ANAMNESIS

Boletín de bioética clínica y filosofía de la medicina

Número 3, abril de 2010
ISSN 2011-1258

Director
Eduardo Díaz Amado, MD

Editores
Fernando Suárez Obando, MD
Efraín Mendez, MD

Grupo de investigación en Bioética Clínica y Filosofía de la Medicina
Eduardo Rueda Barrera
Hugo Escobar Melo
Olga Maldonado
Margarita Quiroga
Nelson Castañeda
Sonia Agudelo
José Manuel Silva
Celso León
Efraín Mendez
Fernando Suárez Obando
Eduardo Díaz Amado

Comité científico
Volnei Garrafa, PhD
Fernando Lolas Stepke, MD
E. Haavi Morreim, PhD
Álvaro Ruiz, MD
Franco Alirio Vergara, PhD (c).
Helena Trujillo Maza, MD
Saúl Franco Agudelo, PhD
Mathew D. Eddy, PhD
Roberto Esguerra Gutierrez, MD
Sergio de Zuburía Samper, Fil., MSc
Jairo Clavijo Poveda, PhD
Guillermo Hoyos Vásquez, PhD
Fernando Sánchez Torres, MD
Jaime Bernal Villegas, MD., PhD
Jorge Gaitán Pardo, Abogado y
Alfonso Llano Escobar, S.J.
María Inés Jara Navarro, MSc

Con el apoyo de:
Instituto de Bioética,
Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana.

Imagen portada
Le Sacre (Detalle)
Miguel Henricot, 1987.
con autorización del autor

Impresión
Fundación Cultural Javeriana
de Artes Gráficas —JAVEGRAF—
Bogotá, DC., Colombia.

Contenido

Editorial

La crisis de la salud en Colombia. 2
Eduardo Diaz Amado, MD

Reflexión

En torno al tema editorial. 5
Efraín Méndez Castillo, MD

Caso clínico

Anorexia nerviosa y alimentación forzada. 7
Andrea Caballero Duque

Dejar morir al enfermo: comentarios a "Anorexia nerviosa y alimentación forzada" 11
Nelson Castañeda Alarcón, MD

La relación médico-paciente. 15
Efraín Méndez Castillo, MD

A propósito de la medicalización de la sexualidad en el envejecimiento. 19
José Miguel Silva, MD

Bioética y animales

Mascotas para el ser humano en el contexto de la bioética clínica animal: Quirón al rescate de los suyos 24
Ricardo Andrés Roa-Castellanos, DMV

LA CRISIS DE LA SALUD EN COLOMBIA

Eduardo Diaz Amado, MD

El país empezó el 2010 sacudido por la reforma al sistema de salud a través de la emergencia social decretada por el gobierno. El sistema de seguridad social en salud, o Ley 100 de 1993, ha dejado ver numerosos puntos débiles a 17 años de su implementación. Entre otras cosas, ha significado la legitimación, por vía legal, del odioso "negocio de la salud" que le genera inmensos dividendos a grandes grupos económicos y transnacionales, ha contribuido a la degradación de la profesión médica y, si bien es cierto se han dado algunos logros en cobertura, ha hecho de la atención en salud un rompecabezas que difícilmente un paciente puede armar, dando paso a la necesidad de interponer tutelas, pagar del propio bolsillo aunque se esté cotizando en salud o, en últimas, cruzar los dedos para no terminar en algún "paseo de la muerte". Son muchos los que en Colombia aún defienden a capa y espada el actual sistema y ven en él sólo cosas buenas, esto gracias a un efectivo control de los medios de comunicación, que suelen mostrar un solo ángulo de la noticia, un hábil manejo de argumentos pseudocientíficos y amañadas teorías económicas por parte de los albaceas del sistema, más el aderezo que algunos agregan compuesto de teorías filosóficas de moda y un hábil manejo de estadísticas. Se nos ha hecho creer que las cosas no podían estar mejor en salud, pero lo peor, que *no podía y no puede haber* otra salida al problema de la atención de la salud en Colombia. Cualquier crítica al actual estado de cosas suele ser contrarrestada mediante apelaciones a lo terrible del sistema anterior, a la escasez de recursos, a la pobreza del país y el abuso de poder que solían ejercer los médicos. Si uno critica el actual sistema es porque uno es amigo de la injusticia, la inequidad o el monopolio de los médicos. Nada raro en un país de polarizaciones.

Desde la perspectiva de la gran mayoría de profesionales de la salud evidentemente las cosas han venido de mal en peor. Más allá de la pérdida de algunas prerrogativas, de estatus y buenos ingresos, hoy estos profesionales en Colombia, en la práctica, no son más que una masa creciente de empleados insatisfechos con su propio oficio, un conjunto de operarios que hacen funcionar el productivo "complejo medico-industrial", como algunos han denominado este reglón floreciente de la economía en el mundo, no sólo en Colombia. En alguna revista de negocios se decía que "los servicios de salud no son meramente un sector de la

economía, son casi una economía en sí mismos". Esta frase refleja el enorme poder y dinero que se mueve en dicho sector. Para entender hoy la práctica médica no es suficiente apelar a unos principios hipocráticos, a la bioética o las normas de derecho médico. En este complejo médico-industrial están no sólo los médicos y los pacientes, sino muchos otros profesionales que hacen parte de la gran burocracia del sector, la industria farmacéutica, los que producen tecnología médica, los que venden seguros médicos, los servicios de estética y embellecimiento, los institutos para niños especiales, etc.

Por esto la cosa no es tan fácil. En primera instancia, la sociedad entera debe participar en la construcción de un sistema de salud verdaderamente justo y eficiente. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la sociedad siempre espera que sus expertos contribuyan a iluminar el camino. En este caso, el papel de los profesionales de la salud no es sólo protestar o atender "cuando toca", sino proponer vías de análisis y posibles soluciones, siempre entronizados con el tipo de sociedad que somos y las necesidades que tenemos. Pero cualquier reforma al sistema de salud que busque apoyarse en los profesionales de la salud pasa primero por la *reforma de ellos mismos*. En contra de lo que muchos piensan, ninguna propuesta de reforma tendrá el suficiente apoyo, solidez y envergadura si se basa únicamente en el descontento que día a día dichos profesionales expresan en diversos medios de comunicación, en los pasillos de los hospitales o en cualquier reunión social. El poder económico detrás del negocio de la salud en Colombia hará todo, óigase bien, ¡todo!, para contrarrestar cualquier intento de reforma que afecte los grandes capitales. No importa los más altos ideales o valores sobre los cuales se apoye dicha reforma. En este sentido las profesiones de la salud están llamadas a vivir un proceso de *Renacimiento* cultural y político que les permita volver a ser líderes, no en virtud de un pasado egregio, sino de un presente sólidamente ilustrado y un futuro bien planeado.

En segunda instancia, también es cierto que las circunstancias no podrían ser más propicias y demandantes que en el momento presente, cuando los decretos emitidos al amparo de la emergencia social permiten hacer visible con fuerza el carácter injusto, dictatorial y ganancioso del actual sistema de salud. Nótese que no todos los actores del sistema han salido a protestar, y no sólo por pereza, sino porque a algunos se les va a mejorar el "flujo de caja". Aparte de unos cuantos centenares protestando en la calle, el país entero sigue como si nada, o simplemente viendo la "novela" en los noticieros de la televisión, en donde la noticia se irá diluyendo. Mañana lo que hoy es "excepcional" y "chocante", será "natural" y "apremiante". En este punto quisiera resaltar algo. Si las cosas están como están no es sólo porque grupos poderosos "expropiaron" a los médicos de su trabajo y se tejieron una red de legitimación del actual estado de cosas, por ejemplo, aduciendo un aumento de cobertura con la Ley 100 (así sólo se trate de cobertura para recibir sólo acetaminofén), sino por la miopía, pasividad y desgreño de médicos y no médicos. Más aún, hay que tener en cuenta que no todos los médicos están interesados en cambiar las cosas. Los hay, y muchos, que "viven" del sistema: son gerentes con buen sueldo, tienen algún

"carguito" burocrático en el sector, han fundado sociedades, "cooperativas" o negocios que, bien entronizados con las EPS y aseguradoras, son buena fuente de ganancias económicas. Algunos de los que protestan sólo están esperando "pasar a residencia" y olvidarse de este bochornoso tiempo en que fueron "médicos generales", otros lo dejarán de hacer una vez terminen algún curso de finanzas o administración y pasen a "dirigir" a otros médicos. Unos cuantos se olvidarán del asunto una vez encuentren "puesto" en España, Estados Unidos o Curazao, pues las ofertas de empleo para irse como médico a otra parte abundan. Todo esto significa una cosa: el primer paso para una reforma efectiva liderada por los profesionales de la salud implica su propia transformación; cambiar su manera de entenderse a sí mismos, su relación con la sociedad, con la política y con otros profesionales. En otras palabras, sólo si se logra que dichos profesionales, emulando lo acaecido en la Ilustración del siglo XVIII, buscan salir de un estado de "minoría de edad" en el que últimamente han estado viviendo y buscan apelar a razones moralmente justificadas, y se comprometen con la construcción de país para todos y todas, con atención en salud "de verdad", podremos prevenir que la atención en salud persista como otra violencia más en Colombia

Insisto, el momento actual es perfecto para canalizar los deseos y aspiraciones de los que en Colombia no quieren terminar en bancarrota porque debieron pagar la cirugía que necesitaban o los días que permanecieron en cuidado intensivo, servicios que serán *Prestaciones Excepcionales de Salud*, y de los que tampoco quieren simplemente creer que "están cubiertos" en salud, cuando en realidad a lo que tienen acceso es a un intrincado laberinto burocrático donde, al igual que el señor K en El Castillo, las personas terminan condenadas a una violencia sin sentido y sin rostro.

