Globethics Repository

Ética profesional y deontología médica [Professional ethics and medical deontology]

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	Martínez Gómez, Dr.C. Jesús Armando
Publisher	Centro de Bioética Juan Pablo II
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-15 03:55:09
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/163680

ÉTICA PROFESIONAL Y DEONTOLOGÍA MÉDICA: UNA REFLEXIÓN SOBRE EL ESTADO DE LA CUESTIÓN EN CUBA

Dr.C. Jesús Armando Martínez Gómez.
Doctor en Ciencias Jurídicas U.H. jesusarmando1963@gmail.com



Resumen.
En el trabajo se analizan y caracterizan la ética profesional y la deontología médica, determinando su relación y el ámbito específico de sus competencias, así como la naturaleza de los deberes y las responsabilidades de los profesionales de la medicina en cada una de estas instancias normativas de carácter ético, especificando su expresión en Cuba y en otros países, y en las normas aprobadas por órganos e instituciones internacionales que hoy constituyen un referente obligado en este campo. En todo ello nos basamos para formular las valoraciones y conclusiones que se infieren del análisis realizado.

Introducción.

La deontología suele identificarse muchas veces con la ética profesional y específicamente con la de carácter especializado, lo que constituye un reduccionismo de esta última. Sin embargo, no cabe duda que la deontología forma parte de la Ética general y en particular de la Ética profesional dentro de la cual adquiere su sentido: se refiere a los deberes (*tá déonta*) profesionales, que a su vez son una parte restrictiva de los deberes en general[1].

Por ello, para determinar su objeto y funciones específicas es preciso comenzar haciendo un breve recuento de las profesiones y la ética profesional, a fin de desentrañar en qué consiste su especificidad.

Las profesiones y la moral profesional.

Estudios realizados revelan que el origen de las profesiones estuvo estrechamente vinculado a la religión. Ello se evidencia en el término mismo de "profesión", que procede del verbo latino "profeteor", profesar, utilizado inicialmente para nominar a la "confesión pública de la fe o consagración religiosa", por lo que "profesa" vino a ser la persona "consagrada a un menester, y públicamente reconocida como tal". [2]

El sentido originario de consagración religiosa del término se acentúo durante la Edad Media, donde fueron profesiones por antonomasia la "professio monástica" y la "professio canónica". La primera de éstas se iniciaba a través del "compromiso público y solemne de guardar los votos y la regla" que, tras el año de prueba, hacía el novicio para ingresar a la vida monástica. La segunda comenzaba con el "reconocimiento público de la jurisdicción de un obispo por parte de su clero y sus fieles". Esta es la razón por la cual al final de la Edad Media, en las lenguas romances, el término "profesión" siguió conservando su sentido religioso de "confesión pública de la fe o consagración"[3].

Así, el profesional fue tenido por un "consagrado" en el sentido religioso del término, y el médico de las antiguas culturas griega y latina no fue una excepción al respecto. El proceso de secularización de la cultura occidental



comenzó a alterar el sentido religioso y en general extrajurídico del término "profesión", que con la modernidad se hace extensivo a las ocupaciones u oficios, lo que incluye la dedicación a las ciencias o a las artes. Con ello trasciende el estrecho marco al que se circunscribía antes, cuando sólo abarcaba a un número muy pequeño y verdaderamente excepcional de actividades humanas: el sacerdocio, la realeza (y la judicatura como derivación suya) y la medicina[4].

¿Qué entender entonces por profesión en la actualidad? Muchas personas contestarían esta interrogante como lo hizo Max Weber: "Es la actividad especializada y permanente de un hombre que, normalmente, constituye para él una fuente de ingresos y, por tanto, un fundamento seguro de su existencia"[5]. En la definición se vincula el ejercicio profesional al sustento que se logra a través de la realización de un tipo específico de trabajo: el especializado. Pero como bien señala Adela Cortina[6], la profesión es mucho más que eso. En primer lugar, porque el ejercicio profesional cobra su verdadero sentido cuando tiende a determinadas metas como pueden ser la salud del paciente, la gestión óptima de los recursos, la información adecuada a la población, entre otros, por lo que no se puede reducir sólo a ser un medio para conseguir fines exteriores –como el ingreso- porque ella misma tiene un fin en sí, dado por aquellas metas que constituyen su sentido y razón de ser.

En segundo lugar, porque no es sólo una actividad individual sino también colectiva, pues precisa de colegas para existir, los cuales conforman cierta comunidad dada la necesidad que tienen de alcanzar ciertas metas que requieren la utilización de conocimientos, métodos y un particular *ethos* o carácter profesional. Ello hace que pertenezcan a un determinado colegio (*collegium*) más o menos institucionalizado.

En tercer lugar, el ingreso a una actividad y comunidad profesionales dota al profesional de una identidad que genera en él un sentido de pertenencia. Por ello la profesión es social y moralmente mucho más que una fuente de ingresos y sustento. Es más bien, como señala Cortina, "una actividad social cooperativa cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad"[7].

Por tanto, la importancia moral y social de las profesiones está dada por el bien que proporcionan a la sociedad, por ser fuente para la identidad y la vida comunitaria, para el trabajo social y la conformación de determinadas virtudes que garanticen la excelencia de la actividad que se realice, sin lo cual no se podrían alcanzar ciertas metas. El profesional se debe a la tarea que realiza y debe ejecutarla de manera excelente porque responde a un interés social que trasciende sus intereses individuales como persona, de ahí que los beneficios que le pueda reportar su desempeño se justifican cuando se supeditan, no perjudican o no interfieren en la realización de la finalidad de la profesión. Para ello resultan imprescindibles las virtudes, que son la base moral de la conformación del *ethos* profesional, que en la Edad moderna queda liberado del contenido religioso anterior que ahora subyace

sólo en el sentido de la trascendencia que la meta o finalidad de la profesión sigue teniendo con respecto a los intereses del individuo, y la consagración exigida para su consecución.

