

AUTONOMIA E IDENTIDAD PRACTICA PILARES DE LA CONDUCTA ETICA DE LOS MEDICOS

HENRI COLT

University of California, Irvine Medical Center, Orange CA, USA

Resumen Se analizan tres problemas éticos frecuentes para la práctica médica: 1) la obligación de los médicos de proveer atención independientemente de que se les pague o no por ese acto, 2) la necesidad de obtener consentimiento informado sin presiones en un contexto nacional en que la información que se brinda es frecuentemente parcial, y 3) la responsabilidad profesional en el momento de decidir una atención médica de alta complejidad aun si eso significa destinar recursos costosos al cuidado terciario para un pequeño número de pacientes en un país en el que el Estado es incapaz de ofrecer razonables cuidados primarios para millones de sus ciudadanos. Se discuten estos problemas desde la óptica del principio ético del respeto a la autonomía del paciente y se analizan las influencias potencialmente limitantes de esta autonomía (y de la autonomía del médico) por razones culturales, económicas, religiosas o inherentes a la misma enfermedad. Se evalúa el modo de funcionamiento de la autonomía en cada uno de los cuatro modelos de relación médico paciente (paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo). Se concluye que los médicos formadores de opinión y las mismas instituciones médicas tienen la responsabilidad de crear el ambiente propicio para que los médicos puedan discutir abierta y libremente los problemas éticos con tanta seriedad, frecuencia y confianza como discuten sus dudas sobre temas biológicos o técnicos. Se sugiere que los médicos deben hacer esfuerzos por recuperar el aspecto humanístico de la medicina ya que esta actitud los colocará en una mejor posición para la toma de decisiones que generan problemas éticos complejos.

Palabras clave: ética médica, autonomía del paciente, responsabilidad médica

Abstract *Autonomy and practical identity. Cornerstones to ethical physician behavior.* Three frequent problems of daily medical practice are analyzed: 1) a physician's perceived obligation to provide medical services regardless of whether one's health care institution provides monetary compensation for the medical act, 2) increasing pressures to obtain informed consent in a national context where paternalistic physician-patient interactions have been customary, and 3) a physician's professional responsibility to offer internationally recognized standard of care even if this means allocating expensive tertiary healthcare resources to a small number of patients in spite of one's knowledge that national governments are unable to provide primary care to millions of their citizens. These problems are discussed from the point of view of the ethical principle of respect for patient autonomy. Potential limiting factors (cultural, financial, religious or disease-related influences) on autonomy of patients and doctors are identified. The functions of patient autonomy in the framework of four different patient-doctor interaction models (paternalist, informative, interpretative and deliberative) are described. Physician leaders, health care institutions, and professional organizations are responsible for creating an environment in which doctors can discuss ethical issues as comfortably and as frequently as they discuss biological matters. Health care providers should do their best to recover the human side of medical practice which, undoubtedly, would create a greater likelihood that appropriate decisions will be made when facing complex ethical dilemmas.

Key words: medical ethics, patient autonomy, medical responsibility

Formerly, when religion was strong and science weak, men mistook magic for medicine; now, when science is strong and religion weak, men mistake medicine for magic.

Thomas Szasz, *The Second Sin* (1973)
*Science and Scientism*¹

Estos son tiempos difíciles para el mundo, tiempos en que las personas están encolerizadas y confusas, inse-

guras acerca de su futuro, sin la menor confianza en sus gobernantes, tiempos en que se cuestionan los propios valores toda vez que los valores de los mismos líderes nacionales pueden ser tan severamente cuestionados. Estos son tiempos de increíble inequidad entre ricos y pobres, entre privilegiados y desafortunados, entre los que han tenido la oportunidad de aprender y los que no tienen ninguna formación. Ochenta y cinco por ciento de la humanidad comparte solamente el 19% de los ingresos del mundo. Los países en vías de desarrollo pierden más de 700 mil millones de dólares cada año en ingresos por exportación debido a las leyes protectoras im-

Recibido: 13-I-2005

Aceptado: 22-IX-2005

Dirección postal: Dr. Henri Colt, UCI Medical Center, 101 The City Drive South, Bldg 53, Rm 119 - Orange, Ca 92868, USA
Fax: 001-714-456-8349 e-mail: hcolt@uci.edu

puestas por los poderes centrales. Más de dos mil millones de personas en el mundo no tienen electricidad, mil millones no tienen acceso a una vivienda y casi novecientos millones de personas son todavía analfabetas².

