Globethics Repository



La dignidad del enfermo en la dicotomía entre salud pública y privada [Patient’ s dignity on the dichotomy between public and private health system]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Schmidt H., Ludwig
Publisher	Centro Universitário São Camilo
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-12 22:31:18
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/214358

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

La dignidad del enfermo en la dicotomía entre salud pública y privada≠

Patient's dignity on the dichotomy between public and private health system
A dignidade do paciente na dicotomia entre a saúde pública e privada

Ludwig Schmidt H.*

RESUMEN: La dignidad del enfermo es un macroprincipio acomodaticio en la actualidad, donde algunos profesionales de la salud en su práctica tienen divergencias entre su bien-hacer y conceptos como competencia, veracidad y autonomía de sus pacientes. Realidad que se agrava en los conflictos de interés que se crean entre la salud pública y la privada, por la irresponsabilidad profesional enmascarada generalmente en criterios de justicia, calidad de la atención y acceso a los servicios mejor dotados. Mediante el análisis e interpretación holística de casos se pudo comprender estas disociadas conductas profesionales. La dicotomía es una patología de la relación médico-paciente que tiene que ser abordada con una concienciación y sensibilización hacia principios éticos de la profesión, bien formados y maduros, ya que genera corrupción, conflictos de interés y degradación del sistema de salud.

PALABRAS-CLAVE: Personal de Salud. Salud Pública. Sector Privado. Bioética.

ABSTRACT: Patient's dignity is an accommodative macro principle that causes some health professionals – when working – to diverge from an emphasis on the patient's well-being and concepts such as competence, reliability and autonomy of their patients. This reality is worsened by conflicts of interest created between public and private health system, by professional irresponsibility usually masked in the principles of justice, care quality and help for disadvantaged people. By holistically analyzing and interpreting, cases it is possible to understand such disconnected professional conduct. Dichotomy is a pathology of the doctor-patient relationship, which should be approached with awareness and sensitivity to ethical principles of the profession, well-structured and developed principles, since they are able to generate corruption, conflicts of interest and degradation of the health system.

KEYWORDS: Health Personnel. Public Health. Private Sector. Bioethics.

RESUMO: A dignidade do paciente é um macroprincipio acomodatício devido ao qual alguns profissionais de saúde, ao exercerem a profissão, divergem entre o seu bem-estar e conceitos como competência, confiabilidade e autonomia de seus pacientes. Uma realidade que se agrava em conflitos de interesse que são criados entre a saúde pública e a saúde privada, pela irresponsabilidade profissional geralmente mascaradas por critérios de justiça, qualidade de atendimento e acesso aos menos favorecidos. Ao analisar e interpretar holisticamente os casos, é possível compreender tais comportamentos profissionais dissociados. A dicotomia é uma patologia da relação médico-paciente, que deve ser abordada com consciência e sensibilidade aos princípios éticos da profissão, bem estruturados e desenvolvidos, uma vez que são capazes de gerar corrupção, conflitos de interesse e degradação do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoal de Saúde. Saúde Pública. Setor Privado. Bioética.

Hay hombres que luchan un día y son buenos.
Hay otros que luchan un año y son mejores.
Hay quienes luchan muchos años y son muy buenos,
pero hay los que luchan toda la vida.
Esos son los imprescindibles.
Bertolt Brecht

INTRODUCCIÓN

El presente artículo: *La dignidad del enfermo en la dicotomía entre salud pública y privada,* tiene como propósito promover la "*dignidad del paciente*"[a] ante su vulnerabilidad (física y moral) cuando emplea los servicios de atención médica en un centro médico-asistencial público o privado

≠ Conferencia en el XVII Congreso internacional Ciencia y Vida. Economía y dignidad humana: un reto para América Latina. Bogotá: Escuela Internacional de Ciencias Económicas y Administrativas, Universidad de la Sabana, del 1 al 3 de agosto de 2012.

* Diácono de la Iglesia Católica. Licenciatura en Educación (UCAB). Doctor en Ingeniería (UTC) y en Ciencias de la Vida (ULIA). Magister en Teología (UCAB) y Magister Oficial Europeo en Bioética (URLL-IBB). Profesor Titular de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), Caracas, Venezuela. Especialista en Ingeniería Biomédica y Hospitalaria (UTC), Salud pública (ENSP) y Teología (UCAB). E-mail: lschmidt01@gmail.com

O autor declara não haver conflitos de interesse.

a. Paciente (del lat. patĭens,-entis. part. act. Depati, padecer, sufrir): Que tiene paciencia; Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica; Persona que es o va a ser reconocida médicamente (Diccionario de la Real Academia Española).

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

y, es manipulado por su galeno y otros profesionales de la salud en beneficio propio, sobre todo, dentro del Sistema de Salud en un área de influencia particular y empleando los servicios de la estructura sanitaria.

La dignidad

El meollo del problema está en la persona y la comprensión que ésta-misma, asuma de su dignidad como macroprincipio de "lo humano", categoría moral y "piedra angular" de la ética, de la religión, de la justicia y de la política. Immanuel Kant en la *Metafísica de las Costumbres*[1] (1797) establece el imperativo categórico[b]: "Obra de tal modo que consideres a los demás siempre como un fin en sí mismo y nunca solamente como medio" (Ak. IV, 429). A partir de mediados del siglo XX, con la *Declaración Universal de los Derechos humanos* (1948), donde en su artículo 1: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros". De lo teológico y filosófico se integra lo jurídico y lo social en los derechos fundamentales del hombre.

El ser humano es digno por naturaleza y fundamento de su existencia, como ha sido invocada por diversos pensadores en el acontecer de la historia[c]. La dignidad está íntimamente relacionada con el concepto de persona, vinculada con la excelencia de su naturaleza, el compromiso de su actuar-ético y la honorabilidad de su ser-activamente-en-el-mundo. Pero "la dignidad" no es tan incuestionable como parece, uno se cuestiona ¿por qué se recalca algo que resulta obvio? ¿Será que la teoría es diferente a la práctica? ¿Por qué hay personas que consideran este macroprincipio como algo ajeno a ellos? ¿Por qué algunos creen que tienen que ganárselo? Y así, otros se creen poseedoras de la misma; hay quienes expresan que este tema no es más que letra impresa que reposa en bellos anaqueles de bibliotecas, entre tantos manifiestos, declaraciones y artículos de leyes, pero no, en los corazones y mentes de hombres y mujeres de nuestro tiempo; por considerarse personas más arriba del bien y el mal, que por ser médicos, pueden disponer sobre sus pacientes.

Estas posturas y otras más, hacen que un tema tan trascendente se constituya en letra muerta o en un abstracto y superfluo argumento jurídico-político. Por dicho macroprincipio, todo hombre tiene derecho a reclamar el respeto de sí mismo y de los demás semejantes a causa de su condición humana, tratándose de un principio que resguarda la posibilidad *erga omnes* de protección que su esencia personal amerita.

