

Director

Eduardo Díaz Amado

Grupo de investigación en Bioética

Eduardo A. Rueda Barrera
 Germán Calderón Legarda
 Jairo Clavijo Poveda
 José E. Cuéllar Saavedra
 Eduardo Díaz Amado
 Hugo Escobar Melo
 Javier A. González Cortés
 Edgar A. López López
 Olga Maldonado Gómez
 Edilma M. Suárez Castro
 Fernando Suárez Obando
 Efraín Méndez Castillo
 Liliam Torregrosa
 Nelson Castañeda Alarcón

Con el apoyo de:

Instituto de Bioética,
 Facultad de Medicina,
 Pontificia Universidad Javeriana.

Diagramación, CTP e Impresión

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

ANAMNESIS

Revista de bioética

Número 7, Agosto - Diciembre 2012

ISSN 2011-1258

Contenido

Editorial	3
Eduardo Díaz Amado	
Alcances y limitaciones de los estudios de mapeo genético: implicaciones para estudios biológicos y de comportamiento	5
César Acevedo-Triana	
Dilemas médicos: una forma de expresión de las contradicciones del capitalismo	16
Adriana Ardila Sierra	
Concepción del cuerpo humano en los poemas homéricos (La Iliada) por una anatomía poética	23
Juan Pablo Arredondo Neuto	
El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX: ¿Un agujero en la ciencia médica?	34
Herwin Eduardo Cardona Quitián	
Historia y medicina: el caso de los locos y la locura en la comunidad médica bogotana a finales del siglo XIX y principios del XX	42
Diana Vanesa Díaz Martínez	
La esterilización femenina forzada en el contexto latinoamericano	51
Edith Carolina Pineda Pinzón	
Principios bioéticos y prevención en la atención primaria en salud: una reflexión del derecho a la salud, la calidad de vida y el desarrollo sostenible	58
María Mercedes Hackspiel	
Olga Lucía Paredes	
Una mirada bioética al desarrollo científico y tecnológico de las investigaciones biomédicas en enfermedades parasitarias tropicales olvidadas	71
Ramón Portillo	
Responsabilidad profesional e informes periciales	79
Liliana M. Támara P.	
Bioética y trasplante de tejido compuesto de cara	86
Juan Carlos Zambrano Bürgl	
Luis Eduardo Bermúdez	

EDITORIAL

EDUARDO DÍAZ AMADO¹

Podríamos decir que 2012 fue un año más de crecimiento para el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Javeriana. Fueron muchas las actividades realizadas y logros alcanzados. Se haría muy extensa, sin embargo, la lista de todo lo hecho. Por esto, resaltaremos aquí apenas unos puntos, a riesgo de ser injustos y dejar por fuera cuestiones que bien podrían ser consideradas por otros como dignas de ser resaltadas. Para empezar, en 2012 celebramos los 15 años de la fundación de nuestro Instituto. Aunque como se ve somos aún un Instituto joven, los aportes a la construcción de una bioética crítica y progresista pero juiciosa han sido innumerables, no solo en Colombia sino en la región. Nacido en el seno de la Vicerrectoría Académica, su talante de espacio para la investigación rigurosa y el debate abierto y plural alrededor de diversos temas de importancia para la bioética y áreas afines, e.g. filosofía moral y política, historia y filosofía de la medicina, entre otros, no solo se ha acrecentado año a año, sino que

dicho talante se ha constituido en un rasgo esencial de nuestro Instituto. Quienes lo conocen de cerca, o incluso también de oídas, saben que le hemos apostado con fervor a la inclusión, el pluralismo, el juicio crítico, la honestidad intelectual, el trabajo permanente y el compromiso social. Y así esperamos mantenernos, en especial después del legado que nos dejara nuestro maestro y anterior director, el profesor Guillermo Hoyos, quien falleciera el 5 de enero de 2013.

La presencia del profesor Hoyos en nuestro Instituto trajo, entre otras muchas cosas buenas, una claridad muy importante para quienes trabajamos en bioética en Colombia: en vez de ser terreno de experticias, tarima para arengar a favor de ideologías particulares o escenario para el ejercicio de cualquier tipo de poder que quiere esquivar la crítica, sea éste de tipo médico, científico o religioso, la bioética está llamada a ocuparse de diversos problemas en tanto temas de *interés público*. Aunque muy ligada al terreno biomédico en sus

1. Profesor Instituto de Bioética. eduardo.diaz@javeriana.edu.co

inicios, y hoy por hoy casi inconmensurable por la cantidad de temas a los que los mismos bioeticistas le han dado un carácter “bioético”, del profesor Hoyos aprendimos que la bioética es debate abierto, plural, incluyente, juicioso y crítico no solo alrededor de los aspectos éticos, políticos, jurídicos y económicos de los avances biomédicos, sino que es, como se ha dicho muchas veces, un espacio privilegiado para develar la manera como se asume y se “administra” la vida en nuestro tiempo, justamente para restituirla, como el profesor Hoyos decía, su carácter de *don* y luchar para que deje ser considerada simplemente un *recurso para ser gastado*. En esta advertencia se avizora, entre líneas, lo que tal vez Kant, uno de los filósofos más apreciados por el profesor Hoyos, nos hubiera dicho hoy: la vida es un fin en sí mismo, no solamente un medio.

Durante 2012 la actividad académica también se fortaleció en nuestro Instituto. Tanto en el programa de especialización en bioética, que se ofreció desde 1999 hasta 2007, y que pronto volveremos a ofrecer con un enfoque diferente, como en el de maestría, que arrancó en 2008, nuestro compromiso ha sido facilitar la formación de personas de diversas disciplinas y profesiones para el análisis juicioso y la búsqueda de soluciones novedosas y adecuadas a los diversos problemas que le interesan a la bioética. El perfil de nuestros maestrandos, las líneas de investigación encabezadas por el grupo de profesores, las actividades desarrolladas en

los últimos años, nuestras publicaciones que van en incremento y las invitaciones que cada vez más llegan a nuestro Instituto para participar en múltiples escenarios, son una manera de darnos cuenta de que en realidad sí estamos construyendo una bioética que no solo es rigurosa, sino muy necesaria en nuestro medio. En agosto de 2012, por ejemplo, realizamos el *Segundo Foro de Bioética Clínica y Primer Foro de Filosofía e Historia de la Medicina*, un acto académico único en su género en nuestro país, que congregó a más de 240 personas y contó con la participación de distinguidos académicos nacionales e internacionales en las mañanas. Este foro se constituyó, además, en el espacio amigable que acogió a 20 expositores de diversas disciplinas y profesiones que compartieron con nosotros sus trabajos durante las tardes. Precisamente, en este número 7 de **Anamnesis. Revista de Bioética** hemos decidido publicar algunos de estos trabajos, que incluyen no solo temas de bioética, sino también, como el título del evento lo indicaba, temas de historia y filosofía de la medicina.