En este mundo donde 2812 millones de personas apenas sobreviven bajo la línea de pobreza internacional de 2 dólares diarios, no es sorprendente que 2400 millones de personas no tengan acceso a salubridad básica, que casi 900 millones tengan acceso insuficiente a cuidado médico y que al menos 50 000 muertes humanas se produzcan cada día por causas relacionadas con la pobreza^{3, 4}. En esta situación mundial, así como en nuestras vidas individuales, se hace obvio que la moral ha entrado en conflicto visible con los propios intereses de cada uno.

En muchos países con economías emergentes esas circunstancias, así como las dificultades y realidades de la práctica médica diaria, están afectando seriamente la forma en que los trabajadores de la salud ven su propio rol como proveedores de cuidados. Es una percepción repetida entre los trabajadores del sector de salud de la Argentina, que la crisis del sistema y los modos de conducta de muchas instituciones médicas tanto públicas como privadas han aumentado la inseguridad y confusión de los médicos⁵. Los conflictos entre moral e intereses propios que enfrentan los médicos se hacen cada vez más evidentes en ese contexto. Tres ejemplos que junto con mis colegas argentinos hemos discutido y analizado para el caso argentino (pero que con variantes locales se repiten en muchos países con economías en desarrollo) y que encontramos particularmente complejos y problemáticos son: 1) la obligación de los médicos de proveer atención y servicios independientemente de que la institución para la que trabajan les asegure la compensación monetaria por el acto médico, 2) el constante aumento de las presiones que sufren para obtener un consentimiento informado para realizar distintas prácticas o tratamientos en un contexto nacional en que el modelo paternalista de relación médico-paciente es muy prevalente y la información que se brinda es frecuentemente parcial, 3) la responsabilidad profesional en el momento de decidir un acto médico de acuerdo a los mejores estándares internacionales aun si eso significa destinar recursos costosos al cuidado médico terciario para un pequeño número de pacientes en un país en el que el Estado es incapaz de asegurar cuidados primarios, vivienda o alimentación adecuada para millones de sus ciudadanos.

De inicio, estos tres tópicos parecen muy dispares. El primero de ellos plantea las obligaciones y responsabilidades profesionales en una sociedad en que el cuidado médico es considerado un derecho humano básico y en el que, en función de la disponibilidad de una educación universitaria gratuita sostenida por el aporte de todos los contribuyentes, el médico tiene en cierto modo una de-

da con la sociedad que invirtió para hacer posible su formación y desarrollo. El segundo tópico plantea el tema de la toma de decisiones compartidas en un país que tradicionalmente ha mantenido una modalidad muy paternalista de atención médica.

Finalmente, el tercero plantea la inevitable cuestión de la justicia y la distribución equitativa de recursos en un escenario de marcadas dificultades económicas.

Obviamente, debido a la actual complejidad de la situación económica, política y cultural de este país, el análisis de las condiciones de la práctica médica no puede (ni debe) ser efectuado por alguien que no viva y trabaje en la Argentina y que además, conviva diariamente con el sistema de salud argentino. Por esta razón, más que abordar cada uno de estos ítems individualmente, me he propuesto analizarlos como un único triple problema construyendo (por denominarlo de alguna manera) un "trilema" global y tratando de mirar este *trilema* desde una perspectiva intercultural, con las herramientas que brinda el análisis de los problemas éticos universales. Mi visión será la de alguien que por mucho que interactúe en diversos escenarios con el sistema de salud argentino, no lo conoce con la profundidad y el detalle al alcance de mis colegas locales, pero que al mismo tiempo no está sesgado por sus influencias y por la pasión que, inevitablemente, genera ser parte interesada de la historia. Será la visión de quien mira la Argentina como un ejemplo único (y maravilloso) de procesos de cambio incesante y como un laboratorio en el que el observador intercultural estudia con inagotable curiosidad las formas particulares e inigualables que aquí adquieren procesos que ha visto repetirse en tantas otras sociedades. En definitiva lo que intentaré, más que analizar los temas por separado, será conceptualizar el trilema desde el punto de vista de lo que parece ser el principio ético universal más relacionado con estos tres tópicos y que es, a mi entender, el de la autonomía.