La dignidad personal constituye un valor supraconstitucional y supraestatal, toda vez que, siendo consubstancial al ser humano se yergue como un valor importantísimo que es menester promover y proteger desde la Constitución y el plexo normativo en su totalidad. La dignidad personal exige que el aparato del Estado esté a su servicio y no al revés. Por lo mismo, ella descarta y excluye cualquier visión totalizante del Estado o de la vida política que subyugué a la persona o que coarte su plena realización. Lamentablemente, los gobernantes llegan a ser miopes y tienen comportamientos autistas en esta materia fundamental de su servicio y responsabilidad ante la nación.

La dignidad del enfermo

El deber-hacer del profesional de la salud parte del respeto a la dignidad del paciente o persona enferma que a él acude o tiene que atender. Persona que afectada en su salud tiene un estado de "desequilibrio" de su aparente normalidad y pierden (momentánea o definitivamente) su "estabilidad" o estado de salud previa[d] con miras a restituirla, afrontar un nuevo estadio de su vida o fenecer. Otra forma de entenderla, la salud es un componente esencial del bien-ser y el bien-estar de la persona, de su comunidad y entorno ambiental. La misma, en todas las comunidades requirió de sus "médicos" y del conocimiento de los diversos determinantes de salud, según las culturas. Los médicos procuran la salud y el cuidado de la salud a través del bien-hacer de su vocación profesional.

b. El imperativo categórico es la fórmula mediante la cual se expresa la ley moral para el hombre. Se traduce en un mandato que no está limitado por condición alguna, y por eso es categórico. Es irrenunciable, puesto que sólo se puede renunciar a una condición, y siendo éste incondicionado, no hay condición a la cual renunciar. He ahí su categoricidad. Por otra parte, el imperativo categórico no es solamente el fundamento a priori de la moral, sino que también lo es del derecho. Kant lo declara expresamente en la Metafísica de las Costumbres[1]: "sólo conocemos nuestra libertad (de la que proceden todas las leyes morales, por tanto también todos los derechos así como los deberes) a través del imperativo moral, que es una proposición que manda el deber, y a partir de la cual puede desarrollarse después la facultad de obligar a otros, es decir, el concepto de derecho".

c. Se pueden citar a Jesús de Nazaret, así como en algunos textos del Buda, Lao-Tzu, Confucio, Mahoma, Platón, Aristóteles, Seneca, Francisco de Asís, Lutero, Ignacio de Loyola, Miguel de Cervantes, Miguel de Unamuno, George Fox, Rousseau, Immanuel Kant, Andrés Bello, Mahatma Ghandi, Karl Marx, Franz Kafka.

d. La salud como plantea la Organización Mundial de la Salud como "el un estado de completo bien estar físico, mental y social; y no solo la ausencia de enfermedad o dolência".

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

Es esencial que tanto el médico como el paciente acepten la vulnerabilidad y la fragilidad humana. Así mismo, el respeto del médico al derecho a la vida del paciente, más cuando ésta es frágil y doliente. Lo propio del médico es curar o cuidar a la vida dañada. Por ello, la Asociación Médica Mundial (1981, 1995, 2005) expresa:

> Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos[e].

El dilema bioético

El dilema del estudio se centra en la relación médico-paciente, donde la persona vulnerada es la enferma[f] o lesionada. Las personas enfermas buscan su recuperación y son susceptibles a ser inducidos en diversos proyectos perversos[g], entre ellos, el que se denomina "dicotomía"[h]. Ésta corresponde a la participación de honorarios profesionales hecha sin conocimiento del enfermo o de sus familiares, entre el médico de cabecera y el cirujano, el especialista o el representante legal. Al mismo tiempo, se presenta un doble dilema por el abuso de la gestión de prestación de servicios de salud y el gasto de salud que afecta a otras personas que le restan servicios de calidad, por conflicto de interés, corrupción y estafa.

MÉTODO

El estudio requiere de una reflexión médica, social, bioética y jurídica se desarrollará mediante el *método de análisis e interpretación holística*[2], con el propósito de mantener la sistematicidad y el rigor epistemológico requerido. Obviamente, desde la mayor amplitud posible, debido a una casuística variada como se desarrollará en la siguiente sección.

Análisis

La descomposición de la temática requiere identificar los actores, escenarios, relaciones e interrogantes éticas.

Actores

Múltiples casos pueden generarse de esta situación. El estudio bioético requiere de la identificación de los diversos actores, entre los principales se encuentran: 1. *El paciente*. La "víctima" que acude a un servicio público o privado de salud. Persona que deja de ser sujeto, para cosificarse al considerársele un objeto, número o fuente de ciertos ingresos; 2. *La familia del paciente*. Por sus nexos y posible ayuda económica que le permita costear los gastos, si se sobrepasa los montos asegurados; 3. *El profesional de la salud*. El victimario es un, preocupado más en su lucro personal producto del engaño y la estafa, que en el servicio médico-asistencial que presta. El beneficio económico personal lo hace a expensas de sus pacientes; 4. *Los otros profesionales de salud que se benefician conjuntamente*. Al recibir pacientes referidos para exámenes innecesarios o sobrefacturados; 5. *Otras personas patrocinadas por estas acciones*.

Escenarios

Las unidades prestadoras de salud, donde los pacientes vienen a buscar asistencia médica. 1. *El Estado*, quien modula las políticas y regulaciones del sistema de salud, articula la gestión administrativa y operativa, vincula las

e. Introducción. Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial en Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General en Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/

f. El término proviene del latín *infirmitas* que significa "*falto de firmeza*" y consiste en un proceso que acaece a un ser vivo y altera su estado normal de salud. En el lenguaje cotidiano, la enfermedad es entendida como una idea opuesta al concepto de salud: es aquello que origina una alteración o rompe la armonía en un individuo, ya sea a escala molecular, corporal, mental, emocional o espiritual. Ante la dificultad para definir en concreto qué es una enfermedad (dado que cada individuo lo hace de acuerdo a sus propias vivencias), existen varios conceptos que pueden ser utilizados, de acuerdo al contexto, como sinónimo: patología, dolencia, padecimiento, anormalidad, trastorno, desorden, desequilibrio y alteración, entre otros.

g. Hay que tener en cuenta que toda persona a lo largo de su vida puede adquirir una enfermedad, intoxicarse, tener inestabilidades en sus homeostasis corporales o algún accidente que lo lesione. Generalmente se la ha definido como una alteración de su estado normal de salud. Para los pacientes, lo importante es evitarla en vez de saber afrontar la enfermedad, la intoxicación o la lesión y, mejorar. Además, la enfermedad, puede ser analizada desde diferentes dimensiones: (a) la *física*: si está basada en un proceso patológico definida por criterios biológicos; (b) la *psicológica*: si es producto de su mente (consciencia de la disfunción, experiencia del dolor, carácter personal); y (c) la *ecosocial*: si es generada por la construcción o percepción social de la enfermedad en un contexto determinado; y (d) la *combinaciones de las anteriores*. La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico, de las funciones mentales y de las interacciones medioambientales y sociales.

h. Dicotomía (del gr. διχοτομία): División en dos partes; Método de clasificación en que las divisiones y subdivisiones solo tienen dos partes; 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 (Diccionario de la Real Academia Española).