Colofón: Felicitaciones a los profesores *Eduardo Alfonso Rueda Barrera*, nuevo Director del Instituto de Bioética y *José Edwin Cuéllar Saavedra*, nuevo Director de la Maestría en Bioética, quienes tomaron posesión de sus cargos en enero de 2013. Estamos seguros que con ellos nuestro Instituto seguirá su marcha hacia su consolidación como centro de excelencia en el campo de la bioética y áreas afines.

ALCANCES Y LIMITACIONES DE LOS ESTUDIOS DE MAPEO GENÉTICO: IMPLICACIONES PARA ESTUDIOS BIOLÓGICOS Y DE COMPORTAMIENTO

CÉSAR ACEVEDO-TRIANA¹

Resumen

Los estudios de mapeo genético han influido directamente en áreas biológicas, clínicas e incluso sociales y filosóficas. Dentro de los principales alcances se encuentran: la secuenciación del genoma humano completo; comparación y relación molecular con otras especies; rastreo de poblaciones y cambios adaptativos entre especies; replanteamiento de conceptos en biología, psicología e incluso filosofía; desarrollo de métodos de control del comportamiento a partir de la interacción genómica de especies; y desarrollo para acceso, entendimiento y manipulación de datos de forma inmediata. Concomitante a estos alcances han surgido profundas limitaciones como lo son: poca asociación clínica entre genes y enfermedades o condiciones; la inversión de grandes cantidades de dinero público y privado para enfermedades poco representativas; generación de falsos positivos; algunas limitaciones en las explicaciones, sugiriendo un abandono del determinismo genético; la custodia y protección del anonimato de los participantes en los estudios y finalmente, y quizá la oposición más importante que se escapa al objetivo académico de la ciencia, los intereses económicos particulares que se encuentran detrás del desarrollo de estos estudios genéticos. A modo de reflexión final, no es posible pensar en abandonar este tipo de estudios pero sí reconocer las implicaciones que a futuro se generan.

Palabras clave: Mapeo genético, secuenciamiento, GWAS, bioética, psicología.

1. Psicólogo, candidato a magíster en Neurociencia de la Universidad Nacional de Colombia. Coordinador Editorial Revista *Universitas Psychologica* y docente de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: cesar.acevedo@javeriana.edu.co.

En una época donde la causa de rasgos, comportamientos y enfermedades ha alcanzado niveles de explicación que únicamente pueden ser determinados por complejos instrumentos y procedimientos, se plantea que los niveles molecular y genético tienen un impacto importante no solo en la epistemología, sino también en los alcances, utilidades y limitaciones de tales explicaciones que justifiquen su uso y su futuro (Bearden, Jasinska & Freimer, 2009; Craddock & Jones, 2001; Lau & Eley, 2010; Willcutt *et al.*, 2010). En campos como la medicina clínica o la investigación bioquímica es evidente el impacto y la funcionalidad de las técnicas, pero en campos tradicionalmente alejados de la biología; como la psicología o filosofía, también impactan profundamente en sus explicaciones e intereses (Wray, Goddard & Visscher, 2008).

Los avances en la ciencia y el desarrollo tecnológico deben acompañar el desarrollo en el campo de la filosofía. Es así como dentro de la filosofía existen corrientes que intentan dar cuenta de los resultados de las investigaciones en ciencia y su replanteamiento (véase Mahner & Bunge, 2000). Estas actividades paralelas han permitido evaluar epistemológica y ontológicamente los esfuerzos en el campo de la ciencia; específicamente lo que respecta a las ciencias de la vida. Con respecto a este campo, quizás algunos de los temas más influyentes e impactantes son las técnicas genéticas y moleculares (Altshuler, Daly & Lander, 2008).

Estas técnicas moleculares han replanteado incluso conceptos como el de *vida* y *funcionalidad de la misma*. Por ejemplo, una técnica ampliamente utilizada en biología molecular para amplificar y determinar una secuencia de ADN es la de reacción en cadena de la polimerasa (*Polymerase Chain Reaction* [PCR]) (Carr & Moore, 2012), en esta técnica la temperatura es importante en tanto permite que algunos componentes (enzimas) funcionen, implicando repensar el papel de las moléculas dentro de la funcionalidad de los genes. Otro ejemplo pero más de carácter semántico es el que sugiere que el nombre *biología molecular* implica que son las moléculas las que están vivas pero no, que participan en las funciones de vida; dando incluso lugar a contradicciones. Aunque pudiera parecer un término simplemente el uso de técnicas que determinan el papel y los componentes de las moléculas fundamentales en los procesos de vida replantean su límite y definición (Mahner & Bunge, 2000).

Desde que se descubrió que la herencia jugaba un papel fundamental en el desarrollo y aparición de ciertas características; ligadas principalmente a algunas enfermedades, los investigadores han intentado identificar “eso” que determina la aparición (Bennett *et al.*, 1995). La comprensión de las leyes de Mendel permitió discernir que algunos rasgos se heredaban acorde a las tasas propuestas por los trabajos de Mendel y se vinculaban a genes específicos (Altshuler, Daly & Lander, 2008), fue entonces que comenzó una carrera por

identificar esos genes responsables de las principales enfermedades y la explicación evolutiva genética de esa gran variabilidad entre individuos de una misma especie (Goldstein & Noor, 2010). De la misma forma, el trabajo de Darwin sobre la forma como algunas características son favorecidas por las condiciones ambientales y cómo pueden transmitirse en la descendencia han desembocado actualmente en una visión genética abierta y moldeada por el medio conocida como epigenética (Gräff & Mansuy, 2008; Miller, 2010).

Parte de esta carrera toma forma a comienzos de los años cincuenta con los trabajos de Watson y Crick sobre la estructura molecular de los ácidos nucleicos y sugerencia del mantenimiento de fidelidad y replicación (Watson & Crick, 1953), basados en estudios previos de Chargaff (Chargaff, 1950). Luego, a comienzos de los años ochenta (¡únicamente han transcurrido 30 años!) el uso de marcadores de ADN para trazar herencia condujo al descubrimiento de miles de genes para los raros desórdenes mendelianos. Durante el recorrido de estos años de investigación se ha comenzado a pensar en una era genómica que, con grandes avances (Goldstein & Noor, 2010), se ha desilusionado con los pocos resultados prácticos y explicativos de enfermedades comunes humanas (Altshuler, Daly & Lander, 2008). Hemos pasado de tratar de identificar un gen con una enfermedad en unos pocos pacientes, a tratar de acoplar miles de variaciones de uno o muchos genes a miles y millones de personas.