La libertad de elección define la autonomía, la noción de auto-gobierno por la cual cada persona tiene el derecho a tomar sus decisiones, definir sus acciones y tener opiniones basadas en sus propios valores, creencias y principios morales⁶. Los individuos autónomos actúan libremente y sin interferencias que los controlen ya sea por la fuerza de la coerción, la persuasión, el paternalismo o la manipulación⁷. Es una característica que define a la naturaleza humana, lo que el hombre elige guía sus pensamientos, sus acciones y sus intenciones y en gran medida esa autonomía de decisión define lo que es.

En el modelo moderno de práctica centrada en el paciente, el respeto por la autonomía se ha transformado en una obligación profesional y un derecho inherente al paciente⁸. Esto sin embargo, no debería ser interpretado como el derecho a recibir cualquier tratamiento simplemente porque el paciente desea o elige recibirlo.

En un contexto de práctica médica paga (por sistemas de seguro o de medicina prepaga), el cuidado médico es percibido más como un negocio que como un servicio humanitario y los pacientes se transforman fácilmente en "clientes". Como consecuencia de ello, como parte de esa "demanda universal por la felicidad completa y la creciente infelicidad de nuestra sociedad" de la que hablaba Hanna Arendt y a través de un perverso giro en su propio sentido de la autonomía, las personas muchas veces demandan un nivel de cuidado que está más allá de lo que puede ser médica, fiscal o éticamente razonable, simplemente porque como usuarios "pagadores" sienten que tienen derecho a ilimitados beneficios. De esta forma, la autonomía se transforma menos en un concepto de autogobierno y más en un ejercicio de derecho financieramente adquirido, en que los médicos y pacientes "negocian" un plan de diagnóstico y tratamiento mutuamente aceptable.

En otras circunstancias, en cambio (y nuevamente bajo la influencia de los determinantes sociales y culturales) los individuos se embarcan en un modelo paternalista de relación médico-paciente. La autoridad paternalista (la invasión benevolente de una libertad. . .), sin embargo, ya sea la de un grupo de élite (como los médicos) o inclusive la de una nación entera, puede tener drásticos efectos adversos sobre las libertades individuales y las elecciones autónomas, de las cuales no es la menor la pérdida de la confianza. No en vano uno de los tempranos defensores de la libre determinación, John Stuart Mill⁹, enfatizaba explícitamente que la única razón por la cual se podía ejercer poder sobre un miembro de una comunidad civilizada era prevenir el daño que pudiera hacer a otros, y que la búsqueda de su propio bienestar, físico o moral, no era suficiente justificación para hacerlo. Sobre su propio cuerpo y su mente un hombre es soberano, aunque a juicio de otros sus actos no parezcan los más sabios ni los que lo harán más feliz o más seguro.