Así, cuando se habla de profesión no se deben perder de vista los rasgos o aspectos que la configuran:

a) Actividad comunitaria, no aislada.
b) Busca la realización de un bien o finalidad indispensables para la sociedad (bien interno).
c) Su realización precisa de hábitos o excelencias (virtudes) de quienes la desempeñan.
d) Genera una peculiar identidad y sentido de pertenencia entre los que se ocupan de ella.

Por tanto, la ética profesional deviene aspecto indisoluble de la actuación profesional y garante de su finalidad, consistente en un servicio o prestación que se encamina a la realización del bien común. Las virtudes constituyen el fundamento moral del *ethos* profesional, que hoy se configura por los requisitos siguientes:

- La profesión no es sólo un medio de sustento sino una actividad humana social con la que se presta a la sociedad un bien específico e indispensables.
- La sociedad está legitimada para exigir a los profesionales que presten ese bien.
- Los profesionales deben vivir su actividad con vocación, pues precisan de aptitudes para la realización de ese bien, de forma institucionalizada, anteponiéndolo a cualquier interés egoísta.
- Para el ejercicio profesional se requiere la mayoría de las veces seguir cierta preparación, generalmente a través de estudios reglados, de los que depende la licencia para ejercer[8].
- Los profesionales suelen formar con sus colegas un colectivo que habitualmente adquiere la forma de colegio profesional, el cual puede realizar actividades en interés de sus miembros, crear códigos de ética y deontológicos, formar comités para controlar el ejercicio de la profesión, etc.
- El ingreso a una profesión es un factor de identidad social y de pertenencia a un grupo.[9]

El *ethos* profesional exige de la excelencia, que es la vía para lograr la perfección de aquello que se hace. Por eso la ética profesional no se puede reducir al cumplimiento de lo preceptuado en los códigos deontológicos. Requiere de la formación del carácter o talante de la profesión, para lo que resultan imprescindibles los anteriores requisitos. Lo contrario sería asumir una actitud legalista, de simple cumplimiento de lo establecido o normado.

Para llegar a conformar ese *ethos* específico, los profesionales en su formación universitaria deben desarrollar competencias de cuatro tipos:

a) Cognitivas: "saber" (conocimientos científicos, metodológicos, instrumentales, legales, etc.).
b) Técnicas: "saber hacer" (habilidades técnicas para aplicar los cono-cimientos).
c) Sociales: "saber estar" (habilidades sociales, capacidades de interacción, colaboración con personas e instituciones).
d) Éticas: "saber ser profesional" (valores, actitudes y estilos de comportamiento).[10]

Tradicionalmente han tenido preponderancia en la formación universitaria las competencias cognitivas y técnicas. La visión tecnicista de muchas profesiones y su ejercicio han llevado a la desestimación de las competencias éticas de los profesionales, a calificarlas de menor rango, presuponiendo que se pueden aprender después con el propio ejercicio de la profesión. Con ello se olvida que la profesión, como señala Diego Gracia, "no es un oficio, ni una simple ocupación" pues tiene en toda sociedad "un carácter a la vez privilegiado y excepcional, que exige de los individuos nada menos que la excelencia". Ello explica la impunidad de que han gozado los profesionales a lo largo de toda la historia, y por su puesto la alta impunidad jurídica exige la excelencia moral[11].

Deontología médica.

La palabra deontología es de origen griego (*deonthos* = deber y *logos* = tratado) y se traduce como tratado de los deberes, que cuando se aplica a una profesión específica apunta al conocimiento de lo que es justo y conveniente para su ejercicio, lo que se describe en un texto que contiene un conjunto de reglas y normas denominado Código Deontológico, el cual debe ser oficialmente aceptado por las sociedades científicas o los colegios médicos. Su finalidad es garantizar la buena práctica de la profesión.

Así, este término introducido en 1834 por Jeremías Bentham y aplicado a la profesión médica de modo restringido hoy es ampliamente utilizado para referirse a las reglas y normas que regulan las relaciones profesionales, que en el caso específico de la deontología médica comprenden la relación del médico o profesional sanitario con los enfermos, con la sociedad, con los colegas de profesión, con los restantes profesionales de la sanidad y con la administración, etc.[12]

En los siglos XVII y XVIII, la ética de la virtud cedió paso a la ética de los "derechos" y "deberes"[13]. Este fue uno de los legados fundamentales del movimiento ilustrado en materia de filosofía moral. Por otra parte, ya entonces se puso en claro, sobre todo con la obra de Kant, que hay dos clases bien diferenciadas de obligaciones: las internas y las externas. Las primeras tienen que ver con nuestra vida moral y nos exigen que demos cuenta a sí mismos de nuestros actos. Las segundas, en cambio, son las propias de la esfera jurídica y a través de ellas la comunidad nos pide cuenta por lo que hacemos.

Las obligaciones morales se corresponden con nuestra vida privada, mientras que las jurídicas son las propias de la dimensión pública de nuestra existencia, por eso los imperativos de las primeras pertenecen a una ética de máximos, mientras que los de las segundas se corresponden con una ética de mínimos.

Las éticas de mínimos corrigen, de ahí que sus imperativos puedan apo-

yarse en el recurso de la coacción, pero las de máximo nos perfeccionan, por eso su fundamento no puede ser otro que el libre albedrío. Esto explica por qué las éticas de mínimo son heterónomas y las de máximo autónomas. Hecha esta distinción, a partir de la modernidad la responsabilidad moral ya sólo tendrá vigencia en el fuero interno de la conciencia, en tanto que el fuero externo será competencia exclusiva de la responsabilidad jurídica; de ahí que a partir de este momento la corrección de los actos pase de la ética al Derecho. Según Diego Gracia, lo anterior no fue una simple cuestión de hecho sino un cambio de principios porque se pasará "de una responsabilidad profesional meramente ética a otra estrictamente profesional", lo cual no podría juzgarse de otro modo que no fuera "el estrictamente positivo"[14].