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

diversas organizaciones de salud pública (civil y militar) y privada (con fines de lucro y no), aseguramiento del bienestar social y provee diversos servicios y programas de salud pública, a través de instituciones prestadoras de servicios de salud con diversas complejidades (niveles y tipos de atención) e integradas a lo largo de la nación; 2. *El sistema de salud*[i], y en especial, el sistema de atención que lo compone, tiene como finalidad fundamental producir salud de la mejor manera posible en cada situación específica y constituye el eje del proceso social de generación de salud, es decir, producir salud para las personas, pero especialmente para la población en su conjunto. Por tanto, el sector salud está constituido por los subsectores: Público, Privado y Mixto; 2.1. *El subsector público* está integrado por múltiples instituciones que operan de forma de una red integrada (centralizada o descentralizada) compuesta por todas aquellas instituciones que reciben financiamiento mayoritario de fuentes de origen fiscal o contributivo y cuya capacidad de decisión, en lo que respecta a la prestación de servicios, se encuentra en la esfera pública; - El sector consta de un sistema único o de varios subsectores que incluyen la salud en general (Sociedad Civil y las Fuerzas Armadas), el Seguro Social, entre otras); - El subsector puede constar de Centros de Investigación (Control Epidemiológico, Higiene, Sistema de Alertas Farmacológicas, Enfermedades Tropicales, Bancos de Sangre, Fármacos Genéricos, etc.); 2.2. *El sector privado*, abarca a todas las instituciones que reciben financiamiento proveniente de fuentes privadas (grupos empresariales o congregaciones religiosas (fundaciones, seguros de hospitalización, cirugía y maternidad, medicina prepagada, pagos directos, entre otros) y cuya capacidad de decisión en lo referente a servicios prestados, inversión y seguros, está bajo la responsabilidad de organizaciones independientes (hospitales, clínicas, ambulatorios, o centros profesionales); 2.3. *El sector* mixto está representado por aquellas instituciones privadas que: - Reciben financiamiento público (a través de contratos especiales para la prestación de servicios), o aquellas; - Instituciones públicas que reciben contraprestación financiera por la atención de pacientes con seguros privados.

Beneficiarios adicionales

Centros de médico-asistenciales; Centros de investigación; Centros de educación; Ambulancias; Farmacias; Casas farmacológicas; Consultorios odontológicos; Casas ortopédicas; Centros de fisioterapia; Clínicas de fertilidad; Servicios de crio-preservación de gametos y células madre; Laboratorios clínicos; Bancos de sangre; Funerarias; Organizaciones de Trasplante de Órganos y Tejidos; Terapias con células madre; Terapias con medicina natural.

Interrogantes éticas

Los cuestionamientos en este tipo de aberración del acto médico son múltiples. La dicotomía está censurada en las Leyes de Ejercicio Médico y los Códigos Deontológicos. En medicina, la dicotomía se define como "la partición oculta de los honorarios entre dos o más médicos o entre médicos y miembros de otras profesiones sanitarias, con el objeto de obtener ganancias económicas".

Por ello, esta disociación del acto médico en su relación diagnóstica, terapéutica o quirúrgica, es una deformación, una patología del convenio entre el médico y su paciente; este convenio, materializado en el acto médico, se fundamenta en la relación médico-paciente, que por ser una relación de interdependencia entre dos personas humanas, exige el respeto a la dignidad de ambos. Más aún, cuando se emplea como intermediarios los servicios públicos del sector salud, impidiéndoles a otras personas de la población acceder en un futuro próximo.

La dicotomía también se puede llevar a cabo en tres áreas: la clínica, la investigativa y la formativa. El fundamento de la condena a la dicotomía está en el carácter mercantilista del reparto de los honorarios, interconsulta con el mejor comisionista, por el hecho que se "cosifica" al enfermo, se concibe a la medicina como un comercio y se desacredita la profesión al traficar con acciones médicas que tienen que ser de calidad, veraz, justa y proporcional. Por esta razón, la dicotomía puede ser directa (obvia[j] y enmascarada[k]) y de forma de cohecho[l].

Por lo expresado, surgen una serie de cuestionamientos: primero, si el libre ejercicio de la profesión permite el lucro, ¿por qué la dicotomía es vetada? Segundo, si hay

i. El Sistema de salud de un país comprende la atención a las personas y al entorno, hecho con la finalidad de promover, proteger y recuperar la salud, o de reducir o de compensar la incapacidad irrecuperable, incluida el suministro de medios, recursos y condiciones para ello; pero también se refiere a las actuaciones ejercidas sobre factores determinantes generales de la salud, realizadas con el fin de mejorar la salud o facilitar su atención, independientemente de la naturaleza de los agentes públicos, sean estos estatales, no estatales o privados que lo realizan.

j. Se refiere a la participación en dinero (efectivo o especies) calculada con base en porcentajes, puntos o metas.

k. Cuando los pagos son simbólicos y pueden exentarles el pago de arrendamiento, pagos de viajes, préstamos varios (equipos, vehículos, casas).

l. Cuando el funcionario responsable en una institución oficial o privada, se encarga del cobro de los exámenes o terapias.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

libertad de escoger a sus médicos y seleccionar a qué servicios ir, ¿cuándo y por qué se impide las recomendaciones del médico? Tercero, si existen diferencias entre los resultados de los laboratorios y mediciones diagnósticas[3], ¿cómo confiar en los informes clínicos y cuál realmente es más correcto? Cuarto, si los diagnósticos médicos son complejos, ¿cuántos exámenes deberían solicitarse a un paciente? Quinto, si todavía ciertas terapias no son aprobadas, ¿por qué las indican los médicos? En general, ¿Cuándo hay conflicto de interés? ¿Cuándo se engaña o estafa a un paciente? Si el Estado debe garantizar servicios de calidad ¿por qué los servicios son deficientes y de poca calidad? ¿Por qué los altos funcionarios prefieren los servicios privados a los públicos? (...) Personalmente, recomiendo analizar la conciencia del médico y profesionales afines, evaluar la intencionalidad del acto y las consecuencias de dichos actos, debido a que sus consecuencias a nivel personal afecta al paciente y los recursos de aseguramiento de salud; por otro lado, a nivel del sistema de salud, hay consecuencias funcionales (n. de exámenes, incremento de la inversión en la restitución de la salud), fiscales (carencia de los ingresos planificados por los servicios) y laborales (incremento de la corrupción, estafas).

Diversas situaciones

La tipología de casos de dicotomía se establece por los conflictos de interés (que surgen de la combinación de las siguientes prácticas), específicamente cuando un médico: ajusta sus honorarios (sobre-tarifación) con ciertos o todos sus pacientes; establece innecesariamente consultas cobradas a sus pacientes; efectúa excesos en las prescripciones; ordena procedimientos (simulados, fuera de norma, sin justificación y en exceso); solicita y cobra comisiones por el uso de proveedores especializados (farmacias, servicios auxiliares de diagnóstico y terapia, placas adicionales de imagenología, Rayos X, Tomografías, Resonancias Magnéticas, Ultrasonido), exámenes de laboratorio clínico innecesarios (Hematológico, Bacteriológico, Virológico, Bioquímico, Toxicológico, Parásitos), fisioterapias, uso de determinados productos en ciertas marcas de laboratorios farmacéuticos, crioconservación de tejidos o gametos, ópticas, aplicaciones de células madre o de aparatos ortopédicos); trabaja en los servicios de salud pública y usa los servicios de clínicas determinadas.