En el terreno médico, la confianza puede minarse fácilmente cuando los médicos adoptan una actitud autoritaria o cuando, por ejemplo, se abstienen de decir la verdad acerca del diagnóstico o el pronóstico a sus pacientes. Tales conductas son todavía comunes en Argentina, pero también en muchos países europeos, en toda América Latina y en el sudeste asiático. En todos estos países (al igual que en los Estados Unidos) los argumentos para sostener estas prácticas son: 1) los pacientes prefieren no conocer la verdad acerca de su enfermedad, 2) la obligación hipocrática del *primum non nocere* (primero no dañar) está por encima de la necesidad de que el médico sea honesto o veraz, 3) la "verdad médica" nunca existe totalmente ya que los médicos nunca pueden estar tan seguros acerca de un diagnóstico o un pronóstico, 4) sería injusto y cruel describir todas las modalidades diagnósticas y terapéuticas existentes cuando las limitaciones económicas o logísticas hacen que

sean impracticables o inaccesibles para este paciente en particular, 5) los pacientes no pueden comprender cabalmente lo que se les dice sobre su enfermedad, excepto en el caso de que tengan entrenamiento en ciencias de la salud¹⁰.

Si bien hay creciente coincidencia en la importancia del respeto a la autonomía ¿cómo debería comportarse el médico cuando la autonomía individual está deteriorada, causa peligro o está en conflicto con el respeto a la autonomía de los otros^{11, 12}? Por ejemplo: ¿qué conductas están justificadas cuando los recursos son escasos o cuando los pacientes son financieramente incapaces de acceder a los recursos elementales? ¿Qué actitud tomar ante la tendencia de muchas personas a confundir el derecho al acceso a la atención médica con el derecho a recibir cuidado médico ilimitado, lo cual no sólo es moralmente cuestionable sino que se constituye o puede constituirse en una de las amenazas más serias para la supervivencia de cualquier sistema de salud? (especialmente en la medida en que la salud ha sido medicalizada, sometida a las presiones del mercado e invadida por una expansión de consumismo tecnológico de alto costo, o usando los términos de Baudrillard, adoctrinada para el consumo sistemático y organizado que, quizás, no necesariamente redundan en equivalente nivel de beneficio).

Una elección autónoma requiere por parte del individuo la plena capacidad de ejercer su propio autogobierno¹³. Esta conducta puede a veces ser imposible por influencias coercitivas desde la sociedad, la comunidad o la familia, por la falta de educación, la ignorancia, las creencias religiosas, la depresión clínica o la misma enfermedad. Estar disminuido física, emocional, espiritual o psicológicamente impacta substancialmente la propia capacidad de actuar de la manera más apropiada.

Durante la enfermedad, los valores individuales cambian: la fe, la esperanza, la oración y la promesa toman una nueva dimensión. Al mismo tiempo el despertar del miedo, el enojo y el escepticismo pueden modificar completamente el juicio de una persona y aun su capacidad para comprender. Lo que para los médicos puede significar "simplemente otro día más en una vida" para el paciente puede constituir un evento trascendente que altere su cuerpo, su mente y su moral. Las figuras que naturalmente se autoperceben como una autoridad (como los médicos) pueden tener dificultades en abstenerse de imponer su propia omnipotencia acerca de acciones, valores y opiniones, tan convencidos están de que son "naturales" y "universales". No es sorprendente por lo tanto que muchos eticistas y filósofos apoyen la posición kantiana que entiende el respeto por la autonomía como un principio *moral* primordial, ya que aun el mejor intencionado de los paternalismos tiene sus límites y sus riesgos.

Remitiéndonos a los modelos de relación médico-paciente descriptos por Emanuel y Emanuel¹⁴ en un artículo ya clásico publicado en el Journal of the American

Medical Association en 1992, si el modelo *paternalista* de relación médico-paciente ve la autonomía como la aceptación por parte del paciente de lo que el médico siente en cada momento como lo mejor para él, el modelo *informativo* en el otro extremo describe una estrategia en que el médico comparte todos los hechos y datos verdaderos con el paciente, sin compartir su propia visión o sus valores personales. Esto permite al paciente tomar control total de las decisiones sobre la base de una información detallada y completa, lo cual le permitiría tomar las decisiones sin interferencia externa alguna. En el modelo *interpretativo* el médico actúa más como un consejero, pero con absoluto respeto de la autonomía del paciente la cual es entendida como una manifestación de su propia auto-comprensión. Finalmente, en el modelo *deliberativo*, el médico asume el rol de un maestro o un amigo. Evitando la coerción y otros métodos de persuasión, el médico explora qué tipo de acción puede ser la más apropiada para este paciente considerando sus valores y los valores de su entorno cultural. Obviamente, muchos pueden argumentar que este último escenario no es verdaderamente posible ya que los médicos no pueden realmente conocer los valores personales de sus pacientes, no están entrenados para enseñar o discutir tales valores y están definitivamente predisuestos por su posición, su educación y las conductas adquiridas culturalmente a imponer sus propios valores independientemente de la situación clínica.

