario de diez preguntas, fueron las siguientes: "Primero, sobre si es necesario que exista una legislación específica que regule esta problemática, a lo que los países se pronunciaron que era positivo, porque a veces una ley de un plumazo soluciona un problema y evita discusiones doctrinarias. Segundo, se dirimió lo que podía ser el marco mínimo para esta legislación y se manejaron dos ideas fundamentales: respetar el bienestar del paciente y respetar el derecho fundamental del paciente de disponer libremente de sí mismo. Finalmente, qué pasa en los supuestos de actuación de urgencia, y hubo como una conclusión favorable a la posibilidad de la actuación del profesional en determinados supuestos de urgencia, emergencia o gravedad a pesar de que no se pudiera obtener en ese momento el consentimiento del paciente".

Venturini realizó un racconto de los temas incluidos en el cuestionario.

El segundo de ellos trataba sobre la intensidad de información que tiene que ser brindada antes del tratamiento: "Aquí se habló de la intención de los supuestos de absoluta emergencia, de los de urgencia, donde empezó a aparecer un problema que fue muy debatido: si bien estamos de acuerdo

en que hay que cumplir con la obligación de informar, hay que hacer un delicado equilibrio para el profesional". La jueza lo ejemplificó con los casos de urgencia, en los que "la información no tiene que ser demasiado pesada y tiene que estar dada de manera tal que no disuada negativamente al paciente de acceder a un tratamiento que podría salvarle la vida". El otro acuerdo al que se llegó es en la necesidad de una información de tipo personal, aunque "se tuvo en cuenta que cuanto más urgente es la necesaria intervención del profesional, menor es la información".

En lo que tiene que ver con el consentimiento previo del paciente, se entendió que era fundamental en todos los casos, obviando sólo aquellos en los que el paciente está en total y absoluto estado de inconsciencia o en los que, por otro tipo de circunstancias, el sujeto es claramente dependiente. En estos casos es interesante lo que pasa en Canadá, donde "hay una norma que habilita al sujeto por adelantado, cuando es plenamente capaz, a designar a otro para que en una situación de este tipo se le pueda pedir el consentimiento. Y eso está resuelto legislativamente".

En lo que respecta al deber de informar del paciente, "el profesional responderá por la parte que le corresponda y en la que fue el paciente que no informó, ese daño no le será reparado".

Responsabilidad en odontología

En la tarde del 28 de setiembre, la sesión comenzó con un coloquio sobre **responsabilidad en odontología**, presidido por el doctor José Luis Costa, de Uruguay, y secundado por el uruguayo nacionalizado brasileño, doctor Jorge Paulete Vanrell. Los ponentes, originarios del país norteamericano, fueron los doctores María de Lourdes Cam-



Dr. Julio César Galán Cortés

pos y Ricardo Gariba Silva.

La doctora María de Lourdes Campos, profesora de odontología legal de la Universidad Campos de São José de Rio Preto, en el estado brasileño de San Pablo, disertó sobre **la praxis médica: técnica, política, ética**. Comenzó definiendo la malapraxis odontológica como *“el resultado adverso durante un acto odontológico, producto de una acción u omisión del profesional”*.

A continuación, hizo uso de la palabra el también profesor de odontología legal –en este caso de la Universidad de Riverao Preto– y abogado, doctor Ricardo Gariba Silva, con una exposición relacionada a los aspectos técnico-jurídicos de la responsabilidad en odontología.

El *Código de Ética Odontológico*, que data de 1991, establece las puniciones para los odontólogos, *“pero ese Código es hecho por dentistas, por lo que contiene un corporativismo bastante acentuado, y eso tiende a aliviar los errores”*.

Respecto al Código Civil, *“contiene una regla general sobre responsabilidad: ‘aquel que por acción u omisión voluntaria, negligencia o impericia violara el derecho o causara perjuicio a otra persona está obligado a reparar el daño’”*.

También en esta área el consentimiento informado es vital: *“El paciente tiene derecho a conocer todo aquello que se va a hacer en su boca”*.

Bioética y Derecho Médico

Las conferencias sobre Bioética y Derecho Médico estuvieron a cargo de dos prestigiosos profesionales: el profesor José Geraldo de Freitas Drumond y el doctor Fernando Lolas Stepke.

El profesor de Freitas Drumond –miembro del Consejo Regional de Medicina del estado de Minas Gerais, profesor de Bioética y Ética Médi-

ca y rector estadual de Minas Gerais– expuso sobre el principio de la beneficencia en la responsabilidad civil del médico.