En el corto plazo la discusión tiene que centrarse en una revisión profunda de lo que entendemos por salud y cómo es que hemos llegado a donde estamos. En el largo plazo debe conducir a la implementación de un sistema donde haya verdadero acceso y calidad en la atención ¡Para todos y todas!

Pontificia Universidad Javeriana
Instituto de Bioética

Transversal 4ª Nº 42-00 piso 5
Teléfono: 320 83 20 exts.: 4537 / 4538
Bogotá, Colombia, S.A.
Correo e: bioeticaclinica@javeriana.edu.co
bioeticaclinica@gmail.com
Web: www.javeriana.edu.co/bioetica

En torno al tema editorial

Efraín Méndez, MD

Patología estructural en los sistemas de salud: Las falacias de la economía de la salud.

Las discusiones que de tiempo en tiempo se dan sobre las estructuras y servicios de salud, impulsadas por crisis coyunturales, remiten al análisis de los problemas de fondo del sistema. Terreno propio de la ética de la gestión sanitaria, en cuanto estos problemas finalmente corresponden a asuntos de justicia distributiva. La concepción de la salud pública y la atención de la salud ponen en evidencia la pregunta que atraviesa y subyace a cualquier debate sobre la salud: ¿Cómo decidir la porción de los recursos públicos que deben dedicarse a la salud? ¿Cómo equilibrar el interés del individuo y el de la sociedad en su conjunto en esta distribución de recursos? ¿Qué responsabilidad le cabe al individuo mismo y cuál al Estado en la promoción de la salud? En suma: ¿Cómo debe concebirse la equidad en salud? Los autores que se interesan por el tema ponen en evidencia una relación vinculante, de carácter interno entre la tarea o defensa de la Salud Pública y la tarea de defensa de los Derechos Humanos. Se considera la salud como un derecho del ciudadano. No obstante, aunque en las últimas décadas se ha avanzado en el reconocimiento de los derechos individuales en diversos escenarios, no ocurre igual con los derechos en salud.

Lo que empieza a verse claro es que las medidas de urgencia y soluciones parciales, planteadas en los recientes decretos, no son suficientes para conseguir un sistema de salud funcional y equitativo, sino que se requiere de una revisión a fondo que implica repensar los presupuestos éticos que orientan las políticas públicas, incluida la misma noción de salud. Así, la

actual crisis financiera del sistema de salud en Colombia, tiene como efecto positivo que moviliza el pensamiento crítico en torno a la salud, lo cual ha permitido mostrar a los estudiosos del tema, cómo esta ineficiencia financiera está en gran parte soportada en una patología estructural del sistema de salud, cuyo estudio excede el terreno de la técnica financiera y mucho menos se corrige con una política de control del gasto que en este caso sería considerada un reduccionismo conceptual. El asunto de reorganizar los sistemas de salud debe fundamentarse en consideraciones éticas.

Al estudiar esta patología estructural de los sistemas de salud vigentes hay que poner en evidencia "las falacias de tipo ideológico", como "la falacia *semántica*", en tanto los mismos enunciados soportan o esconden inequidad en la medida que producen coerción o cooptación. Se enmascaran patologías de poder en las prácticas culturales que legitiman la inequidad. Hace parte de esta misma patología estructural la "falacia de la *escases*" cuando se invoca sistemáticamente la falta de recursos para explicar el mal funcionamiento de los sistemas de salud.

Otra falacia será la de la *"eficacia"*, cuando esta noción propia del mundo empresarial se valora al definir las políticas públicas por encima de la equidad. Es el caso de la estimación de costo-efectividad en términos rentistas, por encima de los derechos humanos. Por su parte, la estructura es patológica también cuando está soportada en una cierta noción de salud y de bienestar que en si misma es patológica, en la medida que se da a espaldas de la ciudadanía que esta silenciada o no es invitada a participar en su definición. Por eso la construcción de sistemas de salud implica la más amplia participación ciudadana posible.

Lo más grave de esta patología de la misma estructura de salud es que impide que se actué ante muchos hechos de inequidad en salud visibles y públicamente reconocidos. Porque la ideologización de modelos de racionalidad económica ciegan la autocrítica y favorecen a agentes poderosos del sistema. Le corresponde a la "Ética de la salud pública" adelantar la construcción crítica de la racionalidad apropiada para la cuidado de un bien público como los es la salud. Los principios argumentados y construidos desde la ética deben ser el soporte de la economía y arquitectura organizativa de la salud, y no al revés.

Anorexia nerviosa y alimentación forzada

Andrea Caballero Duque*

La anorexia nerviosa hace parte de los trastornos de la conducta alimentaria, cuyos signos y síntomas incluyen *pensamientos, sentimientos o acciones irracionales* referidas al peso, a la comida y a la imagen corporal, los cuales se acompañan de alteraciones de la salud física y mental, debidas por una parte a la malnutrición o a patrones dietéticos caóticos y por otra, a vulnerabilidades biopsicosociales (1).

Se han observado trastornos de la alimentación de varias clases en un 4% de estudiantes adolescentes y jóvenes adultas, sin embargo su frecuencia ha aumentado en las últimas décadas, incrementándose también en niñas prepúberes y en hombres. La edad de inicio de la anorexia nerviosa se sitúa alrededor de los 15 años, pero hasta un 5% de las pacientes anoréxicas tienen su inicio hacia los 20 años y se ha calculado que hasta un 0.5 a un 1% de jóvenes adolescentes la padecen. Es 10 a 20 veces más frecuente en mujeres, aunque como ya se mencionó, esta cifra también tiende al cambio con un aumento en el número de hombres. (2)

La anorexia nerviosa se caracteriza por una *alteración de la percepción del peso o de la silueta corporal* que lleva a restricción de la ingesta calórica. Para hacer el diagnóstico se requiere de: una pérdida de peso de por lo menos un 15% de lo esperado para la talla, la edad y la estructura ósea del paciente; amenorrea de por lo menos 3 ciclos o el retardo en la aparición de la menarquia en los casos de aparición pre-puberal; y miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal. (3).

* Residente. Especialista en Psiquiatría

El tratamiento de esta patología debe ser global e incluye rehabilitación nutricional, psicoterapias individuales, grupales y familiares y farmacoterapia. Sin embargo, a pesar de estas intervenciones, las tasas de mortalidad diez años después de la presentación de los síntomas han sido reportadas en un 6.6% y hasta un tercio de las pacientes permanecen crónicamente con un trastorno de la alimentación. (4)

La mayor complicación para el médico tratante de estos pacientes, es que la mayoría de ellos no está interesado en el tratamiento psiquiátrico e incluso se resisten a él; son llevados a la consulta médica por familiares o amigos en contra de su voluntad y la mayoría de las veces no tienen adherencia a los tratamientos propuestos contribuyendo de esta forma a la alta mortalidad.

CASO CLÍNICO

A.G.P era una paciente de sexo femenino, de 23 años, conocida por el servicio de psiquiatría por un cuadro de 8 años de anorexia nerviosa de tipo restrictivo. Asistía de forma regular a consulta externa, sin embargo por la pobre adherencia al tratamiento y por la pérdida frecuente de peso que se acompañaba de desnutrición, desórdenes hidrelectrolíticos y alteraciones cardiovasculares, requería de hospitalizaciones frecuentes. Había sido hospitalizada en 5 oportunidades en un periodo menor a año y aunque durante sus estancias se lograba recuperar algo de su peso, al momento del egreso lo perdía nuevamente; la paciente decidía dejar de comer en su casa y suspender la medicación cada vez que era dada de alta.

Su última hospitalización fue en el año 2007, cuando ingresó una vez más a la unidad de salud mental; en esa ocasión en condiciones orgánicas precarias, con un peso corporal de 19 kilogramos, para un índice de masa corporal de 7.7. Una semana antes de este ingreso había consultado al servicio de urgencias y en ese momento se consideró que dada la gravedad de su desnutrición y la presencia de una leucopenia de 1500 no era aconsejable la hospitalización por la posibilidad de adquirir una infección nosocomial. El día del ingreso la acompañaba su madre, tenía incapacidad para deambular, presentaba una escara sacra secundaria a la permanencia en cama y a la desaparición del panículo adiposo en la zona sacra y glútea.

En el momento de su ingreso se inició dextrosa al 5 % con lo que se logró una progresiva recuperación de la glicemia; sin embargo, la paciente, como en hospitalizaciones anteriores se retiraba diariamente la venoclisis. Su ingesta continuó siendo limitada, rechazaba el suplemento proteico, consumía las porciones de alimento de manera parcial, las escondía o las vomitaba.

Se decidió en esa última hospitalización, que no se usarían medidas extraordinarias ni alimentación forzada ya que estas técnicas habían sido utilizadas en las hospitalizaciones previas con múltiples difi-

cultades, principalmente por el *rechazo de la paciente a estas medidas*.

Dos semanas después de su ingreso, A.G.P presentó una elevación térmica de 2.3 grados centígrados (37.3) y taquicardia; al examen físico se evidenció hipoventilación basal derecha, el cuadro hemático de control mostró leucopenia de 900 con neutrofilia de 92%, y la placa de tórax fue compatible con una neumonía basal derecha, lo que requirió iniciar manejo con antibiótico. Sin embargo, el estado general de la paciente continuó deteriorándose aún más y las cifras de saturación de oxígeno descendieron a 78%, por lo que se adicionó a su tratamiento oxigeno por cánula a 4 litros por minuto. En la madrugada del siguiente día, la paciente presentó paro cardiorespiratorio, se decidió no realizar maniobras de reanimación y la paciente falleció.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra las frecuentes dificultades que se tienen al tratar a un paciente con diagnóstico de trastorno de alimentación; después de los esfuerzos realizados, en el caso de que el paciente fallezca surgen varias preguntas: ¿Era esta paciente autónoma para negarse a la alimentación forzada? ¿Hubiera sido ético iniciar la alimentación con la autorización de sus padres, sin tener en cuenta el criterio de la paciente? ¿Se debieron realizar maniobras de reanimación y/o medidas extraordinarias para salvar su vida teniendo en cuenta que siempre recaía al salir del hospital?