En general, cualquier visión tradicional y práctica de los derechos humanos entiende que es un deber moral natural, una responsabilidad y una obligación de los médicos proveer a sus pacientes la mejor atención que le sea posible, optimizando sus capacidades y de acuerdo a los mejores estándares financieros y logísticos disponibles independientemente de la raza, religión, pertenencia étnica, creencias o condición económica y social¹⁵. Nadie estará en desacuerdo con que privar a un individuo de este derecho sería inmoral e inaceptable, independientemente del pretexto que para ello se alegara. Pero se debe estar muy atento a las violaciones sutiles y a veces inadvertidas a este principio universal, que hacen que no siempre los médicos utilicen al máximo sus capacidades y recursos con todos los pacientes que no pertenecen a su propio entorno cultural o social o sean capaces de respetar creencias o prácticas muy contrarias a su propio universo simbólico.

Como pensadores libres y actores libres, cada persona, cada médico, cada paciente es autónoma y potencialmente capaz de elegir la conducta que más se adapta a su mejor beneficio, pero están influidos por su conciencia, su ética personal, su necesidad de seguridad financiera, su deontología profesional, sus conocimientos o sus creencias religiosas. Si la elección es guiada por el deber (como podría invocar Kant), por la buena fe (como argumentarían los filósofos existencialistas) o por

la búsqueda de la felicidad (como podrían sugerir los epicúreos o hedonistas) tiene poca relevancia. La libre elección sigue siendo definidora de su condición humana.

Después de todo la medicina (como ha sugerido el escritor Olivier Clerc¹⁶), puede haberse transformado en la nueva religión del mundo. La vacunación reemplaza al bautismo, vivir una vida sana es tan importante para la salvación como lo era la búsqueda espiritual y las estrategias de medicina preventiva y los medicamentos han reemplazado al pan y al vino como elementos que pueden acompañar la plegaria diaria. Hoy en día, los altos sacerdotes tienen un doctorado en medicina y visten una capa que no es ni negra, ni roja, ni púrpura, ni naranja, sino simplemente blanca. El dogmatismo conservador es visto de manera favorable, mientras que las conductas poco convencionales son frecuentemente repudiadas y condenadas. La tecnología se ha transformado en el intercambio fáustico del siglo XXI por lo cual muchos pacientes han alienado sus cuerpos en la misma forma en que los pecadores alguna vez habían alienado sus almas.

¿Es entonces posible que los proveedores de cuidado médico se estén engañando a sí mismos cuando predicán acerca del respeto a la autonomía? El auto-gobierno parece posible sólo en un contexto en que ambos, médicos y pacientes, desean y son capaces de tomar sus propias decisiones. A veces la existencia de una limitación es obvia, como en los pacientes incompetentes que requieren que otra persona se haga cargo de las decisiones a fin de cuidar sus intereses¹⁷. Pero también en los casos menos evidentes en que el paciente simplemente está emocionalmente debilitado (o es víctima de lo que otros pueden percibir como conductas irracionales) la autonomía puede aparecer como imposible, aun cuando es cierto que la irracionalidad y la incompetencia son términos bastante relativos y categorías que no pueden ser fácil o terminantemente aseveradas. Pero no sólo los pacientes pueden ver limitada su autonomía por circunstancias condicionantes. Los médicos que trabajan por un salario pueden sentirse inseguros si sus conductas parecen contrariar los deseos de las instituciones para las que trabajan. O simplemente si confrontan las opiniones prevalentes de su comunidad o corporación. No en vano la provocativa posición de Foucault¹⁸: vio siempre detrás de la supuesta calma de la libertad humana la dominación a través de las normas morales y racionales impuestas por un *corpus* social y argumentó insistentemente que las libertades obtenidas con el iluminismo no eran más que una pseudo-soberanía que ocultaba nuevas formas de limitación de la autodeterminación, la mera ilusión de un estado de libertad más allá del mundo del poder.