Esta es la razón por la que en un Estado de Derecho "la responsabilidad médica sea estricta y formalmente jurídica"[15], lo cual, por supuesto, no la lleva a perder su contenido ético que también será básico, pero insuficiente para corregir la moral de los actos del médico. Las funciones de la responsabilidad ética caerán más en el marco de lo perfectivo, lo preventivo, propio de la esfera privada, y no de lo crítico y lo correctivo, más comprometidos con el fuero externo o público. Pero los médicos se encargaron de buscar desde el siglo XIX un eslabón intermedio entre la responsabilidad estrictamente ética y la jurídica a través de la *Deontología médica*.

Como bien señala Andrés Ollero, la deontología profesional posee una "…acrobática ubicación que bordea la afilada rasante entre la moral y el Derecho"[16], lo que explica que los Códigos de deontología operen con procedimientos "parajurídicos". Así, en el ámbito sanitario el médico que comete falta es juzgado por sus propios colegas de acuerdo a un código legalmente establecido y sancionado por estos. Aquí las autoridades profesionales asumen determinadas funciones sancionadoras para evitar que determinadas faltas pasen a la jurisdicción ordinaria[17]. Sin embargo, esto no exonera totalmente al médico de tener que responder ante la jurisdicción penal, civil o administrativa cuando las irregularidades de sus actos profesionales así lo requieran.

Las normas deontológicas justifican el rol que el profesional debe cumplir, es decir, que sirven de rasero para determinar sus derechos y obligaciones tomando como referente la correspondencia o no de su actuación con lo que es considerado buena práctica por la comunidad profesional o su colegio. Son normas que tienen una naturaleza ecléctica porque se nutren de reglas sociales, morales y jurídicas que se distinguen por su objeto de regulación: la actividad profesional[18].

Los Códigos de deontología médica se suelen referir a cuatro tipos de deberes del médico:

1. *Deberes generales de los médicos*. Por lo general incluyen cuestiones relativas a la publicidad, clientela, consultorio médico, tortura, declaraciones, etc.
2. *Deberes hacia los enfermos*. Hacen referencia a la preservación de la vida humana, a la dedicación al paciente de toda la ciencia, a respetar las confidencias.
3. *Deberes de los médicos entre sí*. Comprende las reglas de la confraternidad, las prácticas de dicotomía y captación de enfermos, el ejercicio de la medicina en equipo, las consideraciones a sustitutos y colaboradores, etc.
4. *Deberes con la colectividad*. Tienen que ver con cuestiones derivadas de la medicina social, de la medicina preventiva, de la pericia médico-legal.[19]

Evolución histórica de los códigos deontológicos.

El primer código de deontología médica parece haber sido el *Juramento hipocrático*, escrito entre los siglos V y IV a.C. El documento en cuestión se dirigió a establecer una especie de compromiso moral entre los médicos ejercitantes y sus discípulos. El trasfondo ético se revela tanto en la forma como en el contenido de sus preceptos. El neófito jura ante los dioses, tomándolos por testigos del compromiso moral y religioso que hace de forma solemne. Como beneficio por su cumplimiento les pide que le permitan gozar de su vida y arte, y de la consideración de todos los hombres, y como castigo por su incumplimiento que le ocurra todo lo contrario. Con ello se le confiere un carácter sagrado a su arte que requiriere de consagración para el bien hacer, por lo que el médico promete, como parte de su compromiso, llevar su vida y arte de forma pura y santa.

En el contenido del compromiso se destacan relaciones: con su maestro, con sus discípulos -en los que se incluyen los hijos de los maestros y los propios-, y con el enfermo. Con los primeros se compromete a considerarles como a sus progenitores y prodigarles en consecuencia los mismos cuidados que a ellos, y con los segundos a enseñarles su arte y a considerar como hermanos a los hijos de su maestro. O sea, que con los colegas y discípulos las relaciones se fundan en la gratitud, pues en agradecimiento a la formación recibida se compromete a formar a los hijos de su maestro, a los propios y a los discípulos que hayan suscrito el compromiso y queden sometidos por el Juramento a cumplir sus preceptos.

La relación con los enfermos se sustenta en dos principios de probada vigencia aun en la actualidad: la beneficencia y la no maleficencia. En esencia el médico asume el compromiso de actuar buscando el bien y abstenerse de ocasionar daños intencionales al paciente, pues se compromete a no practicar la eutanasia ni el aborto, a mantener en secreto lo que conozca sobre su vida, a no incurrir en actos de corrupción y en particular a no establecer relaciones sexuales con éste. Así, no cabe duda de que los valores en que se centra la actuación médica son la vida, la integridad física, la salud e intimidad del enfermo, para cuya observancia se recaba la integridad moral del médico.

El texto del Juramento hipocrático se transcribe prácticamente en la Declaración de Ginebra, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en septiembre 1948, y enmendada luego en Sidney

en 1968, en Venecia en 1983, y en Estocolmo en 1994, aunque bajo otro lenguaje. Por supuesto, ya aquí desaparece la formalidad religiosa pues el médico jura por su honor, de forma solemne y libre, aunque subyace todavía su espíritu en el compromiso de consagración al servicio de la humanidad. Esta importante Declaración fue reelaborada en Londres, en 1949, por Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, para darle la forma de Código Internacional de Ética Médica.