Aún conociendo los principios éticos de beneficencia y autonomía (5), en lo que respecta a la capacidad y competencia, no es fácil responder a estas preguntas.

El *principio de beneficencia* (que nos comprometemos a cumplir desde que hacemos el Juramento Hipocrático), nos responsabiliza hacer de manera permanente lo que consideramos será lo mejor para el paciente y por lo tanto para la salud. Teniendo en cuenta este principio, la comida y/o la alimentación forzada siempre hubieran sido la mejor opción y claramente hubiera sido beneficiosa para la paciente al mejorar su condición física y mental. Sin embargo, como su enfermedad distorsionaba su imagen corporal, cualquier intento de alimentarla hubiera sido percibido por ella como una agresión directa, un rechazo a sus deseos verbalizados de no ser alimentada y una coartación a su libertad. Como ya se mencionó, en las hospitalizaciones previas de la paciente, se utilizaron medidas extremas y alimentación forzada que ella rechazaba enfáticamente, recurriendo incluso a retirarse las sondas y catéteres poniendo en riesgo su vida.

Adicionalmente, cabe resaltar que estas medidas sólo eran útiles mientras la paciente permanecía hospitalizada, porque una vez era dada de alta, mientras no se implementaban, la paciente volvía a recaer.

Evaluando la concepción de *autonomía*, ésta puede entenderse como "el ser que se autogobierna, que se autoposee, que

es dueño de sí mismo y de su esencia, y que en consecuencia es libre" (6); este principio reconoce que un individuo que es competente tiene el derecho de tomar una decisión informada sobre el tratamiento médico que va a recibir. La *autonomía* es entonces la habilidad de dirigir la propia vida y de tomar decisiones; generalmente, tiene dos componentes: el control de las acciones (esto es, ausencia de coartación) y la capacidad de deliberación racional.

Se podría discutir si esta paciente era una adulta autónoma y por lo tanto si sus deseos buscaban un beneficio para su salud. Por un lado, es poco probable que su decisión no estuviera influenciada por la coartación: sus padres estaban interesados en un tratamiento intrahospitalario y se negaban a recibirla en su hogar hasta que recuperara un peso aceptable y sus médicos intentaban diferentes estrategias para tratar su patología y mejorar su condición clínica. Por otro lado, se podría pensar que su capacidad de tomar decisiones de manera racional no estaba conservada, debido a la desnutrición crónica, a las alteraciones electrolíticas y a las frecuentes hipoglicemias que comprometían su función cerebral. Asimismo, la percepción de su cuerpo, como en toda paciente con diagnóstico de trastorno de alimentación, estaba distorsionada y por lo tanto se podría considerar que no era competente para comprender la necesidad de iniciar algún tipo de alimentación para recuperar su peso y por ende su estado de salud.

¿Se puede afirmar que en este caso era necesario darle prioridad al principio de beneficencia frente al principio de autonomía?; y si la respuesta es afirmativa, quiere decir entonces que ¿la atención prestada fue negligente?

BIBLIOGRAFIA

1. Gempeler, J. y Rodríguez M. (2002). "Trastornos de la conducta alimentaria". Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Primera edición. Capítulo 61, págs 569-578.
2. Kaplan, H. y Sadock, B. (2000). "Trastornos de la conducta alimentaria". Sinopsis de psiquiatría. Octava edición. Capítulo 23, págs 817-824.
3. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado, págs. 249-250.
4. Halmi, K. A. (1999). "Comorbidity of the eating dirorders". Balliers Clinical Psychiatry, Vol. 3, No. 2, mayo.
5. Hébert PC, Weingarten MA. (1991). "The ethics of forced feeding in anorexia nervosa". The Canadian Journal of Psychiatry. Vol. 15, 144(2):141-4.
6. Saavedra, J. "Consentimiento informado". Medico legal on-line. Sociedad Colombiana de anestesiología y reanimación-SCARE.

Dejar morir al enfermo:
comentarios a "*Anorexia nerviosa y alimentación forzada*"[1]

Nelson Castañeda Alarcón, MD.

En el campo de la bioética clínica, acudir al *"principialismo"* como metodología paradigmática para ser aplicada en la discusión y análisis de conflictos biomédicos se ha convertido en una práctica frecuente. Sin embargo, no obstante ser la más reivindicada, no es la única y mucho menos está exenta de dificultades teóricas y prácticas. La propuesta metodológica ofrece cierta sencillez cuando se establecen principios ("unos universales"), abstractos, válidos en todo momento, pero frente a ciertas circunstancias concretas y decisiones difíciles conduce a la indeterminación y la ambigüedad, parece dejarnos abandonados en el momento preciso de tomar la decisión[2].

En términos generales, el *principio de autonomía* reconoce que una persona que es competente tiene el derecho a tomar una decisión informada sobre el tratamiento médico, elección que debe realizarse en ausencia de coacción o influencia indebida de los demás. A su vez, el *principio de beneficencia* exige que los proveedores de atención a la salud hagan lo que se considera "bueno", o en garantía de los mejores intereses de la persona a quien le están prestando la

1 *Anorexia* procede del griego y significa falta de apetito. En principio, este significado no se corresponde exactamente con el sentido clínico del término, en cuyo contexto se entiende como *el rechazo a la alimentación para mantener un peso corporal por debajo de los valores mínimos normales, y alteración de la percepción de la imagen corporal*. Ver Manual DSM-III-R, 1988.

2 Sádaba, J. (2004): *Principios de bioética laica*, Gedisa, Barcelona.

atención. El conflicto entre estos dos principios es frecuente en la práctica médica. Así, en relación con la *anorexia* los dilemas éticos se han analizado y debatido entre el respeto incondicional al principio de autonomía o la aplicación de tratamientos médicos forzados, coercitivos, invocando el principio de beneficencia para evitar resultados graves y mortales. En la atención y el cuidado de un anoréxico, la autonomía de la persona y el principio de beneficencia entran en conflicto cuando el paciente se resiste al tratamiento médico necesario; evitar y rechazar el tratamiento (en particular, la alimentación) es una característica común de las pacientes con anorexia; por lo tanto, el grupo tratante regularmente se encuentra frente a una disyuntiva entre estos dos principios durante la atención de las personas afectadas, a lo largo de la evolución de la enfermedad.

El caso clínico que nos presenta la doctora Andrea Caballero Duque[3] es un caso típico, con el deterioro progresivo de las condiciones físicas y mentales de la paciente y la tradicional situación de conflicto entre los principios de *autonomía* y *beneficencia*. La autora señala que finalmente el grupo tratante, en la última hospitalización, decidió no usar medidas extraordinarias ni alimentación forzada ya que estas técnicas habían sido utilizadas en las hospitalizaciones previas con múltiples dificultades, principalmente por el *rechazo de la paciente a estas medidas*. La decisión se exhibe como la consecuencia normal y natural frente al rechazo reiterado del tratamiento, lo que parece implicar que hay que dejar morir al paciente anoréxico por respeto a su decisión libre y autónoma. Durante las hospitalizaciones previas, cuando el deterioro de la paciente aún no era significativo, fue sometida al tratamiento de alimentación forzada, pero en el momento de mayor menoscabo del estado físico y mental que se acompañó de una complicación infecciosa, la decisión es "no usar medidas extraordinarias ni alimentación forzada". Esta decisión se explica si la paciente en el momento fue considerada "en fase terminal", para así poder deducir que el grupo tratante mantuvo su congruencia respecto a las decisiones terapéuticas asumidas en las hospitalizaciones previas de la paciente[4]. Algunos teóricos y muchos médicos se preguntan si una persona cuya enfermedad afecta su capacidad para tomar decisiones de salud puede ejercer una verdadera autonomía. Estas preocupaciones éticas relacionadas con los afectados por enfermedades psiquiátricas graves persuadió a Marian Verkerk a defender el concepto de *"injerencia compasiva"*. La idea de la *injerencia compasiva*, que incluiría el tratamiento de ciertas personas gravemente enfermas sin su consentimiento, desafía la noción de privilegio de la autonomía en las sociedades liberales. Sin

3 Caballero Duque, A. (2010): *Anorexia nerviosa y alimentación forzada*. En este número - Anamnesis 2010.

4 En los anoréxicos la ausencia de consciencia sobre la enfermedad forma parte de los síntomas y el rechazo al tratamiento es la verbalización de la de la situación clínica.

embargo, Verkerk sostiene que el tratamiento involuntario puede ser un medio de ayudar realmente a los pacientes con enfermedad psiquiátrica grave para recuperar su autonomía, sobre todo cuando dicha enfermedad amenaza a su supervivencia[5]. Otras propuestas, como la ***ética del cuidado***, han sido utilizadas en el manejo de los pacientes anoréxicos[6].