Hoy, con el temor de la gente a enfermarse y a padecer dolores, que ya no sólo son los enfermos, sino los hipocondríacos. Así mismo, se incluyen otros pacientes vulnerables, p.ej.: las mujeres con embarazos no deseados, las mujeres que se practican abortos clandestinos, los enfermos incapaces de afrontar una enfermedad crónica o los pacientes en estado terminal (y buscan la eutanasia), la negociación de pacientes con muerte cerebral para los trasplantes de órganos, la exacerbación de la estética y las cirugías plásticas, el almacenaje y comercialización de células madres para posibles enfermedades futuras de forma inadecuada.

Por lo expuesto anteriormente, la dicotomía es una vergüenza de la práctica de la medicina que se ha extendido mundialmente con diversas modalidades: pagos directos a los médicos por consultorios, acciones en Clínicas privadas, servicios médicos especializados, servicios de imagenología diagnóstica y terapéutica, laboratorios clínicos, casas farmacéuticas, farmacias y otros servicios de apoyo; médicos ambiciosos: accionistas de empresas de seguro, con cargos públicos, con programas de televisión, suplentes, con otros cargos que le absorbe su tiempo, en desmedro del estudio y mejoramiento profesional que debe a sus enfermos; con puestos en que no tengan independencia profesional; tarifas de servicio preferenciales en su domicilio o consultorios privados; diferenciadas según los alquileres de consultorios; participación de honorarios entre el médico de cabecera y cualquier otro profesional del arte de curar, cirujano, especialista, consultor, odontólogo, bioquímico, farmacéutico u otros profesionales[m]; prestación de servicios gratuitos para obtener ventajas profesionales o fines proselitistas o comerciales.

La dicotomía trastorna profundamente la práctica médica ya que el médico no coloca en primer lugar los intereses del paciente, sino su propia ventaja económica. El médico pierde así su independencia y rectitud de juicio

Es repudiable por inmoral el consorcio de dos o más médicos para referirse pacientes sin que prive una evidente necesidad de colaboración en provecho exclusivo del enfermo.

VALORACIÓN

El análisis ético y jurídico requiere conocer diversos niveles de reflexión: primero, el teleológico o el deber-ser de dichos actos; segundo, el marco jurídico y deontológico; y tercero, los

m. Porcentaje derivado de la prescripción de medicamentos o aparatos ortopédicos, lentes, etc., así como la retribución a intermediarios de cualquier clase (corredores, comisionistas, hoteleros, choferes, etc.) entre profesionales y pacientes.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

valores de los actores en dichos actos dicotómicos. Así mismo, es conveniente recordar las experiencias de otrora y cómo se han venido variando estos casos con el desarrollo de la tecnología y la deshumanización de la medicina.

PRINCIPIO

Los profesionales de la salud, deben obrar con dignidad, para respetar la "dignidad ontológica" del ser humano. La *dignidad ética*, hace referencia, no sólo al ser de la persona, sino también ten su obrar "dignidad axiológica"[4]. En este sentido, el hombre se hace él mismo mayormente digno cuando su conducta está de acuerdo con lo que él es, o mejor con lo que él debe ser. Dignidad que tiene que ser extensiva a la institución en la que trabaja sea del sector público o privado y, a la colectividad (área de influencia) que sirve.

A nivel de la persona

Todo paciente tiene derecho a la salud, por lo que su acceso y atención médico-asistencial tiene que ser de calidad.

A nivel del profesional de la salud (sociedades profesionales y gremios)

El acto médico deberá evitársele una intencionalidad fraudulenta, ya que antepone el interés por obtener beneficio, en sus diversas modalidades: (a) cuando la comisión está en función de la participación en bienes o servicios que pueden ser calculados por puntos o metas; (b) cuando el pago es en especies, p.ej.: el pago de un consultorio, un préstamo por un bien (equipo, vehículo) o un viaje; y (c) cuando el pago es a través de participaciones o acciones de los servicios o empresas beneficiadas.

A nivel del Sistema de Salud (Modulación sectorial)

El Sistema de salud deberá regular a los servicios de prestación de servicios, donde la relación profesional de salud y paciente tiene que estar basada en una profesionalidad y una contraloría sectorial.

CRITERIOS OBJETIVOS

La dignidad

Se ha dicho que la dignidad es un "término oculto" de la ética, la religión, el derecho y la política, donde se presume que todo problema ético o moral, conduce al menoscabo y deterioro de sus fundamentos. Es más, a veces su uso inapropiado conduce a una reducción de los reales derechos humanos. Este término empleado para que el ser humano se decosifique y se distinga como "sujeto" en la sociedad. Sin embargo, su concepción si bien surgió del excelso concepto de la Santísima Trinidad, vino a ser reconocida mundialmente en medio de un "pozo de lágrimas", producto de la ignorancia, exclusiones, odios, dogmatismos, miedos, agresiones, padecimientos y muertes, que como fruto de disquisiciones filosóficas. "Lagrimas" que han permeado en la inmanencia del ser contrastándose con las bases naturales del *ser-ético*, del *ser humano*, del *ser-en-relación* y del *ser-finito*.

La dignidad del hombre radica en su valía, cuya toma de conciencia dispone a una actitud que pide respetar ese valor. Vista así, la dignidad adquiere un significado distinto según qué sea lo que el hombre valore de su ser. Y esto está influido fuertemente por la cultura en que se viva.

Boecio[5] conceptualizó la "persona" como "*la sustancia individual de la naturaleza racional*". Reflexión que Tomás de Aquino profundizó en la *Suma Teológica* Parte I, cuestión 29 desde su artículo 1. Definición que extrapolándola a la luz del siglo XXI, sería, la "persona" es toda substancia individual desde la integralidad del ser (tanto racional como emocional), así como desde su identidad e intimidad. La "dignidad" y la "persona" son dos voces que se vinculan en un concepto continente para todo ser capaz de desarrollar su personeidad y personalidad, como plantearía Xavier Zubiri en sus obras. En otras palabras, se refiere al ser capaz de profundizar su naturaleza humana (lo ontológico) y su actuar humano (lo axiológico)[6].

La vulnerabilidad en el ser humano se manifiesta de diversas maneras, p.ej.: ante el abuso o la agresión (física, moral o social); el dolor (o sufrimiento); la enfermedad; el hambre; el abandono o soledad; la exclusión o cualquier precariedad y debilidad de la condición humana, condiciones mínimas de existencia. De este modo, la filosofía moral y política han tenido el interés en defender un concepto "restringido" de dignidad, de donde derivarían "las *condiciones mínimas* morales de una convivencia humana aceptable" según las palabras de Nobert Hoerster (p. 98)[7]. Por su parte, Robert Dworkin, abunda en un sentido similar cuando propone un concepto "limitado" de la dignidad como "derecho a no sufrir la *indignidad*, a no ser tratado

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

de manera que en sus culturas o comunidades se entiende como una muestra de carencia de respeto" (p. 305)[8].