El Código Internacional comprende deberes generales, deberes para con el enfermo y deberes para con sus colegas, además de prácticas consideradas no éticas. Dentro de los primeros se refiere al deber de mantener los estándares más elevados de conducta profesional, no permitir que motivos de lucro desvirtúen su ejercicio profesional en interés del paciente, consagrarse a proveer una asistencia competente en el orden técnico y moral, ser honesto y combatir el fraude y el engaño. Con relación a los segundos recoge la obligación de preservar la vida humana, el deber de lealtad y de poner a disposición del paciente los recursos de su ciencia, guardar secreto acerca de lo que conozca sobre su paciente, prestar ayuda de emergencia como deber humanitario cuando no esté seguro de que otros lo harán. En los terceros relaciona el deber de comportarse con los colegas como quisiera que ellos lo hicieran con él, no sustraerle sus pacientes y observar los principios de la Declaración de Ginebra. Como prácticas consideradas no éticas comprende la auto-publicidad, a menos que lo permitan las leyes y el Colegio de Ética Nacional; cobrar por la derivación de un paciente o por darle una prescripción o recomendación; respetar los derechos del paciente, de los colegas y otros profesionales; obrar guiado por el interés del paciente cuando suministre asistencia médica que pueda debilitarlo física y mentalmente; no divulgar nuevas técnicas o descubrimientos por canales no profesionales; y el deber de certificar sólo lo que ha verificado personalmente.

Hoy es considerable la lista de documentos internacionales aprobados que tienen un valor deontológico. Entre otros, se pudieran destacar los siguientes:

1. Código de Nüremberg, sobre la experimentación humana, adoptado por el Tribunal Internacional de Nüremberg en 1947.
2. Declaración de Ginebra, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en septiembre 1948, y enmendada luego en Signey (1968), en Venecia (1983), y en Estocolmo (1994).
3. Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la 3ª Asamblea General de la AMM en Londres, en octubre de 1949, enmendado en Sydney (1968) y Venecia (1983).
4. Declaración de Helsinki: Principios Éticos para las Investigaciones Biomédicas en Seres Humanos, adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, en junio de 1964, y enmendada en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989), Somerset West (1996), Edimburgo (2000), Washington (2002), Tokio (2004), Seúl (2008), Fortaleza (Brasil) 2013.
5. Declaración de Sidney: Proposición sobre la muerte, adoptada por la 35ª Asamblea General de la AMM en agosto de 1968, y enmendada en Venecia en 1983.
6. Declaración de Oslo: Proposición sobre el Aborto Terapéutico, adoptada por la 24ª Asamblea General de la AMM en 1970, y enmendada en Venecia en 1983.
7. Declaración de Tokio: Pautas para Médicos Respecto de las Tortura y otras Formas de Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante, en los Casos de Detención y Prisión, adoptada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en octubre de 1975.
8. Declaración de Lisboa, sobre los derechos del paciente, adoptada por la 34ª Asamblea General de la AMM, septiembre/octubre de 1981.
9. Resolución 37/194, Principios de Ética Médica, adoptada por la Asamblea General de la ONU (sobre el Informe del Tercer Comité –A/37/727-) en diciembre 1982.
10. Declaración de Hawai, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1983.
11. Declaración de Venecia, sobre enfermedades terminales, adoptada por la 34ª Asamblea General de la AMM en 1983.
12. Proposición sobre el Tráfico de Órganos Vivos, adoptada por la 37ª Asamblea General de la AMM en Bruselas, en 1985.
13. Declaración sobre la Eutanasia, adoptada por la 39ª Asamblea General de la AMM en Madrid, 1987.
14. Declaración sobre el Trasplante de Órganos, adoptada por la 39ª Asamblea General de la AMM en Madrid, 1987.
15. Proposición Provisoria sobre el SIDA, adoptada por la 39ª Asamblea General de la AMM en Madrid, 1987.
16. Proposición sobre la Orientación y el Asesoramiento Genético e Ingeniería Genética, adoptada por la 39ª Asamblea General de la AMM en Madrid, 1987.
17. Declaración sobre el Papel de los Médicos en los Problemas Ecológicos y Demográficos, adoptada por la 40ª Asamblea General de la AMM en Viena, en 1988.
18. Proposición y puntos de vista de la Asociación Mundial de Psiquiatría sobre los derechos y la protección legal de los enfermos mentales, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en Atenas, en 1989.
19. Declaración de Malta sobre los huelguistas de hambre, adoptada por la 43ª Asamblea General de la AMM en 1991 y revisada en Marbella, en 1992.
20. Resolución 46/119, La Protección de los Enfermos Mentales

y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, adoptada por la Asamblea General de la ONU (sobre el Informe del Tercer Comité –A/46/721-) en diciembre de 1991.

21. Declaración sobre el Proyecto Genoma Humano, adoptada por la 44ª Asamblea General de la AMM en Marbella, en 1992.
22. Proposición sobre el suicidio, adoptada por la 44ª Asamblea General de la AMM en Marbella, en 1992.
23. Proposición sobre Mala Praxis, adoptada por la 44ª Asamblea General de la AMM en Marbella, en 1992.
24. Proposición sobre la Defensa de los Derechos y de la Confidencialidad del Paciente, adoptada por la 45ª Asamblea General de la AMM en Budapest, 1993.
25. Proposición sobre la Ética Médica en Situaciones de Catástrofe, adoptada por la 46ª Asamblea General de la AMM en Estocolmo, septiembre de 1992.
26. Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, adoptada por la UNESCO en 1997.
27. Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, aprobado en Oviedo (Asturias), abril de 1997.
28. Recomendación No 1418, Protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptada por la 24 Sesión de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, junio de 1999
29. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencia Médicas (CIOMS), en colaboración con la Organización Mundial de la salud, Ginebra 2002.
30.
31. Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, adoptada por la UNESCO, octubre de 2003.
32. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, adoptada por la UNESCO, noviembre de 2005.