Como lo señala O'Brien (2009) una de las promesas de la era genómica humana fue poder contrastar polimorfismos de nucleótidos simples o únicos (*Single-Nucleotide Polymorphism* [SNP]) o CNV (*Copy Number Variants*) a componentes heredables de desórdenes complejos con la esperanza de encontrar los mecanismos patógenos, para avanzar en los métodos de diagnóstico y de tratamiento. Esta característica de los mapeos genéticos abrió una amplia gama de posibilidades para las entidades ya que ofrecía una inversión de investigación con el ánimo de disminuir costos a largo plazo.

Pero a pesar de los posibles beneficios que se puedan obtener de la secuenciación genética para la identificación de características que ayuden en el mejoramiento de grandes enfermedades, es necesario evaluar que muchas de estas enfermedades no representan a la mayoría de la población, es decir, pacientes diagnosticados con epilepsia o esquizofrenia (por dar ejemplos comunes) no representan más del 1% de la población general. Otros rasgos más estudiados representan menos de esta cifra de la población y cabría preguntarse si estas altas inversiones en equipos, lugares, personal, mantenimiento, y demás, ¿se justifican aunque la mayoría de la población no se beneficie con ellas? quizá son debates que se deban dar al interior de los países que promueven y financian este tipo de estudios, pero lo que es claro y es una de las hipótesis que con más fuerza se opone a los estudios genéticos es que

detrás de estos estudios se esconden intereses económicos particulares (como en el caso de Moore vs la Universidad de California) que suscitan problemas éticos con respecto al manejo de la información (O'Brien, 2009).

El avance tecnológico realizado, a la par de los avances científicos, ha permitido realizar investigaciones en poblaciones enteras, como en el caso de Islandia a finales de 1990 (Greely, 2007), con técnicas de genotipificación de alta gama y bajo costo (en comparación con lo que hubiera costado realizar estos estudios hace 15 ó 10 años), como por ejemplo, poder escanear alrededor de 700.000 SNPs y miles de CNV en un solo día y con un costo de menos de un centavo de dólar cada mapeo genético (O'Brien, 2009). Además, se han generado nuevos equipos que superan los primeros secuenciadores 454 Roche GS FLX o el analizador genómico de Illumina como el secuenciador SOLiD aplicado a biosistemas que permiten analizar interacciones de unión de proteínas y exploración en el empaquetamiento cromático, que aumentan el nivel de análisis (Mardis, 2008). Otra nueva perspectiva dentro del estudio de mapeo genético se abre con la posibilidad de realizar mapas genéticos con respecto a la distribución geográfica que permite una interpretación diferente de la gran cantidad de datos y estudios realizados a nivel mundial (Luk et al., 2010).

Algunos autores (Altshuler, Daly & Lander, 2008; O'Brien, 2009) han señalado que

uno de los problemas de estos estudios es su alto índice de falsos positivos; alrededor de 60%, en la asociación de genes y enfermedad. Esta es una característica que se ha tratado de superar con los estudios de asociación de genoma amplio (denominados GWAS - *Genome-Wide Association Study*) en donde, se asocian gran cantidad de polimorfismos de un gen o de varios genes en una gran cantidad de personas y correlacionan estas variaciones con características fenotípicas; enfermedades o rasgos (Altshuler, Daly & Lander, 2008). Algunos de estos resultados sugieren que con grandes tamaños de muestra o por estudios de combinación, la predicción aguda de riesgo genético sería posible (Wray, Goddard & Visscher, 2008).

Una limitante de estos estudios es que a pesar de los avances en la secuenciación, permanece muy difícil identificar agudamente muchas clases de variación genética, en particular variantes estructurales y de regiones "difíciles". Lo que puede nuevamente generar expectativas en cuanto al aspecto determinante de identificación genética, una corriente denominada determinismo genético (Goldstein & Noor, 2010). La conclusión "negativa" de estos grandes estudios es que a pesar de su alto poder, teórico, de encontrar variaciones mínimas moleculares que se relacionen con enfermedades específicas han tenido que retroceder en su nivel de explicación y recurrir a otras fuentes para explicar la aparición de un rasgo, independientemente, de que se presente una predis-

posición genética; como por ejemplo, las relaciones denominadas “epigenéticas” en donde se necesitan efectos ambientales que permitan la expresión de un gen involucrando aspectos no genéticos como la modificación bioquímica en las histonas (Gräff & Mansuy, 2008; Quina, Buschbeck & Croce, 2006). Un ejemplo conocido con respecto a este punto está constituido por los estudios en esquizofrenia, en donde, se han reconocido múltiples sitios en los cromosomas (1, 15, 16 ó 22) que podrían tener genes o marcadores genéticos relacionados con la enfermedad pero que varían y no siempre se presentan en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia (Bray, Leweke, Kapur & Meyer-Lindenberg, 2010; Smalla *et al.*, 2008). Una posible explicación con esta divergencia está en relación con intentar determinar un factor biológico para un diagnóstico basado en síntomas o criterios con bajo nivel de intersubjetividad (Gottesman & Gould, 2003). Así, los trabajos sobre endofenotipos se constituyen como una alternativa por tener marcadores fisiológicos que puedan relacionarse genéticamente y que no dependan de la destreza de los diagnósticos (Allen, Griss, Folley, Hawkins_& Godfrey, 2009; Braff, Freedman, Schork & Gottesman, 2007).

Así, dentro de las grandes limitaciones se encuentra la poca asociación de enfermedades con genes particulares y la alta tasa de falsos positivos generados sobre todo en el caso de las enfermedades (Altshuler *et al.*, 2008; The Wellcome Trust Case Control Consortium, 2007).

No es posible desconocer el avance científico y en varias esferas que nos ha brindado esta era genómica. En primer lugar el secuenciamiento completo del genoma humano en los años 2000 permitió un gran punto de quiebre en las concepciones y teorías sobre la posición de nuestra especie y la relación molecular con individuos de otras especies (Lander *et al.*, 2001). Desembocando en sofisticados estudios posteriores que impulsan investigaciones sobre el impacto de los genes en el desarrollo del sistema nervioso en diferentes especies y cómo se mantienen señales moleculares sugiriendo vínculo evolutivo y complejas interacciones para la diferenciación de las especies (Lein *et al.*, 2007). Así mismo, las herramientas informáticas que permiten visualizar, procesar e interpretar miles de datos producidos por compañías nacionales y privadas han dado luces sobre nuevos campos como la bioinformática (Davis & Eddy, 2009; Hochheiser & Yanowitz, 2007, Osokin, Vetrov & Kropotov, 2009; Yu & Lee, 2011).

A nivel clínico, se han identificado interacciones a nivel molecular que pueden explicar enfermedades, como por ejemplo, sinergia entre genes que explican la participación de varios genes o grupos de genes en la misma operación genética. Un ejemplo de esto son los genes Hub que codifican factores de remodelación de la cromatina y de los cuales las mutaciones dan una mayor vulnerabilidad a los efectos de las mutaciones en muchos otros genes (Pérez-Pérez, Candela & Mi-

col, 2009). Este ejemplo muestra que las interacciones entre los genes no son lineales, sino que actúan como redes que a diferentes niveles de interacción se manifiestan distinto.