El comportamiento paternalista es "omnipresente en la práctica médica"; su justificación constituye uno de los problemas fundamentales de la misma, y la capacidad para distinguir entre casos de *paternalismo justificado* y *no justificado* constituiría un test de plausibilidad de las diversas concepciones de lo bueno en el contexto médico[7]. Desde la perspectiva del *principialismo,* la justificación del paternalismo se encuentra relacionada con la determinación del grado de competencia del paciente, y en la práctica médica se han propuesto diversos *estándares de incompetencia* que reflejan desiguales niveles de exigencia en relación con los tipos de capacidades[8]: *Nivel I*, los estándares menos exigentes, se basan únicamente en la simple capacidad para formular una preferencia por parte del paciente; *Nivel II*, con grados de creciente exigencia, se basan en la capacidad para comprender la información y considerar cómo ella se aplica a la propia situación; *Nivel III*, el estándar más exigente, reivindica la capacidad de alcanzar una decisión razonable[9]. El grupo tratante al dar alimentación forzada en las hospitalizaciones previas incurrió en paternalismo, apelando al principio de beneficencia y tal vez por la influencia de la familia, pero cuando la paciente se encontraba más grave, como consecuencia de la evolución "natural" de la enfermedad, decidió respetar su autonomía[10]. Los autores del *principialismo,* Tom

5 Verkerk, M. (1999): *A Care Perspective on Coercion and Autonomy*. Bioethics, 13: 358 - 368.

6 La ***ética del cuidado*** es una teoría ética normativa desarrollada por las feministas en la segunda mitad del siglo XX. Mientras las teorías éticas consecuencialistas y deontológicos hacen hincapié en las normas universales y la imparcialidad, la *ética del cuidado* pone en relieve la importancia de las relaciones. La base de la teoría es el reconocimiento de: 1. La interdependencia de todos los individuos para el logro de sus intereses; 2. La creencia de que los particularmente vulnerables a nuestras elecciones y sus resultados merecen un examen adicional de acuerdo a: i) el nivel de su vulnerabilidad a nuestras decisiones personales; ii) el nivel de su afectación por las decisiones personales y de nadie más; 3. La necesidad de atender a los detalles del contexto de la situación a fin de salvaguardar y promover los intereses reales y concretos de los participantes.

7 Culver, Charles M. y Bernart Gert (1982): *Philosophy in Medicine (Conceptual and Ethical Issues in Medicine and Psychiatry),* Ed. Oxford University Press, Nueva York.

8 La competencia es una capacidad relativa "a la tarea" y al tiempo en consideración. Los estándares de competencia fijan el nivel exigible en relación con la tarea propuesta.

9 Beauchamp, Tom L. y Childress, James F. (2001): *Principles of Biomedical Ethics,* p. 73

10 Una visión general sobre los estándares de competencia manejados en la práctica médica se encuentra en Simón L, Pablo (1997): *La evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones y sus problemas.*

Beauchamp y James Childress, presentan algunas condiciones para apartarse de un principio: a) presentar mejores razones para seguir la norma propuesta en comparación con la norma vencida; b) tener posibilidades realistas de alcanzar el objetivo moral que justifica el cambio; c) el cambio es necesario en la medida en que no existen acciones alternativas moralmente preferibles (inexistencia de mejor alternativa); d) la infracción elegida debe ser la menor posible y proporcional al objetivo del acto; e) el agente debe buscar minimizar los efectos negativos de la infracción; f) la decisión del agente no debe ser influida por información moralmente irrelevante (el agente debe actuar imparcialmente con respecto a todos los afectados por la decisión). Ninguna de estas condiciones quedó plenamente establecida en la presentación y análisis del caso, y la paciente parece ser que no fue catalogada como enfermo en fase terminal, como lo ya lo había sugerido.

Para finalizar, la doctora Andrea Caballero pregunta si *¿la atención prestada fue negligente?*[11] La respuesta a este interrogante sólo puede ser establecida en las instancias pertinentes y agotando los requisitos procesales, mediante el análisis de los siguientes elementos fundamentales, a saber: 1- Una acción u omisión; 2- Una infracción del deber objetivo de cuidado; 3- La creación de un riesgo previsible y evitable; 4- Un daño como resultado del nexo de causalidad adecuada con la acción u omisión. El análisis de estos cuatros elementos deberá realizarse en el contexto de la *lex artis ad hoc,* entendiendo que la práctica médica se rige como una obligación de medio, y siempre respetando los principios de imputación en esta área.

La anorexia se ha convertido en una afección creciente, principalmente en mujeres adolescentes y jóvenes, amenazando con convertirse en un problema de salud pública, terreno en el cual se plantearía con mayor vigor el tradicional conflicto entre las decisiones individuales y las colectivas sobre aquellos intereses que pueden ser relevantes para la comunidad, en un momento determinado[12]. Esto tendría el efecto de hacer más complejo el manejo del paciente anoréxico en una sociedad liberal y tal vez se haga necesario recurrir al modelo de *mercado hipotético de seguro de salud* de Ronald Dworkin[13] para atender el problema.

11 En la relación entre bioética y derecho con cierta frecuencia se recurre a las argumentaciones de los tribunales como un modelo de discurso práctico sobre problemas morales concretos.

12 En la ciudad de Medellín - Colombia, la anorexia ha sido motivo de preocupación para el gobierno local y se han ejecutado políticas encaminadas a atender el problema.

13 Dworkin, R. (1993): *Justice in the distribution of health care*. McGill Law Journal; 38(4): 883-898.

La relación médico-paciente

Efraín Méndez Castillo, MD.

Hoy vemos cómo el objeto de estudio de la Bioética clínica se centra primordialmente en la relación médico-paciente: RMP, en el estudio crítico de los valores que construyen y determinan la bondad de ese vínculo, pues si bien los investigadores contemporáneos de temas de Bioética clínica se interesan en una variedad de temas tan amplia y diversa como el mismo campo de acción de las profesiones de la salud, es la búsqueda de la justicia y la bondad de esa relación el hilo conductor, el objetivo de fondo de sus investigaciones. Si bien es cierto que la ética médica, precursora en un cierto sentido de la Bioética clínica, desde mucho tiempo atrás, se interesó por la bondad del acto médico, solo hasta las últimas tres décadas se ha propuesto una teorización multidisciplinar sobre la relación médico-paciente, orientada a los escenarios novedosos de la práctica contemporánea. Pudiera decirse que ese es su rasgo distintivo respecto de la ética médica tradicional. En esta tarea crítica y académica ha sido un hito el artículo de Emanuel Ezekiel y su esposa "*Four Models of the Phisiysian patients relacionship*"(Ezekiel, 1992). Y en razón a ello comienzo por este.

Desde el momento de su publicación, en 1992, se ha convertido en una visión paradigmática del análisis de la relación RMP y en una cita necesaria para cualquier reflexión sobre este vínculo y su problemática. El mal entendimiento que algunos han hecho de este artículo precursor, es producto de la mala comprensión del sentido que el autor ha querido darle, pues no tiene la pretensión de hacer una clasificación taxativa y normativa de la RMP, ni siquiera lograr una descripción exhaustiva de los diferentes modos en que puede darse la relación médico-paciente; en palabras del mismo autor, se trata más bien de una caricaturización de las relaciones que se dan entre M-P

con el propósito de abrir el terreno a la autocrítica del oficio y la introducción de categorías racionales para su mejor entendimiento.

Lo que hace valiosa esa aproximación critica de E. Ezekiel, es que siendo los diferentes modelos dibujados en el artículo una mera disculpa metafórica, sirve para proponer un marco teórico compuesto de cuatro categorías para analizar la RMP, a saber: 1- La noción de autonomía del paciente 2- Papel de los valores del paciente 3- Concepción del rol del medico 4- Los principios éticos involucrados en la RMP

Cuatro categorías que serán después ineludibles para todo aquel que quiera pensar la manera de hacer buena la relación de los profesionales de la salud con los pacientes.

Por primera vez se introducen categorías fundamentadas provenientes de escuelas éticas tradicionales en el análisis del acto médico y de la relación médico-paciente, pues si bien en el pasado escritores como Veach, R en 1972, ya hablaba de otros cuatro modelos prototípicos de la relación M-P (El del Ingeniero, el cura, el colegial, el modelo contractual ect.), su interés bien intencionado por la búsqueda de una relación justa y buena, apelaba a consideraciones como la bondad del médico o a la tradición profesional (el ethos médico), mas no pretendía una teorización racional con aplicación o apropiación de principios emanados de la reflexión filosófica. Esta apropiación de categorías filosóficas a favor del discurso bioético es justamente lo que Ezekiel efectúa en su artículo.

El artículo de Ezekiel Enmanuel no es valioso propiamente por proponer una tipología de la relación médico-paciente, sino porque introduce en el análisis de la RPM, el precedente de argumentar desde un marco teórico, bien sea a favor en contra de un modelo u otro, lo cual significa ponderar y privilegiar argumentativamente un principio moral, o un valor cultural-histórico. Eso es justamente lo que pretende la Bioética.

Al proponer Ezekiel estos cuatro modelos a saber: el paternalista, el informativo, el interpretativo y el deliberativo, no pretende agotar los posibles modos en que se da la RMP en la cotidianidad del hospital o el consultorio o en los diversos contextos de la acción de la salud pública que hoy se dan. No pretende reducirse a estos modelos ni los usa para nada diferente que introducir un debate mucho más amplio, como es introducir la idea de la proporcionalidad y la pertinencia, pues ninguno de esos modelos es propiamente bueno o malo en sí mismo, sino en la medida y frente a la circunstancia en que se apliquen, los hacen buenos, mejores o preferibles. Así es claro que el modelo *Paternalista* es preferible en las situaciones de urgencia que no permiten consultar al paciente so pena de poner en peligro su vida; en el otro extremo el modelo *deliberativo*, llevado al extremo

podría conducir a trasladar la verdadera esencia de la relación MP a un debate moral para el que no están llamados ni capacitadas las partes. Entonces, el autor nos pone de presente que no se trata de buscar un modelo ideal y universal para todas las situaciones en que se puede dar la RMP, sino que por medio de esta dramatización busca ayudar a entender el camino de búsqueda de un término justo, de un curso de acción prudente que solo lo da la adecuada comunicación y entendimiento de las circunstancias de cada paciente y cada médico. En segundo lugar, puede colegirse del planteamiento hecho en ese artículo que la intención del médico y sus virtudes de hombre bueno no bastarían para ser exitoso en construir una buena RMP, si no se apoya en una teorización del bien. Esto es muy importante. El médico de hoy se enfrenta a grandes dilemas morales y no basta la mera intención de actuar justamente. En tercer lugar, el médico debe pensar activamente sobre su conducta y rol en la RMP, de manera cotidiana, como hábito. Pues no habría un código moral invariable que pudiera ser aplicado igual en todos los casos y circunstancias. No se trata de memorizar un manual de buenas prácticas. La verdadera virtud sería esa actitud permanente de cuestionarse por el mejor modelo de relación frente a cada caso particular, frente a cada persona histórica.