En 1994, la 46ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial resolvió mediante una resolución que debía consagrarse a "mantener altas las normas de la ética médica, anunciadas en sus Declaraciones y Proposiciones, y exhorta a todos los médicos a que se consagren en sus actividades profesionales a la observación más escrupulosa de todos los principios" contenidos en los documentos aprobados por ella, y recomienda con insistencia a las Asociaciones Médicas Nacionales que contribuyan a difundir esos principios tanto entre los médicos como en la sociedad en general, asegurándose de que los primeros cumplan con ellos[20].

La mayoría de los Estados ha establecido sus Códigos nacionales de ética médica de conformidad con los principios contenidos en los documentos internacionales aprobados.

Deontología médica en Cuba.

Según investigaciones realizadas por Acosta Sariego, las regulaciones éticas de la atención médica comienzan en nuestro país con la instauración definitiva del Real Tribunal del Protomedicato de La Habana en 1711, pasando luego a las Reales Juntas Superiores Gubernativas y las Juntas de Sanidad del siglo XIX, a la Secretaría de Sanidad y Beneficencia y las asociaciones o colegios médicos regionales de principios del siglo XX, hasta la fundación de la Federación Médica de Cuba en 1925, y posteriormente del Colegio Médico Nacional en 1944. En este período la ética médica cubana se desarrolló conforme al paradigma clásico paternalista, si bien con matices propios.[21]

El primer documento deontológico del pasado siglo, el Código Moral que en 1912 promueve el autotitulado Colegio Médico de Cuba, no llegó a tener un alcance nacional dado que aún no se había logrado la unidad gremial en el sector de la salud, alcanzada hacia el año 1925 con la fundación de la Federación Médica de Cuba, antecesora del Colegio Médico Nacional fundado en 1944.

El mencionado Código está dividido en cinco capítulos que recogen las obligaciones del médico para con el colegio, la profesión y los compañeros, las penalidades y asuntos varios. En 1957, la XLII Asamblea Nacional aprueba el Juramento de Honor, el Código de Moral y Ética y las Reglas de Etiqueta Profesional del Colegio Médico Nacional, documento que sólo difiere en lo sustantivo del anterior en que incluye la defensa de la salud pública como uno de los fines del colegio, y añade otros aspectos como: "sobreponer la salud y el bienestar de los enfermos, cualesquiera que sean sus condiciones sociales e ideas políticas, su nacionalidad, raza, religión, reputación y sentimientos que los inspire, a cualquier otro interés no primordial", además de establecer restricciones a la práctica del aborto[22], lo que se corresponde con la orientación de la Declaración de Ginebra[23].

Con el triunfo de la revolución la orientación pública, gratuita, de la atención sanitaria entró en contradicción con la proyección burguesa del Colegio Médico Nacional y sus instrumentos de regulación, lo que lleva a su disolución y sustitución en 1962 y la agrupación de los profesionales de la salud en sociedades científicas por especialidades a partir de esa fecha[24]. En el Juramento de los primeros médicos graduados por la revolución en 1965, estos se comprometen a renunciar al servicio privado de la profesión y extender el Servicio Médico Rural dos años más de ser necesario, retribuir al pueblo con su labor por la oportunidad de poder estudiar, impulsar la medicina y estomatología preventivas, mantener vigente el espíritu de superación científica, dar cumplimiento a los altos principios del internacionalismo proletario con su ejercicio profesional y defender la Revolución Socialista y Comunista[25].

Valorando el nuevo juramento, José Ramón Acosta señala acertada-

mente que lo más radical estuvo dado por el compromiso de los graduados a:

1. Renunciar al ejercicio privado de la medicina.
2. Cumplir servicio social en los lugares donde fuera necesario.
3. Promover el carácter preventivo de las acciones de salud.
4. Practicar la solidaridad internacional en el campo de la salud.[26]

Tres años después, en 1968, tuvo lugar el Juramento Médico del Centenario, en el se establece abiertamente que el ejercicio privado de la medicina "no puede satisfacer las necesidades de la salud de una nación". El contenido del mismo se estructura en tres puntos:

1. Dedicar los mayores esfuerzos al bienestar colectivo, poniendo nuestra profesión enteramente al servicio de la salud de nuestro pueblo.
2. Contribuir al desarrollo científico y a la dignidad tradicional de la nación cubana, no buscando en otro país una situación material mejor que la que el nuestro pueda ofrecernos.
3. Permanecer en todo momento junto a nuestro pueblo, no abandonándolo nunca cualesquiera que sean sus destinos históricos.[27]

Es la época de la ofensiva revolucionaria a la que los médicos se suscriben en el documento, en el que se acentúa el compromiso de fidelidad al pueblo y al bien común de la nación, lo que se explica por el éxodo de profesionales de la medicina en esta etapa y el programa de salud para todos implementado desde los primeros momentos por el gobierno revolucionario.

No es hasta el año 1983, en el que se aprueban los *Principios de la Ética Médica* -previamente discutidos en asambleas por los profesionales y técnicos de la salud-, que podemos hablar de una norma fundamental deontológica en el período revolucionario. En el documento se declara que el carácter socialista de la medicina cubana es la base material en la que se sustenta la moral y la ética de sus profesionales. Se dirige a normar moralmente la relación del médico con el paciente y sus familiares, con el resto de los trabajadores de la salud, con los educandos y con la sociedad.



Todavía resulta predominante el paradigma paternalista en él, aunque también contiene planteamientos que prescriben la obligatoriedad del consentimiento informado en determinados supuestos: aplicación de medios diagnósticos y terapéuticos que impliquen un alto riesgo para el paciente, con la excepción de los casos de fuerza mayor. La obligación general de informar se ve seriamente limitada por la disposición de mantener absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el enfermo en los casos de enfermedades de curso fatal, en los cuales el médico deberá seleccionar a quién darle la información con el tacto necesario. También se le obliga a guardar el secreto profesional a no ser que con ello se ponga en peligro la salud de otras personas.