Incluso campos como la antropología o la psicología social han encontrado hipótesis de trabajo en los hallazgos sobre el rastreo de poblaciones y cambios adaptativos de las mismas. A este respecto Bosch y colaboradores, a partir de marcadores moleculares, han mostrado la historia de las poblaciones de la península ibérica y la relación con el norte de África (Bosch, Calafell, Plaza, Comas & Bertranpetit, 2003). También la distribución de los pueblos y prácticas culturales como la agricultura, el lenguaje y hasta la conducta sexual humana comparada con otras especies, también han sido investigados y rastreados por métodos de análisis genético amplios (Diamond & Bellwood, 2003; de Waal, 1995).

Desde el punto de vista del comportamiento, las implicaciones de los estudios de mapeo genético, y de biología molecular en general, han sido muy profundas. Epistemológicamente los alcances de los últimos 20 años en investigación entre psicología y genética han permitido replantear o redefinir complejos conceptos utilizados en las explicaciones psicológicas. Uno de los ejemplos quizá más sonados fue la postulación de que el gen *FOXP2* ubicado en el cromosoma 7 estaba directamente relacionado con el desarrollo lenguaje, alteraciones del

mismo en humanos (Lai *et al.*, 2000) y la diferenciación con otras especies, como los chimpancés, en virtud de la funcionalidad particular en los humanos de este gen. Se ha encontrado que el gen regula la actividad de otros genes y en mamíferos y vertebrados está relacionado con el neurodesarrollo y, en algunos casos, vocalizaciones (Corballis, 2004; Vernes, *et al.*, 2011). Así, el concepto de lenguaje no puede aislarse de la explicación biológica, en tanto, está determinada por esta. No sería posible entender explicaciones y alteraciones del lenguaje, patologías como autismo o esquizofrenia, sin tener en cuenta los factores genéticos que podrían determinarlo (Corballis, 2004).

Otros ejemplos, que muestran esta redefinición de conceptos se relaciona con áreas más tradicionales en psicología como aprendizaje, memoria o inteligencia. Así, varios estudios han mostrado que la variación de un aminoácido en una proteína puede tener un efecto profundo en el desempeño de tareas de aprendizaje (Soliman, *et al.*, 2010), memoria (de Quervain, *et al.*, 2003), funciones ejecutivas (Nagel, *et al.*, 2008) o incluso en inteligencia (Gray & Thompson, 2004). Al igual que implicaciones en variaciones comportamentales de individuos de una misma especie (LeDoux, 2012). Estos estudios se basan en la comparación de múltiples genes o marcadores genéticos en una cantidad suficiente de individuos o población particular y un determinado comportamiento.

Esta costosa e impresionante recolección de datos ha presionado para la generación de herramientas que permitan manipular y entender estos datos. Así, la creación de repositorios de datos con acceso inmediato como el GenBank o Database of Genomic Structural Variation, entre muchas otras han impactado profundamente en las herramientas para búsqueda y entendimiento de las investigaciones (Ellsworth & Manolio, 1999; Grisham, Schottler, Valli-marill, Beck & Beatty, 2010; Poline, *et al.*, 2012). Al igual que se desarrollan herramientas para utilizar en la enseñanza y educación (Grisham, *et al.*, 2010). Con respecto a la creación de estos repositorios y software que facilitan el acceso y la manipulación de datos fundamental para los estudios genéticos se generan implicaciones éticas importantes con el establecimiento de estos biobancos genéticos. Una de las primeras consideraciones pertinentes es tener en cuenta el lugar, quién custodia, qué tan seguro es el almacenamiento, cómo mantener la confidencialidad y demás condiciones necesarias en la construcción de estos biobancos. El establecimiento de estos biobancos está fundamentado en algunas razones científicas y sociales como son: los grandes grupos y muestras dan alto poder estadístico a los estudios y menos sensibles a los falsos positivos relacionados con pequeñas muestras. Una segunda razón es que estas cohortes son representativas de las minorías, es más probable detectar asociaciones específicas de la población dentro de estos grupos. Y pueden pro-

veer una evaluación clínica más uniforme (O'Brien, 2009).

Al hacer una recolecta de muestras, estos pacientes entran en un terreno de "anonimato" que permite proteger su identidad y sus resultados de posibles discriminaciones futuras, por ejemplo, para comprar un seguro de vida, un empleo, posibles características discriminativas. O'Brien (2009) señala que los métodos para proteger la identidad de los participantes pueden ser vulnerados en la medida que existen características fenotípicas relacionadas a la información genética que permiten la identificación de los sujetos, haciendo permeable los métodos de anonimato.

Por otro lado, existe información clínica relevante para los participantes en estos estudios que debe, desde el punto de vista ético, ser entregada a los donantes. Como una forma de retribución y de responsabilidad social con aquellos que voluntariamente decidieron participar en estos estudios (O'Brien, 2009).

Finalmente y a modo de conclusión sugiero que más allá de los avances científicos y de la aplicación del conocimiento a posibles enfermedades que representan un alto costo para los gobiernos, los estudios genéticos están relacionados con intereses económicos particulares. Esto se refleja en la cantidad de entidades particulares que comienzan a intervenir en los estudios que sobrepasan el simple objetivo científico. Un ejemplo de esto es el

caso de John Moore, en 1976, el cual fue un paciente que desarrolló leucemia y se le sugirió una intervención quirúrgica en donde se le extrajo quirúrgicamente su baso. Moore donó, por medio de un formulario, el tejido al hospital para investigación o cremación. Tiempo después se le presentó un documento en donde él voluntariamente daba a la Universidad de California todos los derechos sobre una línea celular que se desarrolló a partir del tejido extraído. La universidad había realizado una patente sobre una línea celular derivada del tejido de Moore, la cual presentaba un reagente anticancerígeno. La compañía Biotech promovió la línea e invirtió cerca de 3.5 millones de dólares para desarrollarla y tiempo después se proyectaba en un valor de 3 billones de dólares (O'Brien, 2009). Este simple caso es uno dentro de muchos que representan lo que se denomina la implicación ética dentro de la era genómica y que tiene un alto componente económico, ya que hoy en día asistimos a la patente de toda clase de objetos y hallazgos (genes, drogas, tratamientos, etc). El futuro del mapeo genómico tiene un fuerte componente económico que no es tan evidente pero marca la diferencia con respecto a otras áreas de conocimiento y que determinará el curso que deba seguir la investigación.