Retomando el paradigma antropocéntrico, uno puede cuestionarse: ¿Hay que degradar el concepto de la dignidad o por el contrario hay que reforzarlo, corrigiendo sus malas interpretaciones y las supuestas potestades ejercidas, por ser injustas y abusivas en el ejercicio del poder y uso de los bienes naturales? Más aún, retomando el paradigma teocéntrico: ¿Acaso no es deber del hombre el cuidar de tu "hermano" (Gén 4,9-11) y del "Edén" (Gén 1,28-30; 2,15) dado en comodato?

Sin embargo, Burrhus Frederick Skinner[9] sostenía que el ser humano sólo conseguirá la felicidad cuando se libre de dos mitos ensoberbecidos y absurdos: la dignidad y la libertad. Mientras que José Antonio Marina y María de la Válgoma[10] consideran que la dignidad es una invención imprescindible para alcanzar la felicidad. Por su parte, Norbert Bobbio[11] plantea que la dignidad en la actualidad se plantea más entre una disertación por la felicidad y la justicia, que en su fundamento ontológico y su consecuencia inmediata la libertad y la igualdad. Robert Spaemann expresa: "el ateísmo despoja a la idea de dignidad humana de fundamentación (...). No es una casualidad que tanto Nietzsche como Marx hayan caracterizado la dignidad sólo como algo que debe ser construido y no como algo que debe ser respetado" (p. 33)[12]. Dicha observación viene conectarse con otras ideas que vienen subrayar la peculiaridad de la situación moderna del individuo. Así, entre otros, Charles Taylor se refiere en las *Fuentes del yo* a la "pérdida del horizonte" (p. 31)[13] a la hora de definir al individuo humano en la modernidad o también, Paúl Valadier habla de "la ruptura ontológica y la soledad del sujeto moderno" (p. 46)[14].

Dicha misión debe cumplirse cumpliendo los siguientes principios[n]: (1) acceso y cobertura de la población a los Prestadores de Servicio de Salud en función de las necesidades; (2) calidad en la prestación de salud; (3) equidad sanitaria como parte del desarrollo orientado a la justicia social; y, (4) participación de la comunidad en la definición y aplicación de los programas y servicios de salud.

La relación médico-paciente

Es la interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de cuidar y restituir la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

La relación profesional interpersonal debe estar caracterizada por: el respeto que inspira su investidura técnica es una profesión de alto prestigio social; la expectativa por parte de la población de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad; su condición de piedra angular en prestación de un servicio de gran significación humana, como es promover o restablecer la salud; demandar una constante disposición a la relación de ayuda, sin aspiración de reciprocidad; requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones para evitar errores de altas potencialidades iatrogénicas.

La relación médico-paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto, de la ética médica. Esta relación normada a lo largo de la historia, se norma en el siglo pasado con la *Declaración de Ginebra* exige al médico "velar ante todo por la salud de mi paciente" y el *Código Internacional de Ética Médica* estipula: "El médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos" (Anexos A y B).

La relación es de cuidado, una dimensión antropológica y ética que ofrece un espacio y un lugar para confortar al paciente con una atención digna y de calidad. En estos servicios requieren de una adecuada relación médico-paciente. Dicho de otra manera, en el contexto clínico se establece una relación (empatía) humana y profesional entre un médico y una persona que considera que su salud está amenazada (consulta u observación) o, si esta persona ha padecido un accidente o está enfermo (emergencia, hospitalización, cirugía o terapia).

Uno de los propósitos del trabajo es *salvaguardar la dignidad del paciente, el respeto a su dignidad o un trato digno*. Sin embargo en un editorial del *British Medical Journal* firmado por Ruth Macklin, afirmaba que "la dignidad es un concepto inútil en la ética médica y se podría eliminar sin que ésta perdiese contenido"[o,15]. Ello se debe en parte a las visiones antropoéticas del mundo

n. Los sistemas de salud tienen reconocidos valores y principios que todos hemos repetido y hemos valorado, como la equidad, la participación social, la eficiencia, la descentralización, la integralidad de la atención y la solidaridad. Y requiere de ciertos recursos y condiciones para su funcionamiento, como son: el liderazgo, la información, los recursos humanos, y la capacidad física, los conocimientos y la tecnología, y por supuesto, la financiación del sistema.

o. Independientemente de que esté o no de acuerdo con su postura, hay que reconocer que existe una ambigüedad terminológica e ignorancia en su uso general. Esta autora sostiene que es un termino vago y que en la mayoría de los textos se esta refiriendo al respeto a la autonomía de las personas. En apoyo a esta tesis sugiere que para las declaraciones de derechos y otros textos internacionales sobre protección de los derechos humanos el concepto de dignidad no parece tener más significado que el principio ético de respeto por las personas, la protección de la confidencialidad, la necesidad de la obtención del consentimiento informado y la protección de prácticas abusivas y discriminatorias.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

anglosajón y latinas: el comparar la dignidad con la libertad, sin comprender que gracias a la dignidad se tiene la libertad como principio subsecuente, no es biyectiva.

Regulación gremial

La relación médico-paciente también es regulada por el gremio profesional en el Código de Deontología Médica[p]:

> Artículo 155. Queda categóricamente proscrita la dicotomía, es decir la partición de honorarios entre médicos o entre éstos y el personal auxiliar o cualquier otra persona, por constituir un acto contrario a la dignidad profesional.

El ejercicio de la profesión debe ser responsable (civil, penal y administrativa) como obligación de satisfacer y reparar, por sí o por otro, alguna consecuencia de culpa, delito u otra causa legal. El médico puede enfrentarse en su práctica diaria ante una responsabilidad y responder por su conducta para "reparar el daño", es decir, el deterioro, destrucción, ofensa o dolor que provoque en las personas, valores morales o sociales de alguien, así como el pago de los perjuicios (afectaciones de naturaleza pecuniaria: ganancias que se dejaran de percibir por una acción u omisión).

Por ello, cuando la forma de realizar la práctica profesional tiene divergencias en su bien-hacer (lo bueno y lo malo, lo justo e injusto, lo correcto e incorrecto) en materia de la competencia profesional. La dicotomía es un delito[q], que puede ser doloso[r] o culposo[s]. Los delitos pueden ser cometidos por imprevisión[t], negligencia[u], impericia[v], falta de reflexión y cuidado[w], y exceso de confianza[x].

En ella entra en juego: el respeto, veracidad y consentimiento ante sus actos; la confidencialidad y relaciones apropiadas con sus pacientes. De igual manera, en materia deontológica, en cuanto a la calidad de la atención; al acceso a los servicios; a la distribución y uso justo de los recursos limitados; al compromiso y la veracidad con el conocimiento científico; a los conflictos de interés; a la responsabilidad profesional; y al trabajo colaborativo y respetuoso entre los profesionales de la salud.

Regulación de la salud pública por el Estado

El sistema de salud pública de un país, comprende un conjunto de actuaciones destinadas a promover, conservar y mejorar la salud de su población, así como, el control y la erradicación de las enfermedades. Si bien el Estado es el principal actor institucional de la salud pública, ésta se concibe como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de las instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones, por medio de acciones colectivas, que debe incluir tanto al sector público y privado[16]. Con la reciprocidad de profesionales, comunidades (zona de influencia) y el sistema de salud local (sea público, privado o mixto), se logran indicadores exitosos (acceso, eficacia, eficiencia y calidad).