Quizás lo más difícil de aceptar para aquellos que nos hemos embanderado en el respeto de la autonomía del paciente como una forma más del respeto por las libertades individuales y la dignidad humana, es la elección de ejercer la libertad de designar a alguien para que tome

por él las decisiones sobre su salud (sea éste el médico, un miembro de la familia, un administrador o un amigo); esta conducta constituye en sí misma un ejercicio de autonomía que merece ser respetado. Sartre insistía en que estamos condenados a ser libres y que la libertad precede a la existencia. Pero en situaciones de extrema fragilidad, el máximo acto de libertad que un individuo puede permitirse, puede ser simplemente cerrar los ojos a la realidad y dejar su libertad en manos de otros.

Este siglo XXI temprano es un tiempo de inequidades globales sin precedentes. Los bienes de los tres millonarios más ricos del mundo superan el PBI combinado de todos los países menos desarrollados y sus 600 millones de habitantes. El número de personas desnutridas en el mundo ha cambiado poco pese al aparatoso compromiso tomado hace ya ocho años por 186 gobernantes para reducirlo a la mitad para el año 2015¹⁹.

En un mundo con tales necesidades elementales no satisfechas y con todos sus problemas de salud asociados, la forma en la que cada uno se aproxima al tema de las decisiones compartidas, la justicia y las obligaciones profesionales, la distribución de recursos y el derecho individual a la libertad, la salud y la felicidad, determina la percepción individual, social y universal de las conductas éticas e imprime cierto relativismo cultural a los principios éticos universales. Pero desde un punto de vista humanístico, y si el propósito es obrar bien más allá de las circunstancias condicionantes, de los determinantes culturales y de las limitaciones prácticas, debería ser difícil encontrar una justificación para romper esa regla de oro presente en virtualmente todas las religiones y todas las culturas, que es "no hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti".

El pensamiento crítico, el reconocimiento de las influencias potenciales a las que estamos sometidos, la permanente consideración de que cada persona es una entidad única e individual que requiere atención y respeto, son habitualmente las mejores claves para resolver la mayor parte de los dilemas éticos de cualquier origen. Esto es esencial para muchos médicos para quienes, en la práctica diaria, el lugar junto a la cama del paciente es el sitio elegido para brindar servicio y compasión. En ese lugar, los trabajadores de la salud tienen una oportunidad única y excepcionalmente ennoblecadora de impactar realmente sobre la vida de una persona o una familia. Una persona cada vez. Pero muchas veces a lo largo de su vida. Pero ese lugar a la cabecera del enfermo es también el rol que uno elige como *identidad práctica* dentro de una institución y un sistema social: un lugar que, indudablemente, afecta las actitudes que uno adoptará respecto al frecuente conflicto entre los derechos individuales y los valores de la comunidad.

El concepto de *identidad práctica* fue elocuentemente descrito por la filósofa Christine Korsgaard como "una descripción bajo la cual Ud. se valora a Ud. mismo, bajo

la cual Ud. encuentra su vida digna de ser vivida y sus acciones dignas de ser llevadas a cabo"²⁰. Un esfuerzo consciente de definir una *identidad práctica* convirtió al abogado Mohandas Gandhi o al escritor Ernesto Sábato en activistas de derechos humanos y ayudó a transformar al profesor del Massachusetts Institute of Technology Noam Chomsky, de prestigioso lingüista premiado con el Nobel en respetado y enfático crítico de la política exterior de los Estados Unidos. La *identidad práctica* es la posición ocupada diariamente en la vida de cada uno de nosotros, el lugar desde el cual hablamos y desde el cual nuestros dichos son interpretados, la posición de ser un amigo o un padre, un político o un conductor de taxi, un ciudadano privado sin aspiraciones sociales o un activista por los derechos humanos que defiende su posición en los foros internacionales.