Una de las alternativas en el estudio de mapeo genético es, además de la integración del conocimiento con otras áreas que estudien otros niveles de explicación (médicos, biólogos, fisiólogos, anatomis-

tas, psicólogos y demás), entender las razones subyacentes evolutivas y de desarrollo detrás de tales variaciones genéticas tan amplias en los rasgos complejos de diversos tipos (Goldstein & Noor, 2010). Este estudio futuro únicamente es posible si se abandona el determinismo genético, al igual que el determinismo en otras áreas, y se dispone de los hallazgos teóricos para una mejor comprensión de los fenómenos más allá de cualquier competencia académica entre disciplinas.

Referencias

- Allen, A. J.; Griss, M. E.; Folley, B. S.; Hawkins, K. A. & Godfrey, D. 2009. Endophenotypes in Schizophrenia: A Selective Review. *Schizophrenia Research*. 109 (1-3), 24-37. doi:10.1016/j.schres.2009.01.016.Endophenotypes.
- Altshuler, D.; Daly, M. J. & Lander, E. S. 2008. Genetic mapping in human disease. *Science (New York, N.Y.)*. 322 (5903), 881-888. doi:10.1126/science.1156409.
- Bearden, C. E.; Jasinska, A. J. & Freimer, N. B. 2009. Methodological issues in molecular genetic studies of mental disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 5, 49-69. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153545.
- Bennett, R. L.; Steinhaus, K. A.; Uhrich, S. B.; Sullivan, C. K. O.; Resta, R. G.; Lochner-doyle, D.; Markel, D. S. et al., 1995. Recommendations for Standardized Human Pedigree Nomenclature. *The American Journal of Human Genetics*. 56 (3), 745-752.
- Bosch, E.; Calafell, F.; Plaza, S.; Comas, D. & Bertranpetit, J. 2003. Genética e historia de las poblaciones del norte de

- África y la península Ibérica. *Investigación y Ciencia*. 38, 90-98.
- Braff, D. L.; Freedman, R.; Schork, N. J. & Gottesman, I. I. 2007. Deconstructing schizophrenia: an overview of the use of endophenotypes in order to understand a complex disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 33 (1), 21-32. doi:10.1093/schbul/sbl049.
- Bray, N. J.; Leweke, F. M.; Kapur, S. & Meyer-Lindenberg, A. 2010. The neurobiology of schizophrenia: new leads and avenues for treatment. *Current Opinion in Neurobiology*. 20 (6), 810-815. doi:10.1016/j.conb.2010.09.008.
- Carr, A. C. & Moore, S. D. 2012. Robust quantification of polymerase chain reactions using global fitting. *PLoS one*. 7 (5), e37640. doi:10.1371/journal.pone.0037640.
- Chargaff, E. 1950. Chemical specificity of nucleic acids and mechanism of their enzymatic degradation. *Experientia*. 6 (6), 241-260. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8174683>.
- Corballis, M. C. 2004. FOXP2 and the mirror system. *Trends in Cognitive Sciences*. 8 (3), 95-106. doi:10.1016/j.tics.2004.01.007.
- Craddock, N. & Jones, I. 2001. Molecular genetics of bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*. 178 (41), 128s-133s. doi:10.1192/bjp.178.41.s128.
- Davis, F. P. & Eddy, S. R. 2009. A tool for identification of genes expressed in patterns of interest using the Allen Brain Atlas. *Bioinformatics* (Oxford, England). 25 (13), 1647-1654. doi:10.1093/bioinformatics/btp288.
- de Quervain, D. J.-F.; Henke, K.; Aerni, A.; Coluccia, D.; Wollmer, M. A.; Hock, C.; Nitsch, R. M. *et al.*, 2003. A functional genetic variation of the 5-HT_{2a} receptor affects human memory. *Nature Neuroscience*. 6 (11), 1141-1142. doi:10.1038/nn1146.
- de Waal, F. B. 1995. Bonobo sex and society. *Scientific American*. 272 (3), 82-88. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22038769>.
- Diamond, J. & Bellwood, P. 2003. Farmers and their languages: the first expansions. *Science (New York, N.Y.)*. 300 (5619), 597-603. doi:10.1126/science.1078208.
- Ellsworth, D. L. & Manolio, T. 1999. The Emerging Importance of Genetics in Epidemiologic Research III. Bioinformatics and statistical genetic methods. *Annals of epidemiology*. 9 (4), 207-224. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10332927>.
- Goldstein, D. & Noor, M. A. 2010. Lessons in complexity from yeast. *Nature*. 464, 985-986.
- Gottesman, I. I. & Gould, T. D. 2003. Reviews and Overviews The Endophenotype Concept in Psychiatry?: Etymology and Strategic Intentions. *American Journal of Psychiatry*. 160, 636-645.
- Gray, J. R. & Thompson, P. M. 2004. Neurobiology of intelligence: science and ethics. *Nature Reviews in Neuroscience*. 5 (6), 471-482. doi:10.1038/nrn1405.
- Greely, H. T. 2007. The Uneasy Ethical and Legal Underpinnings of Large Scale Genomic Biobanks. *The Annual Review of Genomics and Human Genetics*. 8, 343-364.
- Grisham, W.; Schottler, N. A.; Valli-marill, J.; Beck, L. & Beatty, J. 2010. Teaching Bioinformatics and Neuroinformatics by Using Free Web-based Tools. *CBE-Life Sciences Education*. 9, 98-107. doi:10.1187/cbe.09.