Así, la interdependencia de dos personas o más, como la médico-paciente, exige el respeto de la dignidad entre ambas y una reciprocidad fundamentada en la apta, oportuna y adecuada atención clínica, para restablecer la salud afectada en el paciente. En dicha relación se manejan datos e información, tiempo y espacios, procedimientos y recursos.

El ejercicio de la profesión requiere de una serie de requisitos legales para ejercer la medicina, en cumplimiento principalmente de la Constitución Nacional, de la Ley Orgánica de Salud, la Ley del Ejercicio de la Medicina y otras leyes relativas al acto médico. De esta manera, el Estado es el garante constitucional de la vida[y] y la salud[z] de su población, las políticas públicas en materia de salud vienen enmarcadas en la Carta Magna:

> Artículo 83: La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios.

p. *Código de Deontología Médica*: aprobado durante la LXXVI reunión extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana, realizada en Caracas el 20 de marzo de 1985.
q. Acción u omisión que sanciona la ley penal; es decir, se comete un delito por hacer o dejar de hacer algo a lo que se está obligado.
r. Delito doloso: existe intención; obra con dolo el que intencionalmente ejercita u omite un hecho que se sanciona como delito por la ley penal.
s. Delito culposo: no existe intención. Imprevisión, negligencia, impericia, falta de reflexión o cuidado, y exceso de confianza.
t. Cuando el médico debió prever que al realizar el hecho se producía un daño o lesión al pasivo.
u. Cuando se comete error, diagnóstico equivocado o insuficiente al padecimiento, dosis equivocada, etc.
v. Cuando por las circunstancias del acto y el grado de dificultad que se requiere, el activo no tiene la capacidad y experiencia para realizar el mismo.
w. El médico está obligado a realizar el acto con destreza y eficiencia necesaria.
x. Cuando por las circunstancias del acto y el grado de dificultad que se requiere, el activo no tiene la capacidad y experiencia para realizar el mismo.
y. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV): Preámbulo, artículos 2, 43, 46, 80 y 83. Gaceta Oficial n. 36.860 del 30 de Diciembre de 1999. Enmienda Gaceta Oficial Extraordinaria n. 5.453, 24 de marzo de 2000.
z. CRBV: Artículos 83 al 86.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

> Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

Este derecho social se menciona también en los artículos 84 y 85. Se establece que el Estado gestionará y financiará un sistema público nacional de salud, el cual será gratuito y descentralizado. Asimismo, supervisará y regulará tanto las instituciones públicas como las privadas. Si bien la Constitución garantiza el tratamiento oportuno y una rehabilitación de calidad, la realidad que viven los venezolanos en las instituciones públicas de salud es otra muy distinta. Son innumerables los problemas por los que atraviesan los centros de salud pública. Falta de insumos básicos, infraestructura y equipamiento deficientes, personal médico y asistencial mal pagado y desmotivado, presupuesto insuficiente y fuga de talentos, son algunos de los problemas por lo que atraviesa el sistema público de salud. Esto es lo que favorece que se realicen las dicotomías, afectando a los pacientes, por terceros que buscan mejorar sus remuneraciones.

Fallas estructurales

Los Estados no han sido capaces de resolver los problemas básicos de salud de sus ciudadanos, debido a múltiples factores que impiden mejores estándares de salud pública de calidad, tal y como lo consagran las diferentes Cartas Magnas del Orbe.

Generalmente, los políticos y los economistas lo atribuyen a la falta de recursos (personal, financieros, dotación y equipamiento). Sin embargo, la experiencia señala que no es así, ya que los fondos financieros ayudan a hacer muchas cosas, pero se requiere de otras medidas de eficacia y eficiencia, para poder ser efectivos. Hay diversas causas que pueden ocasionar el deterioro de un sistema de salud, los especialistas tienen que establecer las diferentes medidas y correctivos necesarios para que el país pueda contar con un régimen integral de salud pública, que sirvan para mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos de un país. Pueden citarse: Los políticos sin experiencia en la Salud Pública para aplicar las políticas públicas de salud, contenidas y consagradas en la Constitución Nacional; La falta de una planificación de servicios y programas de salud; La mala gerencia y articulación de los servicios de salud; La redundancia innecesaria de centros mal dotados y ubicados; La descoordinación de los programas de salud con las poblaciones a ser atendidas; Las campañas de salud mal coordinadas y con fines diferentes a la prestación de servicios de atención médica; La desconexión entre el sistema de referencias y contra-referencias; La falta de un sistema de información de salud; La falta de estadísticas epidemiológicas; las tasas de morbilidad y mortalidad; La aparición de nuevas enfermedades y el surgimiento algunas enfermedades re-emergentes.

Una realidad, que en nuestros países pareciese que no hay intención de mejorar por las políticas de salud existentes.

La Salud pública

Es archiconocido es que la prevención es la mejor forma de mantener sana a la población, a través de los programas de capacitación, las vacunaciones (necesarias y oportunas); y el saneamiento ambiental[aa] (a través de un eficiente sistema de aguas potables y aguas servidas; manejo de la basura y desechos contaminantes y, fumigaciones preventivas). Estos programas de prevención deben ser manejados estrictamente desde el punto de vista técnico y no político, por equipos profesionales de salud competentes, suficientes y bien dotados para dicha misión.

Adicionalmente, para la plataforma sanitaria, se deberá siempre tomar en cuenta: la selección y formación del recurso humano profesional y del personal auxiliar, en todas las áreas de la salud pública, debe ser idónea, evitando el ejercicio ilegal de la medicina. Todo personal médico debe estar debidamente acreditado de acuerdo a las leyes de cada país (que en general, han sido bien concebidas, pero carentes de reglamentos y medidas de supervisión para evaluarlos idóneamente). Asimismo, el personal de la salud debe contar con un salario adecuado que le permita vivir dignamente, a pesar de las situaciones económicas del país.

La administración de la salud debe ser preferiblemente descentralizada, manejada desde las regiones, mediante una gerencia profesional que administre de manera eficiente los recursos dirigidos hacia la salud y una contraloría social, conformada por personas capacitadas

aa. El saneamiento ambiental debería coordinarse con medidas de desarrollo social (vivienda, energía eléctrica, vías de circulación, transporte, centros de salud, escuelas, fuentes de trabajo).

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

para dicha evaluación. Los tres niveles de atención (nacional, regional y municipal), deben ser administrados y financiados por las autoridades competentes. Para ello, es fundamental restituir la administración y los recursos económicos por parte de las autoridades de los estados (o provincias) y alcaldías.

La Infraestructura física de los centros de salud pública debe ser óptima, por lo que el mantenimiento de los mismos juega un papel fundamental. Hay que tomar en cuenta el crecimiento poblacional para la planificación de la construcción de nuevos centros asistenciales o expansión programada de los ya existentes.

Los criterios de prioridades para la asignación de recursos no son estándares, basándose en criterios de necesidad de la salud y costo-efectividad de las intervenciones, mejorando los sistemas de información que aseguren rendición de cuentas y evaluación de las políticas implantadas. Para ello, la experiencia local y nacional deberá servir de control de inventarios dinámicos, según los momentos del año y eventualidades que se suceden, previéndose márgenes para catástrofes naturales.