La observancia de los mencionados preceptos resulta hoy a todas luces muy cuestionada dado el desarrollo que ha adquirido la formación en bioética en el país, y las normativas internacionales que priorizan el respeto a la autonomía del paciente a través de la práctica universalizada del consentimiento informado que es, por demás, un derecho del paciente. O sea, que la obligación de contar con el consentimiento informado del enfermo para poder aplicar cualquier proceder médico diagnóstico o terapéutico no responde hoy al mero acuerdo



de los profesionales sino a un derecho subjetivo del paciente.

Los Códigos deontológicos contemporáneos suelen incorporar el deber de respetar la autonomía del paciente -mediante el consentimiento informado- dentro de los deberes del médico, estableciendo el contenido y la forma de esta obligación, seguidas de la de respetar la decisión informada del paciente, salvo en el caso en que concurra alguna de la excepciones previstas. También manifiestan de manera expresa las obligaciones generales del médico para con el derecho a la muerte digna del paciente, sin menoscabo de su derecho a la vida y a la salud, cuyo respeto es visto como el fundamento básico de su ejercicio profesional. Sin embargo, no hay uniformidad respecto a la obligación de respetar la vida del no nacido vivo (*nasciturus*), lo que por lo regular se corresponde con la política seguida por un determinado país con respecto al aborto. En Bolivia, Brasil, Chile, España, México, Venezuela y Uruguay, por ejemplo, el Código deontológico prevé la posibilidad de que el galeno, amparado en el principio de objeción de conciencia, pueda negarse a realizar actos que vayan en contra de sus convicciones éticas, morales o religiosas aunque las leyes los permitan y/o exijan, siempre que lo informe con anterioridad o se prevea un sustituto para no privar a la persona con derecho a una determinada prestación –por ejemplo, el aborto- a recibirla.

De manera general se observa la tendencia del ajuste constante de los Códigos Nacionales al contenido de los documentos internacionales que se aprueban a instancia de la Asociación Médica Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la ONU, la UNESCO y otros organismos de alcance regional o transnacional, sobre todo en materia de investigación en seres humanos, aborto y asistencia a la reproducción, atención al paciente terminal, muerte digna y eutanasia, trasplante de órganos y tejidos, actitud ante la tortura y el tratamiento de reclusos, y derechos del paciente, entre otros aspectos, de los que adolecen nuestros Principios de Ética Médica ya superados en el orden técnico y sustantivo por las normas y prácticas internacionales.

La resolución No 72 de 1983 del Ministerio de Salud Pública dispuso la creación de Comisiones de Ética Médica en todas las unidades del Sistema Nacional de Salud que prestaran servicio a la población, compuestas por 5 miembros, 3 en activo y 2 suplentes, los cuales se debían elegir por un período de 2 años de una candidatura confeccionada a propuesta de la administración y el sindicato de la unidad, en asamblea general de trabajadores, convocada por la sección sindical de la unidad. Se crearon con el objetivo de que velaran por el cumplimiento de los Principios de la Ética Médica. A tal efecto estableció que toda denuncia o queja sobre la infracción de estos principios fuera trasladada a la Comisión de la unidad, la que en consecuencia debía reunirse para conocer y analizar la denuncia o queja, llevando a cabo la investigación y elaboración del expediente correspondiente, para lo cual disponía de un período de 20 días a partir de la fecha de recepción de la misma.

La resolución no previó –como tampoco lo hace el Código deontológico cubano- un sistema de sanciones a aplicar en el orden ético, exigiendo a las Comisiones sólo determinar si existía "violación de los principios de la ética médica y su carácter", y trasladar su criterio a la dirección de la administración y del sindicato, que a partir de ese momento actuaría de acuerdo con la legislación laboral vigente.

Si bien es cierto que dado el carácter no colegiado de la comunidad médica cubana resultan inaplicables algunas de las sanciones previstas en otros códigos -amonestación, censura, multa, suspensión de calidad de asociado al colegio, inhabilitación para desempeñar cargos gremiales (Chile); hasta suspensión del ejercicio profesional (Venezuela) o la división en faltas extremadamente graves, graves, moderadas o leves (Perú)-, también lo es que este tipo de sanciones o equiparables se encuentran previstas en la norma administrativa. Sin embargo, ello no justifica que la norma deontológica no establezca expresamente algún tipo "sanción" moral a aplicar que, como la amonestación para los casos menos graves, y la censura para los más graves, o que establezca una gradación de las faltas morales según la gravedad, siguiendo un sistema parecido al de Perú. También debió establecer las formalidades correspondientes para el establecimiento del fallo de la comisión, determinando su forma oral y/o escrita, y demás particulares.

La resolución No 138 del 2009, del Ministerio de la Salud, reorganiza las Comisiones de Ética Médica a nivel de unidad, municipio, provincia y nación, teniendo como premisa que fueran integradas por profesionales y técnicos de distintas disciplinas de la salud, así como por otros profesionales de las ciencias humanísticas que se desempeñaran en este sector y otros trabajadores prestigiosos, que mantuvieran una destacada conducta laboral y social y que gozaran del reconocimiento de sus respectivos colectivos por su trayectoria y actitud mantenidas. En tal sentido, se aumentó su número de miembros y se cambió el criterio de selección, pues ahora quedarían integradas por un Presidente, un Secretario y un número impar de miembros que no debe exceder de 9 en las unidades y direcciones municipales, de 11 en las provinciales, y de 15 en la Comisión Nacional, que además de los mencionados cargos contará también con un Vicepresidente.