- Gräff, J. & Mansuy, I. M. 2008. Epigenetic codes in cognition and behaviour. *Behavioural Brain Research*. 192 (1), 70-87. doi:10.1016/j.bbr.2008.01.021.
- Hochheiser, H. & Yanowitz, J. 2007. If I only had a brain: exploring mouse brain images in the Allen Brain Atlas. *Biology of the cell / under the auspices of the European Cell Biology Organization*. 99 (7), 403-409. doi:10.1042/BC20070031.
- Lai, C. S.; Fisher, S. E.; Hurst, J.; Levy, E. R.; Hodgson, S.; Fox, M.; Jeremiah, S. et al., 2000. The SPCH1 region on human 7q31: genomic characterization of the critical interval and localization of translocations associated with speech and language disorder. *American Journal of Human Genetics*. 67 (2), 357-368. doi:10.1086/303011.
- Lander, E. S.; Linton, L. M.; Birren, B.; Nussbaum, C.; Zody, M. C.; Baldwin, J.; Devon, K., et al., 2001. Initial sequencing and analysis of the human genome. *Nature*. 409 (6822), 860-921. doi:10.1038/35057062.
- Lau, J. Y. F. & Eley, T. C. 2010. The genetics of mood disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6, 313-337. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131308.
- LeDoux, J. 2012. Rethinking the emotional brain. *Neuron*. 73 (4), 653-676. doi:10.1016/j.neuron.2012.02.004.
- Lein, E. S.; Hawrylycz, M. J.; A, N., Ayres, M.; Bensinger, A.; Bernard, A.; Boe, A. F. et al., 2007. Genome-wide atlas of gene expression in the adult mouse brain. *Nature*. 445 (7124), 168-176. doi:10.1038/nature05453.
- Lukk, M.; Kapushesky, M.; Nikkilä, J.; Parkinson, H.; Goncalves, A.; Huber, W. et al., 2010. A global map of human gene expression. *Nature Biotechnology*.
- Mahner, M. & Bunge, M. 2000. *Fundamentos de Biofilosofía*. Siglo XXI Editores: México, D.F.
- Mardis, E. 2008. The impact of next-generation sequencing technology on genetics. *Trends in Genetics*. 24 (3), 133-141.
- Miller, G. 2010. The Seductive Allure of Behavioral Epigenetics. 329 (July), 24-27.
- Nagel, I. E.; Chicherio, C.; Li, S.-C.; von Oertzen, T.; Sander, T.; Villringer, A.; Heekeren, H. R. et al., 2008. Human aging magnifies genetic effects on executive functioning and working memory. *Frontiers in human neuroscience*. 2 (May), 1. doi:10.3389/neuro.09.001.2008.
- O'Brien, S. 2009. Stewardship of Human Biospecimens, DNA, Genotype, and Clinical Data in the GWAS Era. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*. 10, 193-209.
- Osokin, A.; Vetrov, D. & Kropotov, D. 2009. 3-D Mouse Brain Model Reconstruction from a Sequence of 2-D Slices in Application to Allen Brain Atlas. CIBB'09 Proceedings of the 6th international conference on Computational intelligence methods for bioinformatics and biostatistics. 291-303.
- Pérez-Pérez, J.; Candela, H. & Micol, J. L. 2009. Understanding synergy in genetic interactions. *Trends in Genetics*. 25 (8), 368-376.
- Poline, J.-B.; Breeze, J. L.; Ghosh, S.; Gorgolewski, K.; Halchenko, Y. O.; Hanke, M.; Haselgrove, C. et al., 2012. Data sharing in neuroimaging research. *Frontiers in Neuroinformatics*, 6 (April), 9. doi:10.3389/fninf.2012.00009.
- Quina, A.; Buschbeck, M. & Croce, L. D. 2006. Chromatin structure and epigenetics. *Biochemical Pharmacology*. 72, 1563-1569.

- Smalla, K.; Mikhaylova, M.; Sahin, J.; Bernstein, H.; Bogerts, B.; Schmitt, A.; Schors, R. V. D. *et al.*, 2008. A comparison of the synaptic proteome in human chronic schizophrenia and rat ketamine psychosis suggest that prohibitin is involved in the synaptic pathology of schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 13, 878–896. doi:10.1038/mp.2008.60.
- Soliman, F.; Glatt, C. E.; Bath, K. G.; Levita, L.; Jones, R. M.; Pattwell, S. S.; Jing, D. *et al.*, 2010. A genetic variant BDNF polymorphism alters extinction learning in both mouse and human. *Science (New York, N.Y.)*, 327 (5967), 863-866. doi:10.1126/science.1181886.
- The Wellcome Trust Case Control Consortium. 2007. Genome-wide association study of 14,000 cases of seven common diseases and 3,000 shared controls. *Nature*. 447 (7145), 661-678. doi:10.1038/nature05911.
- Vernes, S. C.; Oliver, P. L.; Spiteri, E.; Lockstone, H. E.; Puliyadi, R.; Taylor, J. M.; Ho, J. *et al.*, 2011. Foxp2 regulates gene networks implicated in neurite outgrowth in the developing brain. *PLoS Genetics*. 7 (7), e1002145. doi:10.1371/journal.pgen.1002145.
- Watson, J. D. & Crick, F. H. C. 1953. Molecular structure of nucleic acids. *Nature*. 171 (4356), 737-738.
- Willcutt, E. G.; Pennington, B. F.; Duncan, L.; Shelley, D.; Keenan, J. M.; Wadsworth, S. *et al.*, 2010. Understanding the complex etiologies of developmental disorders: Behavioral and molecular genetic approaches. *Journal of Developmental Behaviour Pediatrics*. 31 (7), 533-544. doi:10.1097/DBP.0b013e3181ef42a1. Understanding.
- Wray, N. R.; Goddard, M. E. & Visscher, P. M. 2008. Prediction of individual genetic risk of complex disease. *Current Opinion in Genetics & Development*. 18 (3), 257-263. doi:10.1016/j.gde.2008.07.006.
- Yu, H. & Lee, D. 2011. Functional Analysis of Human Whole Brain Regions Based on Gene Expression. *DTMBIO '11 Proceedings of the ACM fifth international workshop on Data and text mining in biomedical informatics*. 71-74.

Informes

Instituto de Bioética - PUJ
 Edificio 67
 José Rafael Arboleda, piso 5
 Teléfonos: 320 8320 exts.: 4537 y 4538
 Fax: 288 40 76
 E-mail: bioetica@javeriana.edu.co
 maestria.bioetica@javeriana.edu.co



DILEMAS MÉDICOS: UNA FORMA DE EXPRESIÓN DE LAS CONTRADICCIONES DEL CAPITALISMO

ADRIANA ARDILA SIERRA¹

Introducción

Este artículo recoge algunos elementos de mi investigación doctoral, actualmente en curso, en la cual analizo las transformaciones del trabajo médico con la neoliberalización del sistema de salud y del ámbito laboral.

Propondré un análisis basado en teoría crítica para comprender algunos de los dilemas médicos actuales como formas de expresión de las contradicciones del capitalismo, especialmente la contradicción entre capital y trabajo. Para ello exploraré el concepto de contradicción e indagaré por la forma en que este concepto se materializa en dilemas médicos propios de nuestra realidad local.

Mi puerta de entrada al campo de los dilemas de la asistencia sanitaria en Colombia fueron algunas reflexiones de Román Vega (2002) y el trabajo de Gloria Molina y su equipo (Muñoz, Higueta, Sarasti & Londoño, 2009; Sarasti, Londoño, Felipe & Higueta, 2009; Vargas, Molina & Ramírez, 2009). Estos últimos proveen una amplia descripción de los contextos de gestación de nuevos dilemas del personal de salud que atiende en nuestra realidad local; a partir de esta evidencia avanzo en la exploración de dilemas específicos del trabajo médico clínico y apporto una propuesta analítica basada en teoría crítica.

Al hablar de dilemas médicos característicos de la realidad neoliberal colombiana

1. Médica, Magíster en Salud Pública, candidata a PhD en el Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. Integrante del grupo de investigación Antropología Médica Crítica. Becaria Colciencias. Correo electrónico: adriardilas@gmail.com

tengo en mente la teoría del desarrollo geográfico desigual del capitalismo de David Harvey (1982), que muestra la necesidad de caracterizar y comprender las particularidades regionales y locales que acontecen en la expansión geográfica poco uniforme del modo capitalista de producción y reproducción social.