Tanto médicos como pacientes están profundamente afectados por sus respectivas identidades prácticas así como por sus ambientes sociales y emocionales en el momento en que se enfrentan a la toma de decisiones sobre una enfermedad. Es por lo tanto natural, que no se puedan escribir reglas para delinear un modelo único de respeto perfecto por la autonomía para todas las personas en todos los momentos, sino que, más bien cada encuentro médico-paciente deba ser manejado como lo que es: el encuentro único e irrepetible entre dos individualidades que se deben mutuo respeto y consideración.

Volviendo a los tres ítems planteados al inicio de este ensayo, se hace evidente que es más que difícil encontrar una respuesta universal que sea apropiada para todas las situaciones y que, por tanto, más que respuestas, aparecen nuevas preguntas. ¿Está uno obligado a servir con la máxima dedicación a los pacientes cuando los salarios de los médicos son groseramente inadecuados? ¿Está uno obligado a aceptar inaceptables condiciones de trabajo y regulaciones institucionales sólo porque uno necesita ganarse la vida? ¿Debe uno brindar recursos ilimitados a los pacientes en condiciones de pagarlos en respuesta a su demanda de respeto de su autonomía? ¿Debería uno limitar el uso de los escasos recursos disponibles en las instituciones públicas cuando en realidad uno no puede controlar dónde y cómo serán utilizados esos recursos ahorrados y si realmente lo serán en el mejor beneficio de la comunidad?

Interrogantes como estos surgen cada día en la práctica médica y podrían multiplicarse interminablemente. Si bien es obvio que las respuestas a estos interrogantes no deben ser simplistas ni pueden encontrarse en un libro de recetas de cocina, también es cierto que los médicos son fácilmente envueltos por una sensación de falsa seguridad y pocas veces encuentran el ámbito propicio para entablar una discusión seria y honesta acerca de este tipo de problemas que ocupan creciente tiempo y energía de su práctica profesional en soledad. La tendencia actual a través de la cual la medicina es conside-

rada una actividad comercial con pacientes como clientes y médicos como puros proveedores de servicios lógicos está privando a la medicina de su contenido humano y arrastrándonos a todos nosotros hacia un terreno peligrosamente cínico y auto-defensivo²¹. Probablemente es tiempo de que los médicos encuentren la fuerza para encarar la resistencia a este modelo único de cuidado médico (presentado como en tantas otras manipulaciones de masas que nada deben envidiarle al 1984 de Orwell²² como "la única alternativa posible") y que empiecen a luchar por todos los medios para restaurar la figura del médico como un ser humano provisto de una importante e interesante dosis de conocimientos y capacidades técnicas, pero de una dosis aún mayor de humanidad, vocación de servicio, compasión por el sufrimiento humano y respeto a la dignidad humana.

Los médicos formadores de opinión, las instituciones médicas y las organizaciones y asociaciones profesionales tienen la responsabilidad de crear el ambiente propicio para que los médicos puedan discutir abierta y libremente sus problemas éticos con tanta seriedad, frecuencia y confianza como discuten sus dudas sobre temas biológicos o técnicos. Ellos no deberían verse a sí mismos como prisioneros de un sistema que no han inventado, pero que está definitivamente instalado. Por el contrario, deberían considerarse a sí mismos como lo que son, seres humanos libres y autónomos que conocen cuan importante es tomar en cuenta los aspectos biológicos, psicológicos y éticos de los problemas humanos en un esfuerzo por mantener la dignidad humana y defender el derecho humano universal del acceso a la atención médica. Actuando de esta manera, los trabajadores de la salud se respetarán más a sí mismos y a su profesión y podrán volver a ganar y mantener el respeto que una vez la sociedad les tuvo, no como representantes de un sector social privilegiado sino como personas dignas y libres al cuidado de otras personas. De esta forma podrán respetar con más facilidad la verdadera identidad de sus pacientes reconociéndolos principalmente por lo que son: seres humanos que necesitan ayuda, que requieren total y completa atención y que merecen nuestro más incondicional compromiso técnico y moral. Sin duda, aunque los problemas sean crecientemente complejos, de esta manera hay una mayor probabilidad de que se tomen las decisiones correctas, en el momento correcto para nuestros pacientes, para nosotros mismos y para nuestros sistemas de salud.