La dotación de los Centros de Salud Pública es clave, como ya se ha mencionado, con todos los insumos necesarios, así como con equipos adecuados con tecnología de última generación. Es vital la formación del recurso humano idóneo para la correcta utilización de los equipos médicos, así como todo lo requerido para su óptimo mantenimiento.

Debe haber énfasis en la atención médica primaria, atención materno-infantil, asistencia social y médica al discapacitado, así como a la tercera edad.

Salud privada

El Sistema de Salud Privada debiera coordinarse entre sí, tanto los de fines de lucro, como los sin fines de lucro, o mixtos; El Estado debe supervisar y establecer normas para obtener de estos centros hospitalarios, atención y facilidades para el público en general; Mientras que los Hospitales Privados sin Fines de Lucro, deberían obtener recursos monetarios para cubrir sus costos y podrían ser subsidiados por el Gobierno Nacional y por el conglomerado empresarial y gremial, directamente o a través de fundaciones para dicho fin; Debe existir una sinergia y colaboración entre el sistema de salud público, el sector privado, instituciones religiosas y organizaciones no gubernamentales; Debiera haber un seguro médico social universal, a fin de proteger a toda la población de las contingencias de enfermedades y accidentes que puedan suceder; Se recomienda estudiar las experiencias en materia de salud y políticas sanitarias llevadas a cabo en otros países.

CONCLUSIONES

Una vez discernido y comprendido el dilema del estudio, puede elaborarse un juicio bioético *a posteriori*.

Juicio Bioético

Toda persona es digna a lo largo de su vida física (desde su concepción hasta su muerte natural o accidental), en especial, si está enferma o lesionada, ya generalmente dicha condición la hace vulnerable y requiere de una manera en especial, la solidaridad fraterna. Por tanto, hay que acompañarla, cuidarla y tratar de restituir, mejorar o capacitarle para afrontar su nueva condición de salud. Por eso, cuando una persona enferma acude a un centro médico-asistencial (pública o privada) tiene que ser atendida con dignidad, ya sea por una consulta, una terapia o por una emergencia médica[ab], y sin el menoscabo de la accesibilidad, debe recibir una atención de salud con calidad; tiene que ser informada de su estado de salud (salvo que expresase no saber) y de cómo se le piensa intervenir terapéuticamente, cuáles son sus ventajas y riesgos, para que sea capaz de tomar su decisión (consentimiento informado); tiene derecho a que se le garantice la confidencialidad y reconozca las excepciones legítimas de dicho secreto profesional.

Según lo expresado anteriormente, el tratar de responder "¿qué es dignidad?" no se pretende para que esta sea la última solución ni una panacea provisional, sino una reflexión que aporte fundamentos para seguir profundizando sobre este tema en la hermenéutica actual y que se trascienda sobre la esencia del ser humano en forma holística. Y como plantean algunos autores, la búsqueda de la dignidad con miras al logro del fin último del ser humano, la felicidad[17], su autorrealización personal y la justicia social, como fines y valores intrínsecos de cada ser humano. Por ello, la "dignidad" corresponde al "lugar" primario de apelación ética, tanto en los sistemas morales religiosos como en las pretensiones de construir

ab. Específicamente, tiene que ser atendida hasta ser compensada y transferida a un hospital público (si no cuenta con un seguro médico o recursos económicos).

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

una ética civil fundada en la autonomía de la razón humana. Si bien algunos llegan a plantear que la "dignidad" es una invención humana, es el "lugar" imprescindible para alcanzar la felicidad.

La dignidad no es un "lugar" absurdo ni un mito, sino es un "norte" de humanidad que permite orientar al hombre y la mujer en su azaroso deambular por el mundo, tal vez con rumbo planificado, pero sin mapas ni principios. Por ello, la "dignidad" evita que alcancemos más naufragios, por el contrario, lleguemos a puerto seguro, a encontrarnos con los nuestros, a sentir que construimos una sociedad más humana, más fraterna y caritativa.

La dignidad como realidad ontológica de la persona humana, adquiere traducción ética mediante la consideración de su ser-ético (dimensión axiológica). Emmanuel Mounier considera a la persona como un:

> Ser espiritual constituido como tal por una forma de subsistencia y de independencia en su ser, que mantiene esta subsistencia mediante su adhesión a una jerarquía de valores libremente adoptados, asimilados y vividos en un compromiso responsable y en una constante conversión; unifica así toda su actividad en la libertad y desarrolla, por añadidura, a impulsos de actos creadores, la singularidad de su vocación[18].

La "dignidad" es vista en la actualidad como una categoría multidisciplinar, producto de la reivindicación y conquista histórica de los derechos naturales del ser humano, para constituirse en el imperativo categórico de nuestro tiempo y que permite mediante la libertad irreductible y propia, con responsabilidad ética y con una capacidad inexorable la construcción de una cultura de la vida y una sociedad donde se conviva en armonía y justicia. La dignidad evoluciona en la medida que la racionalidad y las libertades individuales consolidan la democracia y las seguridades jurídicas y políticas de solidaridad en los pueblos.

Por ello, como Aristóteles indicaba, el hombre busca como gran fin, la felicidad, reiterándose en diversos pensadores, "todos los hombres tienen una inclinación invencible a la búsqueda de la felicidad", como decía Mounier[18].

La "dignidad" se construye a partir de la "naturaleza humana", se constituye en el primer artículo constitucional, en el principal artículo supraconstitucional[19] que defiende un derecho natural fundamental[20]. Luego, la "dignidad" es la fuente de los derechos, un axioma ético-jurídico del derecho de persona y constitucional. Por eso podemos afirmar que la "dignidad" es un acto constituyente. De esta manera, la dignidad ha encontrado su mejor definición operativa en el concepto de derechos prelígales (derechos subjetivos, innatos o derechos morales), los que a su vez se han concretado en los llamados derechos humanos.

Para finalizar, la "dignidad" se asemeja a la suave fragancia que nos extasía al apreciarla en momentos de soledad, angustia, rabia, opresión o situación de gravedad. Ésta, logra revitalizar con su aroma la sensibilidad, inmanencia, individualidad e integridad de la persona, dándole esperanzas por vivir y restituir todo lo perdido, que a la larga no es más que lo material, lo efímero.

La dignidad sólo tiene sentido cuando ésta vitaliza el ser que somos, nos hace ser seres humanos plenamente y nos orienta a tener la justicia y la armonía con quienes nos rodean. Un ser capaz de ser bondadoso comprensivo y sensible a los infortunios ajenos.

Para concluir y ha sido reiteradamente expuesto en la mayoría de los Códigos Deontológicos de Medicina: todos los pacientes tienen derecho a una atención médica de calidad humana y científica; el médico tiene la responsabilidad de prestarla, cualquiera que sea la modalidad de su práctica profesional y se compromete a emplear los recursos de la ciencia médica de manera adecuada a su paciente, según el arte médico, los conocimientos científicos vigentes y las posibilidades a su alcance; el médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica; el médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente; el médico ha de ser consciente de sus deberes profesionales para con la comunidad. Está obligado a procurar la mayor eficacia de su trabajo y el rendimiento óptimo de los medios que la sociedad pone a su disposición.