La resolución también amplió el número de funciones a cumplir por la comisión, que a parir de este momento deberá:

a) Participar, de forma activa, programada y sistemática, en la educación ético-moral de profesionales, técnicos y trabajadores en general del sector.
b) Establecer relaciones de coordinación con las Universidades de Ciencias Médicas para el trabajo educativo ético-moral con los estudiantes y docentes.
c) Realizar evaluaciones periódicas, en coordinación con la dirección del centro o del territorio, del estado de la educación

ético-moral en su radio de acción, identificando los principales problemas que existen en este sentido y proponiendo medidas para su solución.

d) Asesorar en las decisiones éticas de la práctica asistencial, cuando se solicite por el Consejo de Dirección del centro, algún profesional, técnico o trabajador del colectivo correspondiente, así como por los pacientes o sus familiares.

e) Velar por la observancia de los principios éticos previstos para las investigaciones, los eventos científicos y las publicaciones que se desarrollen a su nivel.

f) Promover el desarrollo de investigaciones y eventos científicos sobre aspectos de interés relacionados con la ética médica.

g) Velar porque las informaciones y mensajes relacionados con la salud, que aparezcan en los medios masivos de difusión cumplan con los Principios de la Ética Médica.

h) Dictaminar, cuando se le solicite, sobre la presunta violación de los Principios de la Ética Médica, previa determinación por la dirección administrativa de que no ha existido violación de la disciplina. Esta función sólo faculta a las Comisiones a emitir criterios sobre si ha ocurrido o no violación de algunos de estos principios, absteniéndose de sugerir cualquier tipo de medida, función que corresponde a las direcciones administrativas institucionales, municipales, provinciales o nacionales, según las disposiciones legales establecidas.

Del inciso h) se desprende que si la comisión no aplica sanciones por las faltas morales o violación de principios éticos, recae entonces sobre los aplicadores del Derecho administrativo esta tarea cuando la falta ética implique también la violación de una norma del reglamento disciplinario interno de esa unidad, que a su vez prevé sanciones atendiendo a faltas morales o violación de principios éticos. Así, por ejemplo, en el artículo 3 del Decreto-Ley 113 de 1989, Sobre la disciplina de los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud, se incluían dentro de las infracciones de la disciplina laboral "no respetar el decoro, el pudor y la dignidad de los pacientes, o realizar actos graves y ostensibles contrarios a la moral" (inciso a)) y "maltratar a pacientes o a sus familiares" (inciso ch)). En ambos casos estábamos ante conductas que constituían violaciones de principios éticos. De igual forma, el Reglamento del Régimen de Residencia comprende entre los deberes de médicos y estomatólogos en régimen de residencia: "Cumplir los principios de la Ética Médica en todos sus aspectos y contribuir con su ejemplo personal a la educación de su colectivo de trabajo e influir positivamente sobre la conducta de los trabajadores y educandos con los que se relaciona"[28], y entre las faltas de carácter grave: "Realizar algún hecho denigrante que afecte el prestigio y la moral del residente"[29]. Estas faltas podrían también ser juzgadas por la Comisión de Ética Médica.

Consideramos que cuando por su gravedad e importancia una conducta violatoria de un principio ético deba quedar también contemplada en el reglamento disciplinario su tipificación debe ser muy precisa y no abstracta y, por otra parte, que hay sanciones que obedecen a un imperativo estrictamente moral, por lo cual no deben ser juzgadas administrativamente. En otras palabras, por ejemplo, para que se analice administrativamente una violación del debido respeto al decoro, pudor o dignidad, este tipo de conducta debe ser muy bien tipificado. Así, las expresiones de "actos graves" o "hecho denigrante que afecte el prestigio y la moral" resultan muy difíciles de determinar cuando se produce una infracción si no se define para cada caso el tipo específico de calificación primero en la norma.

No cabe duda de que sería conveniente que tanto el Código deontológico como los reglamentos disciplinarios fueran mucho más precisos porque existen faltas a las que sólo cabría valorar a nivel ético sin necesidad de que recibieran sanciones administrativas, pues lo contrario le quita fuerza al análisis deontológico que hoy se circunscribe a amonestar de hecho al profesional de la salud.

A modo de conclusiones

Las profesiones necesitan de la ética para el logro de su cometido o finalidad social. La ética profesional es una ética de virtudes, imprescindible para la formación del *ethos* profesional comprometido con la excelencia.

El profesional debe consagrarse a su tarea, sólo así logra el perfeccionamiento de lo que hace en bien de la sociedad. La estima social es la recompensa más preciada para él porque en ella se expresa el grado de satisfacción y gratitud de la sociedad por los servicios prestados.

La deontología profesional norma la actividad de los profesionales para garantizar la realización de la finalidad que le es inherente. Se trata de la ética mínima, consensuada o aprobada por la comunidad profesional para garantizar el óptimo desempeño técnico y moral de sus integrantes.

El Código deontológico cubano necesita actualizar sus preceptos en correspondencia con las normas internaciones de ética médica e incorporar la experiencia acumulada nacional y extranjera en materia de deontología médica. Es obvio que las sociedades científicas creadas no pueden suplir la presencia del colegio médico, entre las funciones del cual está la de velar por que la formación ética y científica y la praxis profesional de los colegiados estén acordes con los estándares de buenas prácticas clínicas, cuyos criterios de validación ética no son otros que los principios aprobados por los organismos internacionales de la salud, la ciencia, la cultura y la ONU, toda vez que en ellos se expresa el consenso de la comunidad médica internacional en materia de deontología médica.

Las diferencias ideológicas con respeto al Colegio Médico Nacional de 1944 no debieron llevar a la renuncia de la organización colegial de los profesionales de la salud. Consideramos que más bien se debió fundar un

nuevo tipo de Colegio Médico, atemperado a las necesidades del ejercicio de la medicina en la nueva sociedad y no renunciar a la institución colegial en sí. No se puede aspirar a reunir la comunidad médica nacional para aprobar cada nueva norma ética y/o adecuar las existentes a las exigencias de la praxis nacional e internacional de la medicina, de ahí la necesidad de la representación de esa comunidad a través de un órgano que sea el encargado de realizar estas y otras funciones. Las consecuencias de no haberlo hecho se aprecian en el atraso normativo que en la materia en cuestión hoy tiene el país.