Luego de recordar a Aristóteles y a Hipócrates, el profesor brasileño citó al inglés Aldous Huxley, quien en *Un mundo feliz* advertía que es necesario que la humanidad se proteja a través de normas para evitar ser víctima de ella misma por la tecnología, y agregó que *“informaciones recientes dieron cuenta que hay más de 300 personas americanas discriminadas por compañías de seguros porque su código genético ya descifrado muestra tendencias a padecer alguna enfermedad”*.

De Freitas Drumond cree que *“no se debe hacer un bien a cualquier costo porque del otro lado existe una persona dotada de razón y de libertad, y, que en el uso de su autonomía, decide si es adecuado a él lo que el profesional de la salud quiere hacer, excepto en las situaciones de urgencia en que hay un riesgo de muerte inminente, debe el médico usar su capacidad y responsabilidad para preservar la vida o salvarlo de la muerte”*.

En la llamada Bioética principista, se encuentra el principio de la justicia, cuyo contenido es el de *“dar las oportunidades a quienes por sus condiciones sociales no tienen acceso a la salud”*.

Según el profesor, el médico *“en la medida en que se ve envuelto en tanta tecnología a su disposición, colabora a transmitir a la sociedad, en particular a sus pacientes, de manera explícita o no, que la ciencia todo lo puede y que si él está al lado de la ciencia todo puede. Es por eso que surge al fin de esta era, el llamado médico-tecnocrónico (el que es dependiente del equipamiento), sin embargo una buena parte de la humanidad continúa sufriendo y procura alternativas en los tratamientos para que sus males sean sanados. Porque la tecnología ha tornado impersonal la relación médico-paciente”*.

En el final de la conferencia, el profesor José Geraldo de Freitas Drumond dijo: *“En mi país, un viejo político ya fallecido decía: ‘en un discurso se debe hablar alto para que todos oigan, claro para que no haya dudas y terminar rápido para que todos aplaudan’. Yo no lo practiqué”*.

Técnica, política, ética

El doctor Fernando Lolas Stepke, que dictó su conferencia sobre **Praxis médica: técnica, política, ética**, es director del programa regional de Bioética de la OPS.

Según el doctor Lolas, en la medicina hay cuatro formas de tecnología: productivas (producen bienes y servicios), semióticas (del signo y del símbolo), del poder (verticalidad del saber, ser experto) y de la identidad.

Para Lolas, la praxis es *“una amalgama de saber-hacer”* y también hay varios tipos: praxis teleológica es la que se dirige a obtener un resultado; la estratégica, en la que junto a varias personas que, concertadamente, van a realizar un fin; la dramaturgica, no basta con el saber hacer hay que saber hacerlo con un estilo por el cual yo reconozco una cierta dignidad del oficio; la normativa, que aunque no sea explícita sabemos que está implícita y, por último, la praxis comunicativa, donde se le reconoce al otro una capacidad de agente, que el médico explica de esta manera: *“Está bien hablar del consentimiento informado pero qué pasa si yo no le reconozco al otro la capacidad de optar, si yo le digo al paciente ‘haga esto y esto’ pero no le doy otra opción”*.

Lolas se refirió a la bioética, término al que atribuyó dos significados: *“Uno como ética global, que incluye el medio ambiente, la humanidad futura, las relaciones con la naturaleza; otro que es como una reformulación profunda de la antigua deontología o de la ética biomédica”*.

Todos los comportamientos de las personas en relación con su salud *“están guiados por normas o por creencias y entre las dos existe un espacio que tratamos de llenar mediante el diálogo. Ese es el sentido profundo que tiene la institución de los Comités, que es un proceso social por el cual se legitiman las decisiones que se van a tomar”*.

Antes de culminar su discurso, Lolas dijo que *“una acción tiene tres atributos para ser discutida y elaborada en el Comité: tiene que ser apropiada según el arte; buena, porque hace buenos a los agentes que la ejecutan y que la reciben, y justa, que quiere decir lo que es equitativo, lo que da a cada uno lo que le corresponde y cuyo principio generatriz puede generalizarse a todo el cuerpo social”*.

A continuación se escuchó a un panel de comentaristas presidido por el doctor Rodolfo Panizza e integrado por el legislador Jorge Orrico, la antropóloga Yubarandt Bepali, la abogada María Patricia Castaño de Restrepo y los doctores Omar França y Teresa Rotondo. 📍