El hombre (médico o paciente) es digno por naturaleza. Por tanto, tenemos que preservar la Medicina como la disciplina dedicada a cuidar uno de los bienes más valiosos del ser humano: la salud y la vida biológica.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

Así, el médico es el "instrumento o el medio" para conseguirlo, su ancestral vocación, lo privilegia para asistir, cuidar y compenetrarse con el enfermo para beneficiar, no hacer daño, ser justo y respetar sus derechos, solidarizándose con su dolor. Para ello, se empleará el sistema de salud (público, privado o mixto); la cual consta de recursos humanos (profesionales de salud, administración y obreros), información (estadística, administrativa, infraestructura (dotación y mantenimiento) y otros proveedores.

Para concluir, independientemente de que ciertas prácticas mercantilistas (aunque no son éticamente aceptables), en salud son inaceptables.

Lo más importante es que se aplique el paradigma de la abundancia o más conocido el "ganar-ganar", algo que en salud se extiende al "escuchar-escuchar", "dialogar-dialogar" y "comprender-comprender", el derecho a la salud en un sentido holístico y que mantiene una homeostasis muy sensible, más en economías inflacionarias y críticas.

REFERENCIAS

1. Kant I. Metafísica de las Costumbres. Trad Adela Cortina. Madrid: Tecnos; 1989.
2. Schmidt L. Preguntas hacia la comprensión de la vida: Diálogo entre la Doctrina Social de la Iglesia y la Bioética. Rev Latinoam Bioética. 2010;10(1):66-83.
3. Schmidt L. Le contrôle de qualité des laboratoires d'analyse clinique [trabajo de grado]. Compiègne: UTC. D.E.A. Contrôle et Systems; 1978. 200 p. Bajo la dirección del Dr. Georges Dagras.
4. Schmidt L. La Dignidad como fundamento de la Biopolítica y el Derecho; 2007. Trabajo de Ascenso para Profesor Titular en la UCAB.
5. Boecio. Sobre la persona y las dos naturalezas. In; Fernández C. Los filósofos medievales, Selección de textos. Madrid: BAC; 1979. v. 1. p. 545.
6. Zubiri X. Naturaleza, historia, Dios. Madrid: Editora Nacional; 1987.
7. Hoerster N. En defensa del positivismo jurídico. Madrid: Gedisa; 1992.
8. Dworkin R. El dominio de la vida. Barcelona: Ariel; 1994.
9. Skinner BF. Más allá de la libertad y la dignidad. Barcelona: Fontanela; 1972.
10. Marina JA, Válgoma M. La lucha por la dignidad Barcelona: Anagrama; 2000.
11. Bobbio N. El tiempo de los derechos, Madrid: Editorial Sistema; 1991.
12. Spaemann R. Sobre el concepto de dignidad humana. Persona Derecho. 1988;(19).
13. Taylor CH. Las fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna. Barcelona: Paidós; 1996.
14. Valadier P. L'Anarchie des valeurs. París: Albin Michel.
15. Macklin R. Dignity is a useless concept. BMJ. 2003;327(7429):1419-20.
16. Zárraga P. Schmidt L. Alternativas de cambio en la gestión de salud pública en Venezuela: 20 experiencias locales exitosas (Caracas, Fundación Polar). 2001. 375 p.
17. Aristóteles. Ética a Nicómaco. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales; 1985.
18. Mounier E. Ouvres completes. Salamanca: Sígueme; 1977.
19. Rials S. Supraconstitutionnalité et systématicité du droit. Archives de philosophie du droit. 1986;31:57-76.
20. Dijon X. Droit natural. París: PUF; 1998.

ANEXO A

DECLARACIÓN DE GINEBRA

Adoptada por la 2ª Asamblea General de la A.M.M. en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948 y enmendada por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto de 1986 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 46ª Asamblea General de la AMM Estocolmo, Suecia, septiembre de 1994 y revisada en su redacción por la 170ª Sesión del Consejo Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2005, y por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, mayo de 2006.

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente;

VELAR ante todo por la salud de mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

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

CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas;

NO PERMITIRÉ que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

ANEXO B

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA

Adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM Londres, Inglaterra, octubre 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006.

DEBERES DE LOS MEDICOS EN GENERAL

EL MEDICO siempre DEBE aplicar su opinión profesional independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional.

EL MEDICO DEBE respetar el derecho del paciente competente a aceptar o rechazar un tratamiento.

EL MEDICO NO DEBE permitir que su opinión sea influenciada por beneficio personal o discriminación injusta.

EL MEDICO DEBE dedicarse a proporcionar un servicio médico competente, con plena independencia profesional y moral, con compasión y respeto por la dignidad humana.

EL MEDICO DEBE tratar con honestidad a pacientes y colegas, e informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño.

EL MEDICO NO DEBE recibir ningún beneficio financiero ni otros incentivos sólo por derivar pacientes o prescribir productos específicos.

EL MEDICO DEBE respetar los derechos y preferencias del paciente, de los colegas y de otros profesionales de la salud.

EL MEDICO DEBE reconocer su importante función en la educación de la opinión pública, pero debe obrar con la debida cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas, o tratamientos a través de canales no profesionales.

EL MEDICO DEBE certificar sólo lo que ha verificado personalmente.

EL MEDICO DEBE esforzarse por utilizar los recursos de salud de la mejor manera para beneficio de los pacientes y su comunidad.

EL MEDICO DEBE buscar atención y cuidados apropiadas si sufre una enfermedad mental o física.

EL MEDICO DEBE respetar los códigos de ética locales y nacionales.

DEBERES DE LOS MEDICOS HACIA LOS PACIENTES

EL MEDICO DEBE recordar siempre la obligación de respetar la vida humana.

EL MEDICO DEBE considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica.

EL MEDICO DEBE a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos. Cuando un examen o tratamiento sobrepase su capacidad, el médico debe consultar o derivar a otro médico calificado en la materia.

EL MEDICO DEBE respetar el derecho del paciente a la confidencialidad. Es ético revelar informa-

Revista BIOETHIKOS - Centro Universitário São Camilo - 2013;7(3):291-304

ción confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros y esta amenaza sólo puede eliminarse con la violación del secreto.

EL MEDICO DEBE prestar atención de urgencia como deber humanitario, a menos que esté seguro que otros médicos pueden y quieren prestar dicha atención.

EL MEDICO DEBE en situaciones cuando represente a terceros, asegurarse que el paciente conozca cabalmente dicha situación.

EL MEDICO NO DEBE tener relaciones sexuales con sus pacientes actuales, ni ninguna otra relación abusiva o de explotación.

DEBERES DE LOS MEDICOS HACIA LOS COLEGAS

EL MEDICO DEBE comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

EL MEDICO NO DEBE dañar la relación médico-paciente de los colegas a fin de atraer pacientes.

EL MEDICO DEBE cuando sea médicamente necesario, comunicarse con los colegas que atienden al mismo paciente. Esta comunicación debe respetar la confidencialidad del paciente y limitarse a la información necesaria.

Recebido em: 22 de março de 2013
Aprovado em: 27 de junho de 2013