Agradecimientos: El autor agradece a la Dra. Silvia Quadrelli por su valioso asesoramiento en la corrección de la traducción de este texto al español.

Bibliografía

1. Szast T. The second sin. New York: Anchor Press, 1973.
2. Pogge T. World Poverty and Human Rights. UK. Cambridge: Polity Press, 2002; 4: 96-9.
3. Human Development Reports (UNDP report 2004). (<http://hdr.undp.org/reports/global/2004/>)
4. WHO World Health Report 2002. (<http://www.who.int/whr/en/>).
5. Barrientos A, Lloyd-Sherlock P. Reforming Health insurance in Argentina and Chile. *Health Policy and planning* 2000; 15: 417-23.
6. Taylor JS. The theory of autonomy. From *Humane Studies Review*, Volume 12 (3), 1999 (<http://www.theihs.org/libertyguide/hsr/hsr.php/33.html>).
7. Beauchamp T, Childress B. Principles of biomedical ethics. in: Part II, Chapter 3. Respect for autonomy. Fifth Edition. New York: Oxford University Press, 2001.
8. Código de Etica para el Equipo de Salud 2001 con la colaboración de la Sociedad Argentina de Etica Médica. En conmemoración de los 110 años de la Asociación Médica Argentina (1891-2001). (<http://www.ama-med.org.ar/codigoetica.asp>).
9. Mill, J Stuart. On Liberty, edited by Currin V. Shields. New York: Liberal Arts Press, 1956.
10. Gillon R. Telling the truth and medical ethics. In: Harris J (ed). Chapter 17. Bioethics. New York: Oxford University Press, 2001, p 507-33.
11. Council of Medical Specialty Societies, Ethics Statement 1999. (<http://www.cmss.org/>).
12. Holm S. Not just autonomy: the principles of American Biomedical Ethics. *J Med Ethics* 1995; 21: 332-8.
13. Stiggelbout AM, Molewijk AC, Otten W, Timmermans DRM, van Bockel JH, Kievit J. Ideals of patient autonomy in clinical decision making: a study on the development of a scale to assess patients' and physicians' views. *J Med Ethics* 2004; 30: 268-74.
14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
15. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician-citizens, public roles and professional obligations. *JAMA* 2004; 291: 94-8.
16. Clerc O. Modern Medicine, the new world religion. California: Personhood Press, 2004.
17. Bridson J, Hammond C, Leach A, Chester MR. Making consent patient-centered. *BMJ* 2003; 327: 1159-61.
18. Foucault, M. Revolutionary Action: 'Until Now'. In: Bouchard DF (ed). Language, Counter-Memory, Practice. Selected Essays and Interviews by Michel Foucault. New York: Cornell University Press, 1990.
19. Pogge P: "Assisting" the global poor. In: Chatterjee D (ed). Chapter 13: The ethics of assistance: morality and the distant needy. Cambridge: University Press, 2004, p 260-88.
20. Richman KA. Ethics and the Metaphysics of Medicine. Cambridge MA: MIT Press, 2004; 4: 87-112.
21. Patel K, Rushefsky M. Health care policies in an age of new technologies. In: Sharpe E, Armonk (eds). Chapter I: Technology, values, and health care policy. New York, 2002, p 3-27.
22. Orwell g. Nineteen eighty-four. New American Library. New York, Penguin Books. 1977.