Tan poco le interesan al autor los propios modelos que cumplen el papel de metáforas. El objetivo es despertar en el profesional la capacidad crítica sobre su modo de relacionarse con los pacientes. De hecho yo creo que un buen ejercicio para un profesional de la salud es observar el entorno, mirar la actuación de sus colegas y su propia actuación y ponerle un nombre a cada uno de estos modelos del Dr. Ezekiel, porque seguramente cada médico en su experiencia profesional habrá ejercido o padecido esa relación con otros matices. Incluso sería muy provechoso proponer otros tantos modelos para mostrar la inmensa riqueza psicológica y cultural en la que se da esta relación.

Entonces podemos resumir señalando que la contribución de este artículo es:

1- Introducir categorías filosóficas al análisis de la relación médico-paciente para ponerla en un plano critico más que virtuoso.

2- Mostrar cómo, a pesar de partir de principios morales con pretensión universal, la aplicación va a ser necesariamente distinta y particular en cada caso. De esa necesidad habla Diego Gracia en el Libro Fundamento de la Bioética.(Gracia 1998).

3- Pudiéramos decir frente a esta clasificación de los modelos RMP que el modelo no es lo que interesa sino la conciencia crítica del profesional de la salud para buscar el término medio prudente como lo señala explícita y enfáticamente el autor en el artículo.

Quince años después de que el Dr. Ezekiel publicara el articulo al que hemos venido refiriéndonos, y 35 años después de que Robert Veacht propusiera los primeros modelos de la RMP, otros dos autores han teorizado sobre la relación médico-paciente: Dan English, en el primer capítulo del libro de "Bioethics A clinical Guide for Medical students" (English 1994) recoge la variedad de modelos de RMP que se han propuesto, no obstante la intención del autor es agregar elementos novedosos al estudio de la relación médico-paciente después de lo cual muestra su preferencia por un modelo que ha llamado el *Managerial Model* es decir, el modelo Gerencial, entendiendo la dirección de empresa en los términos de la moderna teoría organizacional y la concepción de liderazgo gerencial desarrollada hoy.

Teniendo en cuenta que los nuevos tiempos han traído transformaciones socioeconómicas sustanciales que afectan la relación médico-paciente que es necesario evaluar y comprender, trasformaciones que llegan desde afuera del ámbito médico pero que plantean un verdadero reto moral a los profesionales de la salud, aparece de manera sobresaliente el trabajo de la Dra. Haavi Morreim, filósofa, profesora en el Colegio médico de la Universidad de Tennessee, interesada por la relación M-P. Ella es autora del texto "*The New medical ethics of Medicine´s New Economics*" (Morrein 1998) que llega a la reflexión sobre la RMP con una perspectiva novedosa y altamente pertinente, como es mostrar cómo la relación médico-paciente está ahora sometida a un contexto socio económico trasformado, pues el mundo contemporáneo es radicalmente distinto al del inicio del siglo veinte en términos de la economía y de la relación del individuo enfermo con las redes de salud, donde aparece un nuevo actor, que es la compañía de seguros, un tercero en la escena que posiblemente tiene otros intereses distintos a los del enfermo y el profesional de la salud.

Esta rápida revisión por cuatro autores que han escrito sobre la relación médico-paciente, en tres décadas diferentes, tiene el objetivo de inducir al lector interesado en la Bioética clínica a profundizar en los autores y posiblemente motivarlo a investigar en ese sentido, pues el campo de acción de los profesionales de la salud se amplía cada día con la diversidad de escenarios donde la medicina actúa.

Bibliogafía

Ezekiel, Enmanuel. (1992) . *Four models of the medical patientes relationship* JAMA Journal of American Medical Asosiation. 267:221-223

Veatch, R M (1981) *A Theory of Medical Ethics*. New York NY Basic Books Inc Publishers

Gracia, Diego. (1998) *Fundamentos de la Bioética*. Bogotá: Ed. El Buho.

English, Dan. (1994)*Bioehtics .Washington, EE.UU.* :Ed. Norton Medical Books..Univ. Georgstown

Haavi, Morreim .(1998) *The New Medical Ethics of Medicine´s New Economics* Balancing Act. Washington,EE.UU.: Georgetown University Press.

A propósito de la medicalización de la sexualidad en el envejecimiento

José Miguel Silva, MD[1]

Es muy frecuente encontrar el argumento que se refiere a la medicalización de la vida, siendo las personas mayores uno de los principales objetivos, y que se acuse a la industria farmacéutica y a los médicos de ejercer un poder indebido, a través de impulsar la bio-medicalización de un grupo etario que cada día es mayor proporcionalmente en la pirámide poblacional mundial. Esto es particularmente revelador en el ámbito del erotismo, donde se considera que la gerontología debe defender que los viejos sean sujetos de sus deseos y evitar que se conviertan en objetos de una ciencia.

Cuando se habla de medicalización, se refiere a darle significación médica a ciertas conductas o condiciones individuales o sociales, es decir definirlas en términos de salud y enfermedad. En consecuencia de lo anterior, la práctica médica se convierte en un vehículo para controlar la experiencias problemáticas o calificadas como desviadas.

Uno de los temores más discutidos a propósito de la medicalización de ciertas condiciones es el de la creación de enfermedades o enfermedades inventadas, también llamadas enfermedades mediáticas. Payer (1992, Moynihan, R, 2002) enumera las características de una enfermedad de esta índole:

- Tomar una función orgánica normal e insinuar que hay algo erróneo en ella que debería ser tratado.

1 Urólogo. Profesor asociado Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

- Sobrevalorar un sufrimiento cuyo origen no está necesariamente en la causa señalada.
- Definir una proporción tan amplia como sea posible de personas que están sufriendo la enfermedad.
- Definir como enfermedad una condición causada por una deficiencia o desequilibrio hormonal.
- Apoyarse en los especialistas adecuados.
- Presentar las cifras de manera especial.
- Utilizar selectivamente las estadísticas para exagerar los beneficios del tratamiento propuesto.
- Plantear un objetivo equivocado.
- Promocionar la tecnología como magia libre de riesgos.
- Tomar un síntoma común que podría representar algo menor y hacerlo aparecer como si se tratara de una enfermedad seria.

Es, desde finales del siglo XX, cuando se dice que la medicalización de la sexualidad ha alcanzado los más altos niveles, debido a la creciente importancia de la sexualidad en la vida moderna, que ha cobrado enorme valor como parte de la exaltación social de la juventud y de la salud; a un conocimiento sexual insuficiente que incrementa en la población expectativas y sentimientos de incompatibilidad, con la consecuente estigmatización que de allí se deriva; y a los avances tecnológicos que proponen soluciones médicas sencillas para corregir las deficiencias en las expectativas de satisfacción y bienestar. Lo anterior es patrocinado, según los críticos, por los medios de comunicación que cada vez más medicalizan la sexualidad mediante la difusión de información epidemiológica que exagera la prevalencia de los factores médicos; sobredimensionan los problemas sexuales, al tiempo que promueven una visión patologizada y reduccionista de los mismos; publican estudios llamativos y novedosos sin cuestionar su rigurosidad, centrados en la espectacularidad y lo atractivo, destacando la información que propone soluciones sencillas y mágicas.

Se entiende como medicalización, en este caso del envejecimiento, el proceso mediante el cual cuestiones sociales son definidas como problemas médicos, con lo que se amplía la jurisdicción de la medicina. Este concepto es visto por los críticos como una estrategia para extender el dominio profesional y el control social institucionalizado. Sin embargo, es importante distinguir entre sobremedicalización, la que es típicamente entendida como negativa, de medicalización constructiva.[2]

2 BROWN, P. "Naming and Framing: The Social Construction of Diagnosis and Illness." In Perspectives in Medical Sociology, 2d ed. Edited by P. Brown. Prospect Heights, IL: Waveland Press, 1996. Pages 92–122.

En relación con la biomedicalización del envejecimiento, se asume que el concepto general y prevalente de la vejez se equipara con una enfermedad o proceso patológico que, por lo tanto, se interpreta a la vejez desde una perspectiva médica con las consecuencias lógicas en las prácticas médicas, en la investigación y en la opinión pública. De hecho, existe la misma crítica a los límites impuestos a los derechos sexuales y reproductivos como consecuencia de haber abordado la sexualidad desde los campos biológicos y biomédicos, que según los críticos, han derivado en la medicalización de los cuerpos y la sexualidad.

La gerontología ha sido el campo que a partir de la segunda mitad del siglo XX ha apoyado la sexualidad de los adultos mayores, de manera que si en algo ha variado la perspectiva social ante este tema, en gran parte se debe al papel que esta rama ha ejercido para evitar la discriminación social en general hacia la población vieja. Parte del enfoque más optimista se debe a la demostración de que rasgos, tales como: salud, sexualidad, capacidad intelectual, productividad, etc, pueden calificarse desde una perspectiva mas positiva. Así pues, en esta época de marcada defensa de los derechos humanos, la sexualidad de los viejos y otras facetas son motivo central de análisis.