La matriz neoliberal de gestación de nuevos dilemas médicos

Con la neoliberalización de las políticas públicas colombianas en el campo de la atención de salud –a partir de la Ley 100 de 1993– y en el terreno de lo laboral –a partir de la Ley 50 de 1990– se transformó el proceso de trabajo médico en Colombia, tanto en las condiciones del entorno o lugar de trabajo como en las condiciones de empleo de los médicos.

Se abrió paso a nuevas formas gerenciales, administrativas y de atención tendientes a reproducir la ideología neoliberal y con ello se incorporaron algunas contradicciones del modo de producción capitalista en el corazón de la praxis clínica, es decir en el acto médico.

El ideal neoliberal de individuos auto-suficientes y competitivos se difundió en el campo de trabajo médico con la implementación de mecanismos de control organizacional basados en la medición del desempeño de los individuos (García, 2007; Molina & Cáceres, 2011) y en su disciplinamiento a través de restricciones al ejercicio profesional realizadas de ma-

nera verbal o comunicadas mediante vías diversas como memorandos, bloqueos en el sistema computacional a través del cual se formula o se remite al paciente, comunicaciones por correo electrónico, amenazas de despido, cambios de horario o desmejoras salariales (Defensoría del Pueblo, 2007).

Este tipo de fenómenos que facilita la constitución del trabajador neoliberal, individualista y competitivo, va debilitando los lazos de solidaridad y apoyo entre los trabajadores (Molé, 2010), lo que sumado a las nuevas formas de contratación flexible y al multiempleo (emplearse o trabajar para varios lugares a la vez), va reduciendo las posibilidades de trabajo en equipo y por tanto debilita la configuración de equipos de salud. Es menos probable el trabajo en equipo en profesionales contratados a destajo, trabajando en varios lugares a la vez, y obligados a responder a indicadores de desempeño que reproducen el modelo fordista de control de los procesos de trabajo. Este debilitamiento del trabajo en equipo conduce a que la resolución de los dilemas médicos se circunscriba más a la esfera individual y menos a los espacios grupales.

La ideología neoliberal que impera en este sistema de salud ha derivado en un marco normativo que alienta a los profesionales a “preocuparse más por los imperativos económicos de la ganancia, del control de costos y de la eficiencia, que por la salud del paciente y la equidad” (Vega, 2002, pág. 56; Molina &

Cáceres, 2011). Así, el médico clínico que hoy se preocupe por la salud de su paciente en dimensiones irrestrictas, vale decir, trascendiendo los linderos de los paquetes de aseguramiento, llega a sentirse subversivo.

El contexto está dado para ello. La estigmatización de aquellos y aquellas que ejercen oposición y resistencia al sistema de salud vigente está a la orden del día. Lo ilustraré citando a un economista colombiano muy reconocido por defender el modelo de mercado en salud. El autor contrapone dos tipos de liderazgo médico: el de oposición y el positivo. El liderazgo de oposición se refiere a los intentos médicos de liderar oposiciones contra el sistema de salud, atrincherando la profesión en el status quo, debilitando su fuerza frente al gremio y frente a otros sectores sociales, en parte por asumir "posiciones desde los viejos paradigmas de la práctica autónoma, sin rendición de cuentas, y ello ha llevado a que no puedan controlar los costos de la prestación, para terminar en una loca carrera hacia el fondo, en el peor de los escenarios". El segundo tipo de liderazgo, que el autor presenta como la nueva opción deseable, se refiere a aquel profesional capaz de reconocer "la nueva realidad de la práctica médica, la cual se puede resumir en estos términos: las necesidades en atención curativa superan los recursos disponibles; por lo tanto, es necesario utilizar muy racionalmente dichos recursos y, eventualmente, es necesario racional" (Castaño, 2008).

Dilemas médicos que expresan las contradicciones del capitalismo

En el tránsito hacia dinámicas normativas y gerenciales neoliberales, en salud se movilaron nuevas formas de atención y nuevos dilemas médicos cuya resolución, a través de la toma de decisiones, no siempre privilegia los intereses y necesidades de los pacientes sino que empieza a traer a primer plano los intereses y necesidades de contención de costos y de lucro de los pagadores de los servicios.

Con esto se hace referencia a disyuntivas cotidianas entre lo que debe hacerse y lo que se hace cuando en el trabajo se debe atender simultáneamente a las necesidades de salud de los pacientes (ser expertos en medicina), a los requerimientos de los empleadores (ser trabajadores competitivos), y a los lineamientos de instituciones de corte neoliberal rectoras del sistema de salud (ser ejecutores de la política social neoliberal). (Standing, 2009).

Cuando afirmo que algunos de los dilemas médicos actuales son formas de expresión de las contradicciones del capitalismo estoy haciendo un símil entre dilema y contradicción que se basa en el concepto de contradicción de la dialéctica materialista. Este se refiere al encuentro entre aspectos opuestos o contrarios que a la vez se complementan, para crear o para destruir (Waitzkin H., 2011). La teoría marxista indica la necesidad de identificar las contradicciones principal y secundarias de una situación para poder resolver esa situación.

Por ejemplo, el carácter neoliberal es la contradicción principal del sistema de salud colombiano y de este se desprenden contradicciones secundarias dentro de las que podemos enumerar cuatro: 1. La contradicción entre la interpretación cotidiana del derecho a la salud como un derecho prestacional circunscrito al acceso a atención sanitaria y mediado por la capacidad de pago, o su interpretación en un sentido más amplio como derecho ciudadano fundamental; 2. La contradicción entre costo y cuidado que se pone de manifiesto cuando el control del costo se va haciendo central en el campo del cuidado de la salud, así como en la contraposición entre las preocupaciones y prioridades de quienes administran los recursos y aquellas del personal asistencial; 3. La contradicción inherente a la gestión de la salud en el nivel individual y en el nivel poblacional, o contradicción entre las posibilidades de cobertura de la atención a la salud individual y las de cobertura de la atención a la salud poblacional; y 4. Las contradictorias diferencias entre las lógicas de funcionamiento del régimen contributivo y las del subsidiado, junto con sus diversas y contradictorias consecuencias.

De manera similar, el carácter neoliberal de las condiciones del trabajo y del empleo médico potencia la expresión de dilemas relacionados con la gran contradicción entre capital y trabajo descrita por la ortodoxia marxista que, para el caso del trabajo médico, tiene efectos en las características de la atención médica y por tanto en el desenlace clínico de los pacientes.

Un ejemplo nombrado reposa en la necesidad de decidir entre acciones diagnósticas y terapéuticas que respalden políticas de control de costos, o acciones basadas en el cuidado irrestricto a las necesidades del paciente. O, de manera similar, en el dilema entre la formulación de actividades, intervenciones y procedimientos restringida a los contenidos de los paquetes reglamentarios de aseguramiento (Planes Obligatorios de Salud - POS) o la formulación no condicionada a estos planes. Dilema que no se resuelve exclusivamente en las arenas de lo técnico científico sino que, en un contexto de jornadas de trabajo densificadas e intensificadas, depende de aspectos administrativos (disponibilidad de papelería, disponibilidad de tiempo para el diligenciamiento de la papelería), burocráticos, y del grado de aceptación o de estigmatización que la resolución hacia una u otra vía tenga en el entorno concreto de trabajo.