Sin embargo, el problema de lograr un ejercicio excelente de la profesión no se resuelve sólo con normas que expresen un sistema de deberes. Es preciso formar una cultura que integre los cuatro pilares de las competencias requeridas para el buen desempeño de la profesión: saber, saber hacer, saber estar y saber ser profesional, pues junto con la capacitación científico técnica el profesional debe asumir el *ethos* en el que se sustenta su particular modo de vida, que es el que lo capacita para consagrarse a la perfección de su labor. ◂

Notas

1 Barrio Maestre, José María. "Analogías y diferencias entre ética, deontología y bioética", en Tomás Garrido, Gloría María (Coord.). *Manual de bioética*. 1ª edición, Editorial Ariel, Barcelona, 2001, p. 27.

2 Gracia, Diego. "El juramento hipocrático en el desarrollo de la medicina", en Figueroa M., Maximiliano, "Educación Médica V. C", *Anales de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1997; No 15, pp. 8-15.

3 Ibídem.

4 Ibídem, p. 10.

5 Weber, Max. Ética Protestante y el espíritu del capitalismo. Península, Barcelona, 1962, p. 82.

6 Cortina, Adela. "El sentido de las profesiones", en Cortina, Adela y Conill, J. (Directores). *El sentido de las profesiones*. Verbo Divino, Navarra, 2000, pp. 14-15.

7 Ídem, p. 15.

8 Ello ha llevado a entender por profesión la actividad que requiere de un "cometido técnico específico, aprendido conforme a normas impuestas por los poderes públicos" (*Cf.* Gracia, Diego. Ética y vida 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. 1ª edición, Editorial El Buho, Santa Fé de Bogotá, 1998, p. 46), concepción que se puede encontrar de forma explícita o implícita en la definición de "profesión" que aparece en cualquier diccionario contemporáneo de la lengua española.

9 *Ibídem*, pp. 27-28

10 García López, Rafaela; Sales Ciges, Auxiliadora; Moliner García, Odet y Fernández Barrueco, Reina. "La formación ética profesional desde la perspectiva del profesorado universitario", en *Teoría educacional*, Vol. 21, No. 1 de 2009, p. 202.

11 Gracia, Diego. Ética y vida 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria, *op. cit*., p. 35.

12 Gisbert Calabuig, J. A., Verdú Pascual, F. y Luna Maldonado, A. "Moral, ética, Deontología Médica. Organización Médicas Colegial", en Gisbert Calabuig, J. A y Villanueva Cañadas, E. *Medicina Legal y Toxicología*. 6ª edición, Masson, Barcelona, 2004, pp. 125-126.

13 *Cf.* Gracia, Diego. "El juramento hipocrático en el desarrollo de la medicina", *op. cit*, p. 14.

14 Gracia, Diego. Ética y vida 4: Profesión médica, investigación y justicia sanitaria., *op. cit*., pp. 50-51.

15 *Ibídem*, p. 50.

16 Ollero Tassara, Andrés. **"**Deontología jurídica y derechos humanos**",** en *Ética de las profesiones jurídicas: estudios sobre deontología* (2 vol.), Vol. 1, 2003, p. 54.

17 Cf. Gracia, Diego. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. EUDEMA, Madrid, 1991, p. 22.

18 Blázquez Martín, Diego. "**Ética y deontología de las profesiones jurídicas", en** *Derechos y Libertades*, Época II, No 19, junio 2008, pp. 72-74.

19 Gisbert Calabuig, J. A., Verdú Pascual, F. y Luna Maldonado, A. "Moral, ética,…", *cit.*, p. 129.

20 Resolución sobre la Consagración a los Principios de las Normas Éticas de la Asociación Médica Mundial, adoptada por la 46ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Estocolmo, septiembre de 1994.

21 Acosta Sariego, José Ramón. *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*. Centro Félix Varela, La Habana, 2009, p. 223.

22 Ponce Zerquera, Francisco y Suárez Mella, Roberto. "Estado actual y perspectiva de la nueva deontología médica cubana", en Acosta Sariego, José Ramón. *Bioética desde una perspectiva cubana*. 2ª edición, Centro Félix Varela, La Habana, 1997, p. 193.

23 En la Declaración de Ginebra se preceptúa: "no permitir que circunstancias vinculadas con la edad, el estado de salud, el credo, el origen étnico, el sexo, la nacionalidad, las convicciones políticas, la orientación sexual o la posición social me impidan el cumplimiento de mi deber para con el paciente", y "mantener el mayor respeto de la vida humana desde sus comienzos"…

24 EcuRed. "Federación Médica de Cuba", disponible en: http://www.ecured.cu/index.php/Federaci%C3%B3nM%C3%A9dicade-Cuba

25 El juramento se llevó a cabo en el Pico Turquino, Sierra Maestra, antigua provincia de Oriente, el 14 de noviembre de 1965. Se trata de una copia sin referencia bibliográfica existente en Archivos de la Oficina del Historiador del Ministerio de Salud Pública.

26 Acosta Sariego, José Ramón. *Los árboles y el bosque..., cit.*, p.228.

27 Juramento Médico del Centenario (1868-1968), Holguín 25 de mayo de 1968. Se trata de una copia sin referencia bibliográfica existente en Archivos de la Oficina del Historiador del Ministerio de Salud Pública.

28 *Vid.* Artículo 24, inciso d) de la Resolución Ministerial No 26 de 1994, *Reglamento del Régimen de Residencia*, La Habana, MINSAP, 1994.

29 Ídem, Artículo 125, inciso ch).