La gerontología aborda la sexualidad desde una óptica científica y moderna, en la que le otorga un valor tan central como la salud, asociándola a la salud física y mental, como un recurso indispensable para el bienestar. La noción de sexualidad no se limita a la genitalidad sino a la búsqueda de placer y afecto, dentro de un marco cualitativo donde el gravitas recae sobre el significado y el atributo de las relaciones.

Por otro lado, se puede aducir que parte del cambio de perspectiva social presentado en las últimas décadas del siglo pasado y en la primera del siglo XXI, obedece también a modificaciones en la temporalidad de las edades y la mayor flexibilidad permitida a sus límites. En la medida en que se disipan los elementos simbólicos que tradicionalmente definían las edades, y pierde vigencia el orden de los acontecimientos que demarcan las edades, se prolonga la relación de las personas dentro de la sociedad con la autonomía y responsabilidad de los adultos jóvenes. Esta flexibilización de los límites que permite postergar el envejecimiento, produce similitudes en los gestos, las posturas y en las formas de búsqueda de placer.

La aceptación cada vez más frecuente de biotecnologías que disimulan o difieren las marcas de la vejez, se pueden entender de dos maneras: una de ellas, como un rechazo patológico al cuerpo como objeto inalterable y otra, como un recurso para mantenerlo más acorde con la idea de sí mismo y más auténtica con la idea de corporalidad elegida. Es aquí donde se ubica gran parte de la crítica a la propaganda instaurada por la "empresa del envejecimiento", donde el erotismo es materia central.

Otra de las críticas se origina en los sexólogos que propenden por abordajes de carácter sicológico, los que aducen

que la medicalización conlleva el riesgo de simplificar la sexualidad a una elemental respuesta física ante un estímulo, a menospreciar la complejidad relacional y sicológica de la sexualidad, a convertir en patológicas las diferencias y en consecuencia promover respuestas uniformes, y a no considerar argumentos de género, culturales y políticos que pueden estar unidos a la vida sexual de las personas. Son numerosos los estudios que demuestran que más que la longevidad, son las enfermedades crónicas y algunas condiciones situacionales (viudez) las que impiden el ejercicio de la sexualidad en la vejez. Al efecto deletéreo sobre la sexualidad de las enfermedades crónicas, cuya prevalencia se incrementa con la edad, se suma la capacidad inhibitoria del deseo sexual que tienen los medicamentos utilizados para tratar las enfermedades crónicas y la combinación de los mismos , tanto en hombres como en mujeres.

Es indudable que la construcción de los derechos sexuales y reproductivos como parte inherente de los derechos humanos, permiten a los individuos tener control sobre su propia sexualidad en los aspectos reproductivos y en los eróticos. La promulgación explícita de los derechos sexuales y reproductivos liga directamente la sexualidad con la libertad, igualdad y dignidad y obliga a los estados a proteger estos derechos mediante políticas públicas. El ejercer la sexualidad independientemente de la edad es una de las particularidades que definen y alcanzan los llamados derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales involucran la esfera de la sexualidad en tanto elemento de la psiquis y manifestación de la libertad personal, que han aceptado los planteamientos expuestos por grupos liberales que han invocado el derecho al placer, y por extensión al afecto, como un derecho más y tan humano como la vida. El carácter evolutivo y dinámico de los derechos, les permite impregnarse constantemente de los movimientos civiles que propenden por nuevos derechos o titulares de derechos, lo que afecta a personas concretas quienes desean tener relaciones distintas respecto al poder, por razones de raza, sexo, orientación sexual o edad.

La inclusión de la sexualidad como un tema de derechos humanos ha implicado contemplar estudios sociales y políticos por encima de los biológicos y médicos, así como la participación de los movimientos minoritarios que han defendido la libertad sexual limitada únicamente por la autodeterminación de sus propias vidas.

Para mantener una sexualidad activa se requiere de un aceptable estado de salud general, salud genital natural o asistida, un sentido erótico positivo y una pareja en las mismas condiciones.

La salud sexual, a su vez, debe tener en cuenta tres componentes: 1) Deseo sexual, que depende del sistema neuroendocrino , especialmente de la producción de niveles fisiológicos de testosterona, tanto en hombres como en mujeres. El deseo sexual está modulado adicionalmente por factores socioculturales, ambientales y de pareja. 2) Respuesta sexual, que

siempre debe estar presente. Cuando existe alguna alteración de las fases, éstas deben ser susceptibles de corrección. 3) Concordancia entre salud general y sexual, por cuanto las enfermedades generales no deben afectar en grado suficiente la respuesta neuroendocrina y vascular genital, de tal manera que sea susceptible de tratamiento en caso de fallas.

Otros factores que influyen en la respuesta sexual son: la edad, especialmente por la aparición progresiva de factores vasculares y hormonales que causan disfunción sexual; parejas inadecuadas, por cuanto la disfunción sexual de una persona puede conducir a disfunción en la pareja; la soledad e interferencias económicas, laborales, sociales y familiares. Aunque muchos de los cambios tienen relación directa con el proceso involutivo y son el reflejo de la enfermedad aterosclerótica, la enfermedad de las arterias y la menor producción de hormonas sexuales, surgen otras barreras que tienen que ver con la disponibilidad de pareja y también factores ambientales tales como la pérdida de intimidad en el hogar en la medida en que el grupo familiar aumenta.

Existe la creencia general, aunque cada vez menos aceptada de que con el envejecimiento deben desaparecer el interés por el sexo, el deseo sexual y en consecuencia las relaciones sexuales. Sin embargo, estudios de comportamiento sexual tradicionales, como el realizado por el famoso sexólogo norteamericano Alfred Kinsey en 1948 demostró que hasta un 83% de los mayores de 80 años mantenían una actitud positiva hacia el sexo y que alrededor del 25% de los mayores de 75 años eran sexualmente activos, que el 28% de las personas entre 66 y 71 años tenían relaciones sexuales con una frecuencia de una vez por semana.

Hoy a la luz de estudios más recientes y realizados en nuestro país sabemos que el 80% de los hombres y mujeres mayores de 70 años mantienen un deseo sexual entre moderado e intenso y el 70% de ellos, en promedio, tienen una actitud positiva hacia el sexo, reflejada en que el 60% de la población de uno y otro sexo mantenían actividad sexual.

Es indudable que las alteraciones de la erección aumentan con la edad y que el proceso de envejecimiento se comienza a notar a partir de la cuarta década de la vida cuando un 36% de los hombres manifiestan algún grado de disfunción eréctil. Este porcentaje aumenta progresivamente en cada década subsiguiente hasta alcanzar un 80% en los mayores de 80 años. Adicionalmente, en la medida que envejecemos aparecen enfermedades crónicas, tales como: hipertensión arterial, diabetes, aumento en las cifras de colesterol y triglicéridos en la sangre, que atentan contra la salud de las arterias y dificultan en mayor grado la posibilidad de mantener una vida sexual activa y placentera.

Lo anterior se traduce en que las alternativas actuales para mantener o restablecer la vida sexual son un recurso importante y cada día más indispensable en el mantenimiento de una calidad de vida adecuada.

Mascotas para el ser humano en el contexto de la Bioética clínica animal: Quirón al rescate de los suyos

Ricardo Andrés Roa-Castellanos, DMV*

Introducción

"En el semblante de un animal que no habla, hay todo un discurso que solamente un espíritu sabio puede entender"
Mahatma Gandhi

La condición de "*paciente*", fundida en un solo ser para el médico humano, se escinde en el caso del terapeuta veterinario. El veterinario suele atender dos seres, que por las circunstancias se vuelven uno en cada consulta: a su paciente obvio –el animal– y al mal llamado propietario, dueño, o responsable, que en buena fe, en realidad es su protector. ¿Dónde quedan las arrogantes diatribas contra el paternalismo en el ejercicio médico sobre los que están en condición de máxima vulnerabilidad e indefensión, sobre los enfermos? Esta situación probablemente hace lucir el discurso antipaternalista como un sin sentido. Empero, el paralelismo auto-referencial más cercano para la propia medicina humana está en la pediatría, que encuentra en su práctica rutinaria un paciente y, aparte, un interlocutor con poder decisorio sobre ese paciente que habla con el médico. La acción dialógica se entabla entre la semiología del paciente, la interpretación médica, y ciertas descripciones, deseos y autorizaciones emanadas del acudiente.

* Profesor Investigador. Instituto de Bioética. Universidad Javeriana.

La recepción de una comunicación requiere una actitud empática de sintonía con el contenido afectivo de lo comunicado –*lo que no se agota ahí*– ya que el lector de la realidad clínica es enriquecido y conminado a responder a la semiología del paciente, y otra clase de mensajes que recibe, como anotan los Kottow (2009), en relación con el encuentro clínico y las reflexiones florecientes a partir de la observación de los cuerpos vivos y vividos. La semiología así fue concebida no sólo en el ámbito médico humano. También en el veterinario.

¿Cómo comprender de mejor manera las conveniencias de los pacientes animales? Construir una base para una Bioética clínica, por tanto, debe empezar por reentender las comprensiones humanas sobre los animales, que en muchos campos, desde la psicología hasta la inmunología, han sido modelo de enfermedad humana (psicológica y orgánica).

Tanques de Pensamiento en Bioética Animal como Peter Carruthers (Filósofo de la Ética de la Calidad), reseñados en la obra "Animal Bioethics" (2005: 89), dicen que aunque los animales pueden *"sentir algunas calidades de la vida"*, ellos no tienen la habilidad de evaluar dichas cualidades. Sin embargo, en la realidad, los animales muestran preferencias y elecciones situacionales, o contextuales, lo que desvirtuaría su planteamiento. El animal escoge lo que nota como *mejor*. En la noción mejor está implícita la idea de bien y sus contrastes. Intuitivamente el animal reacciona tendiendo a buscar lo mejor desde un sentido primario, es decir, lo que contribuye sensorialmente así sea por acto reflejo hacia su supervivencia. Entonces, como el humano, instintivamente y no, deja lo que no le conviene, sufre al no haber otra alternativa –alejándose como puede de ello–, o ataca la fuente de amenaza contra su bienestar, y *"bienser"*.

Vincent Pompe (biólogo y filósofo) en la misma página donde se cita a Carruthers, dice: *"Ni la zoología ni la filosofía pueden proveer certeza de que los animales son "conscientes" de lo que sienten"*. El trato veterinario, en conjunto con lo sugerido por la frase introductoria del Mahatma (Alma grande), al igual que el notar la respuesta de gratitud de los animales –desde la evidencia empírica– sugieren precisamente lo contrario a las afirmaciones anteriores. Indirectamente se sabe que puede haber (al menos rudimentos de) consciencia al ver actos de escogencia.

Probar a través de metodología indirecta es también probar para la filosofía, la veterinaria, o la zoología. La divergencia del enfoque entre zoólogos (especialidad de la biología) y veterinarios, para contextualizar, es tan grande como la existente entre humanistas y médicos. El objeto del conocimiento es el mismo, la perspectiva y sus objetivos se hallan bastante distantes. Por suerte hay profesionales que construyen puentes de integralidad y auspician un equilibrio en-

tre saberes: ese es el llamado de la Bioética clínica en la práctica humana o veterinaria.

¿Un amuleto reacciona?

Los animales de compañía (perros, gatos, hámsteres u otros pequeños mamíferos, cerdos pequeños, aves ornamentales, reptiles –sí, reptiles, o también peces–), son habitualmente llamados mascotas. Viven en torno al domo o dentro de él: y domo, de donde se origina la palabra doméstico, es la casa. En estos animales, dado el sentimiento que acompaña su relación con los seres humanos, suelen practicarse procedimientos clínicos similares a los de la práctica clínica humana. La preocupación de los "propietarios" en torno a estos seres ha promovido el avance científico-técnico de la Medicina de animales, e incluso de la Medicina humana. Pero, *¿Cuál es la significación ética de las mascotas para el ser humano?*

Ética, como bien lo sugiere Foucault (1997), más que el aséptico análisis de las costumbres, implica el cuidado de sí mismo y de los otros. ¿Y cómo cuidar de algo? ¿Cómo llevarlo al bien? ¿Somos los únicos seres merecedores del bien? ¿Dentro de *los Otros* también caben las mascotas, los animales?

El bien en ética, y en la realidad, lo elige cada cual acorde con su auto-formación según el autor francés ya citado: la comprensión del fenómeno de la libertad se contrasta con las cárceles, o restricciones de movilización impuestas. No obstante, la libertad se ve como agobiante carencia también en guacales, peceras y jaulas animales. ¿Las agresiones de los animales hacia los humanos son gratuitas, o al contrario provienen de entrenamientos o una larga exposición a estímulos adversos hacia su libertad?

Los incidentes como el de la ballena macho Telikum, "Telly", de 30 años y 6 toneladas de peso, en Sea World, Florida, o las agresiones por perros trabajadores en vigilancia –*que son continuamente restrigidos territorialmente por medio de cadenas, bozales, golpes, tirones, o espacios sobrelimitados*– son reacciones ante el desconocimiento de un ser que también tiene necesidades espaciales para existir. El animal agrede pero, como en el caso de Telly, con dos víctimas mortales previas ***no engullidas***, azota pero no se come a la víctima, que suele ser el efector vivo de una situación frustrante. Las comparaciones en la reacción ante la frustración, al perder el control sobre sí mismo, son totales tanto con mascotas como con los mismos humanos, ante amenazas territoriales y otra clase de atentados que diezman el ser.

¿Es necesario sacrificar a los humanos inconformes como suele ser la respuesta con los animales agresores? ¿Porqué proceder así con ellos manteniendo las condiciones desquiciantes como sucedió con Telly? La falta de Libertad genera comportamientos estereotipados de desespe-

ración, y queja en los animales, mientras en el animal humano ¿acaso crea mayores neurosis? Quien tenga oídos que oiga esa enseñanza, que proviene desde los animales, pero que envuelve una verdad que también se cumple en el humano.

En retrospectiva, la palabra *mascota* –que puede darnos luces como modelo de nuestras enfermedades no orgánicas– deviene del vocablo provenzal *"mascoto"* que denotaba la idea de talismán, amuleto y brujería (Gómez de Silva, 2005). Tan absurda es la creencia esotérica que algunos hoy portan una pata de conejo o consumen partes especificas de animales para apropiarse de su "buena energía". Cualquiera de los conceptos revela una idea supersticiosa. En congruencia, aún varias etnias como la wayuu creen que la presencia de un animal puede desviar las energías que de otra forma enferman al ser humano. La costumbre en mención es el poner una cabra en la puerta de la casa del enfermo. Se cree que si la cabra enferma o muere se ha salvado la vida del enfermo dentro de la casa. Eso también lo ha visto el autor como creencia campesina andina.

Consecuentemente, los animales domésticos que han cumplido una función de acompañamiento desde tiempos atávicos, según este enfoque primitivista de "uso", perdieron su perspectiva de *ser* valioso en sí mismo. El animal comienza a significar símbolos y el humano descuida, olvida, u omite al "hermano" animal. El valor intrínseco a su maravillosa existencia desaparece. Sus sensaciones son irrespetadas, su estatus moral negado a base de "conceptos filosóficos" emitidos por la prepotencia intelectual denunciada por Karl Popper hacia sus congéneres, que es una absoluta aberración contra las otras formas vivientes. Quienes *"no saben lo que hacen"* para el correlato evangélico, son los seres humanos –por lo general letrados– que por sobre todo especulan y regentan basados en preconceptos culturales, hoy denodadamente insostenibles no sólo para sí mismos si no para la esfera biológica o ecológica. *¿De qué debe libertarse entonces la humanidad empezando por el lector y el autor de este escrito?*

Sintomatología cultural

La obra *"Los Arquetipos y el inconsciente colectivo"* de Carl Gustav Jung (2002) describe la idea *animal* en sus significados sesgadamente negativos. El nivel atrasado de la psique humana es el nivel animal (Cf. Jung, o.c., 465). El *poltergeist*, duende espantoso que da golpes, en no pocos relatos culturales tiene forma animal (Cf. Jung, o.c., 457). Del mismo modo, el *Manual de Zoología Fantástica*, metamorfoseado en el *Libro de los Seres Imaginarios,* ambos de Jorge Luis Borges, recoge varios animales cargados culturalmente de negatividad.

Los niños de ciudad hoy temen a los perros –puede temerse fácilmente cuanto se desconoce; es difícil amar en el miedo y

el desconocer impide amar, acción que perfecciona el trato–.

En lugar de acercar a las especies el orden legal está acentuando estas conductas de desunión. La legislación misma (Ley 746 de 2002 de la República de Colombia) comienza a cercar al mejor amigo del hombre, prohibiéndolo y empezando gradualmente tal cerco por razas especificas. Perros como los Pit bull, Rottweiller, Mastín napolitano, Stanfordshire terrier, Dogo argentino, Fila Brasilero, Doverman, o Dogo de Burdeos son por Ley estigmatizados. La prevención cultural hacia estos seres es mayor, lo que significa sujeciones con correas, gritos de los niños al verlos, evitaciones del trato por parte de la gente que huye de ellos y hasta los persigue para eliminarlos (envenenándolos, sacándolos) y otras conductas que resienten los animales. Tal y como sucede con los humanos, los animales en muchos casos cumplen con el rol que les es impuesto. Una traumática manera de dejar *de ser lo que en realidad son*.

Otra expresión del desmembramiento de la actitud favorable entre animal y humano son los reglamentos de propiedad horizontal, que pueden vetar la tenencia de mascotas para la totalidad de los residentes de un conjunto. Las ciudades así se van haciendo desiertos para la vida que no sea humana, pues *los derechos* regentes desde la citadina y legalista Ilustración (que comienza una cruzada antinaturalista excepto por Rousseau, para quién la naturaleza es la primera maestra), son aquellos derechos exclusivos del hombre. La carga negativa hacia los animales predomina y lo único admisible es su uso. Eso es un síntoma social. Si ello ha pasado con las mascotas, envestidas socialmente de afecto, no es de extrañar que del total de las 47.677 especies descubiertas, a la fecha el actuar del ser humano tiene en peligro de extinción a 17.921[1].

¿Es la causa que el ser humano promedio cada vez desconozca más la naturaleza?

Lo opuesto a la noción utilitarista es *la valoración campesina del animal* que lo considera un miembro más en la familia, y como tal, coopera en ella sin que esa sea su única función. Lo opuesto es también la valoración del niño, o del adulto mayor, que en la soledad de la neurótica vida moderna [para el concepto de neurosis de Víctor Frankl (2009)] descubre al *ser* animal –su mascota– lentamente, en cada una de sus reacciones, gestos, gustos, disgustos y expresiones. Como resultado, para la mayoría de los casos vendrá el llanto al momento de la despedida pues lo que termina por surgir del verdadero conocimiento es el Amor.

1 [Febrero 19 de 2010] URL: http://www.iucn.org/about/work/programmes/species/red_list/?4143/Extinction-crisis-continues-apace

El mundo afectivo del animal es un conocimiento vivencial, independiente de la percepción o sensibilidad humana, que trasciende jaulas, rejas y especulaciones, dando per se –en cada animal– origen a sensaciones, mociones y sentimientos morales, es decir, generando comportamientos de escogencia para el cuidado de sí mismo, de sus seres queridos y de su hábitat (moral que viene del latín *moris*, morada).

Desvinculación: teriomorfismo humano-animal.

En algún momento de la historia, el animal comenzó a significar culturalmente cosas distintas a su ser. De *ser* el amigo, el espíritu compañero, o el *hermano protector*, el animal comenzó a ser objeto con el cual recrearse, el alimento, el sacrificio, la compañía. El teriomorfismo de las antiguas religiones de medio oriente demuestra esa transición. De la valoración totémica indígena, que extractaba –contemplativamente– de cada especie animal sus características existenciales (cualidades y defectos tanto en lo orgánico como en lo comportamental), se pasa a una personalización de los animales, en conjunción con caracteres humanos, lo cual crea ideales *Mundos de quimeras* (organismos en donde se fusionan dos o más especies que conservan sus rasgos representativos intactos).

Ejemplo de ello son el dios egipcio Pe (cabeza de halcón, cuerpo humano), el licántropo (cabeza de lobo cuerpo de hombre), o la esfinge (cara y pecho de mujer, patas y cola de león, alas de ave) que justamente pregunta, según Apolodoro, a Edipo sobre la naturaleza humana desde criterios animales: *"¿Cuál es el (ser) que al mismo tiempo es un bípedo, un trípedo y un cuadrúpedo?" (Camina, gatea y se vale de un bastón, lo que define etapas del desarrollo humano)*. Los defectos humanos (agresión, lujuria, mala intención) suelen alinearse hacia el componente animal en estos mitos. La esfinge asesina con sus patas. En la realidad el humano comete actos nocivos para los otros y para sí mismo tras pensarlo.

Las mascotas se vuelven dependientes del ser humano y de la manía de este último por artificializarlo todo –dados sus "*bestiales"* afanes por verse inteligente–. La mayoría de las mascotas jóvenes (cachorros) ha de sufrir de cuadros frecuentes de *Ansiedad por Separación* cuando su "propietario" no está con ellos (Ver la *Psicología de la neurosis de angustia* en Frankl). Es decir, ellos comparten nuestra cruz. Destruyen en su sufrimiento cuanto tengan a la mano y como retribución, por parte del iracundo "propietario", recibirá un castigo físico por el asunto de la pantufla destruida, y cargará con la insatisfacción laboral o emocional del dueño. ¿Es esto justo? ¿Un ser puede ser un desahogo de otro? No, según el kantiano Jahr los seres son fines en sí mismos (Roa & Bauer, 2009) *no sólo medios*. El respetado etólogo veterinario Néstor Calderón, lo advierte con la infatigabilidad

inherente a la justicia: el maltrato contra la mascota animal es una oprobiosa alerta de intolerancia, por cuanto anticipa o discurre, en frecuentes casos, con la violencia intrafamiliar no-animal.

Asimismo, la alimentación es masificada; artificial y técnicamente dirigida. Se llega a un punto tal que a los carnívoros, canes o felinos, se les niegan los huesos en las recomendaciones dietarias de los médicos de animales, que son lecciones aprendidas desde las rentables compañías de concentrados. Comer diariamente caviar y sólo caviar sería una condena para el humano, nutricionalmente más peligrosa que la dieta de pan y agua.

La interdisciplinariedad grita que las perversiones del mercado han ocasionado, por el orden natural, que las vacas alimentadas con harina de sangre en los concentrados –lo cual no se daría en la naturaleza– desarrollen Vaca loca (Encefalopatía espongiforme bovina), o que los carnívoros perros, alimentados a base de harina presenten tempranas Cirrosis hepáticas. Sin embargo, hablar de actos *contra-natura* es inconcebible en el apogeo de la actual artificialidad antropocentrista (en torno al ser humano), del reduccionismo biológico, o de la idolatría en pos de la *Falacia naturalista*. Casualmente, Inglaterra es simultáneamente la víctima endémica de la Vaca loca, y además la cuna, no sólo de la Revolución industrial –que fabrica alimentos animales en serie, como estas comidas procesadas–, sino también del padre de la gran *falacia* en cuestión, el londinense G.E. Moore.

La palabra teriomorfismo proviene del griego *therion* que significa animal salvaje, y *morfismo* que supone forma. Pero no cualquier forma, sino una forma *"morphe"* –valga la aparente redundancia– que eran aquellas suscitadas en los sueños. Morfeo, dios de los sueños y actor en la obra *Las Metamorfosis* del romano Ovidio, en latín narra la creación de los mundos mitológicos. Pero en la misma construcción del concepto teriomorfismo hay error. *Morfeo* en esa obra se centraba en manejar los elementos humanos de los sueños. Pero era su hermano *Fobetor*, el responsable de la participación animal en los sueños. En adición, el otro hermano *Fantaso* cumplía el mismo trabajo en lo que tenía que ver con el manejo de los objetos in*animados*. Tres categorías diferentes en la semiótica del relato: Humanos, animales, ***y aparte,*** cosas.

Y el ser animal, sin embargo, en tanto animal es usurpado, abusado, hipertrofiado (en la terminología de Jung), culturizado, y, hoy por hoy, muerto o coartado rutinariamente por el ser humano sin cargas morales, arrepentimientos, o culpas, pues el animal –incluso para muchos ignotos de la naturaleza animal–, equívocamente, representa lo *peor* de nosotros. La conciencia en el humano puede obnubilarse ante el error, y así, seguir tomando decisiones inadecuadas, sobre otros y sobre sí mismo, que ni si-

quiera son objeto de reflexión y menos aún de corrección:

Hablamos de la prepotencia cientifi*cista* que señala la respuesta límbico-hipotalámica (cerebro R en el cerebro límbico) como portadora de carga animal para indicar la negatividad en el comportamiento. Es decir, la alusión a la agresión, lo instintivo, la sexualidad incontrolada, o la violencia, que en el ser humano –muy a diferencia de los animales– suelen ser, en verdad, procesos *pre-meditados* cuando se llega a su consumación. Al sistema límbico en realidad científica se le debe la vida afectiva, la preservación del organismo y la especie, la integración genética y ambiental a través del aprender lo que contribuye a las reacciones conductuales.

El animal actúa instantáneamente, además de instintivamente ante lo que ve como una amenaza según sus necesidades –entre las cuales se cuenta la supervivencia–. Las porciones del *neo-córtex prefrontal* en el humano regulan el procesamiento de las respuestas límbicas configurando la conciencia. A juzgar por las conductas *"concientes"* del humano este erraría al poseer la libertad de la escogencia y escoger, según la ética y la espiritualidad, lo inadecuado para sí y para los otros.

Por ejemplo, suele ser causal de agresión animal que el humano vea a los perros territoriales a los ojos. La recompensa ante el desafío territorial es la agresión. Quien pasa caminando aligerando el paso, viendo *humildemente* al piso, salva el pellejo. En contraste, hemos reiterado que el ser humano maquina frecuentemente sus acciones. *¿Maquinan las maquinas, Descartes?* La ética, como vía para alcanzar una vida colectiva mejor a través de la recta razón, incluyendo a los animales, es una urgencia perentoria.

Una vez más: la medicina salva

Quirón, símbolo griego de la Medicina y de la Veterinaria, tiene desde su torso, condición humana al tiempo que posee patas de brioso caballo. Un poderoso ser cuya ineluctable plataforma es de ágil y poderoso animal. Su síntesis lo describe como educador de moral, medicina y cirugía, tanto humana como animal, que contó entre sus alumnos a Asclepio (Esculapio romano), el dios de la medicina, que la tradición juzgaba era ancestro del actualmente vituperado Hipócrates. Higia (diosa de la medicina) y Panacea (cura para todos los males), todos citados en el Juramento hipocrático, son descendientes de esa misma familia, que como tronco originario, mínimo representa otra clase de estructura simbólica sobre los animales.

Por ello, es importante comenzar a reconstruir nuestra relación ética con los animales desde donde persiste un vínculo humano y conocimiento afectivo con el Otro animal. La ética es el cuidado de

sí mismo y de los otros. ¿Cómo se puede satisfacer la protección y el cuidado de ese Otro si no se valora al Otro como ser en sí mismo?

La discusión, entonces, conlleva de la ontología al campo de la ética metafísica. Para Aristóteles, filósofo, padre de la veterinaria, que empezó siendo zoólogo, uno de los 3 pilares de la metafísica era justamente éste: El ser es en tanto que ser. Por sobre cualquier circunstancia los animales son seres.

Agradecimiento:

A mi madre, otra Leonor "miura" que parió un Corazón de León, y a la Dra. Audrey Calderón DMV, que compartió con nosotros la bella frase del Mahatma.

Bibliografía

Foucault, M. (1997). *Ethics. Subjectivity and Truth*. New York: The New Press.

Frankl, V. (2009) Psicoanálisis y Existencialismo. México: FCE.

Gómez de Silva, G. (2005). Breve Diccionario Etimológico. México: FCE.

Jung, C. G. (2002). *Los Arquetipos y El Inconsciente Colectivo*. Madrid: Trotta.

Kottow, M & Kottow, A. (2009). *El Encuentro Clínico: Reflexiones Semióticas*. Revista Bioethikos. 3(2): 194-200.

Marie, M. (2005). *Animal Bioethics. Principles and Teaching Models*. Wageningen: Wageningen Academic Publishers.

Roa-Castellanos, RA & Bauer, C. (2009). Presentación de la Palabra Bioética, del Imperativo Bioético y de la Noción Biopsicología por Fritz Jahr en 1929. Revista Bioethikos 3(2): 158-170.