Son dilemas enmarcados en uno más amplio y menos evidente, aquel de anclarse al desclasamiento y la recomposición de clase requeridos para amoldarse al prestigioso estatus social de médico, en contraposición a la opción de subvertir tal estatus para alentar y participar en la lucha de clases a favor de la clase trabajadora. Un dilema vigente en el capitalismo que se renueva y profundiza en la fase neoliberal y que se relaciona tanto con la postura política de cada sujeto como con su lucha por la propia supervivencia; asuntos que ganan en complejidad en la medida que se resuelvan más en esferas

de autogestión individual y menos en esferas de organización y de movilización colectiva –ya hemos descrito la tendencia a la adopción de las nuevas formas de trabajo individual típicamente neoliberales, en contraposición a la alternativa no neoliberal de construcción de puentes de comunicación y de trabajo en equipo–.

La profundización de estos dilemas en la fase neoliberal del capitalismo tiene que ver con la expansión de las bases de acumulación hacia los terrenos intangibles del conocimiento humano, del lenguaje y de la actividad humana relacional (Fumagalli, 2010). La explotación del trabajo intelectual trae al presente el debate entre hegemonía y subordinación de los saberes (Vercellone, 2009); en el caso del saber y de la praxis médica entre el mantenimiento de su estatus autónomo y hegemónico o el giro hacia formas de praxis obedientes de los nuevos lineamientos neoliberales. La segunda opción se abre paso en las nuevas realidades de trabajo médico atada a la ganancia que se obtiene en competitividad en los nuevos mercados de trabajo.

Por otro lado, pese a la subordinación laboral de la mano de obra médica a las nuevas empresas del sector, a través de las órdenes médicas los galenos operan como ordenadores del gasto y esto les torna tan imprescindibles como estorbos para los capitalistas del sector; asunto que se reflejará en el dilema cotidiano de plegarse o no a la satisfacción de estas instancias superiores, cada vez más consolidadas como emporios económicos.

No se trata de un plegamiento explícito, la gestión organizacional moderna de la atención tiende al control de los procesos y procedimientos a partir de medidas como su estandarización (García, 2007), lo que se concreta en la tendencia al uso instrumental de guías de práctica clínica, no como guías sino como estándar, poniendo ante los trabajadores el dilema de la toma de decisiones basada en la evidencia que aporta este tipo de guías o basada en la experiencia sensible a las particularidades que escapan de lo estándar.

Todo lo anterior permite traer a escena la contradicción que surge en los nuevos contextos laborales organizacionales donde la percepción del trabajo como fuente de aprendizaje va siendo desplazada por una nueva percepción del trabajo como la fuente de frustración de los sujetos. Contraposición que pone a prueba la permanencia en los espacios clínicos, la migración hacia esferas no clínicas de trabajo médico, o la salida hacia campos de trabajo diferentes al de la salud.

No todas son contradicciones inherentes al nuevo entorno neoliberal del trabajo médico, algunas de ellas han acompañado históricamente a la praxis médica clínica, pero es en los contextos actuales de trabajo donde se profundizan y orquestan nuevas disyuntivas propias de la retórica neoliberal, que tienen implicaciones para la vida y para la salud de los pacientes.

Al tener implicaciones para la salud y la vida, la resolución de estos dilemas y con-

tradiciones refleja las posturas políticas de los profesionales. En esa medida no tienen cabida ejercicios de victimización ni de condena a los profesionales –he aquí un dilema más–, sino más bien análisis dialécticos en que se delineen sendas de resolución de los dilemas de la praxis clínica en situaciones concretas a favor, siempre en primer lugar, de los pacientes y de la sociedad.

Estamos cruzando por una coyuntura política nacional propicia para profundizar o desmontar el modelo vigente; las propuestas antagónicas en disputa se configuran, por tratarse del campo de la salud, en asuntos de vida o muerte. En esa medida se hace necesario trabajar en contra de la presencia de la ideología neoliberal en el campo de la atención médica y a favor de un sistema de salud estructuralmente diferente, y esta es mi invitación final.

Referencias

- Castaño, R. A. 2008. Liderazgo de la profesión médica: ¿una salida de la encrucijada? *Via Salud*. 2-6.
- Defensoría del Pueblo. 2007. *Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud*. Bogotá, Colombia.
- Fumagalli, A. 2010. *Bioeconomía y capitalismo cognitivo. Hacia un nuevo paradigma de acumulación*. Navarra, España: Traficantes de sueños.
- García, C. (enero-abril de 2007). El hospital como empresa: nuevas prácticas, nuevos trabajadores. *Univ. Psycho*. 143-154.
- Harvey, D. 1982. Capítulo XXIII. Las crisis en la economía espacial del capitalismo. Dialéctica del imperialismo. En D. Harvey, *Los límites del capitalismo y la teoría marxista*. México: Fondo de cultura económica. 416-447.
- Molé, N. 2010. Precarious subjects: Anticipating Neoliberalism in Northern Italy's Workplace. *American Anthropologist*. 112 (1), 38-53.
- Molina, G. & Cáceres, F. D. (Marzo - mayo de 2011). Gestión institucional bajo la presión del mercado. *Iatreia*. 24 (1), 16-25.
- Muñoz, I. F.; Higueta, Y.; Sarasti, D. & Londoño, B. 2009. Cap. 7: Condiciones laborales del personal de la salud. En G. Molina, I. F. Muñoz & A. (. Ramírez, *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (págs. 108-131). Medellín: Universidad de Antioquia. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Colciencias. Universidad Industrial de Santander.
- Sarasti, D.; Londoño, B.; Felipe, M. I. & Higueta, Y. 2009. Cap. 6: La relación entre los pacientes y el personal de salud: influencias y consecuencias. En G. Molina, I. F. Muñoz & A. (. Ramírez, *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (págs. 95-107). Medellín: Universidad de Antioquia. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Colciencias. Universidad Industrial de Santander.
- Standing, G. 2009. Occupational dismantling and commodification. En G. Standing, *Work after globalization. Building occupational citizenship*. USA: Edward Elgar Publishing Limited. 147-179.
- Vargas, J.; Molina, G. & Ramírez, A. 2009. Cap. 4: Acceso a los servicios de salud:

- sus limitaciones y consecuencias. En G. Molina, I. F. Muñoz & A. (. Ramírez, *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera* (págs. 61-76). Medellín: Universidad de Antioquia. Procuraduría General de la Nación. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Colciencias. Universidad Industrial de Santander.
- Vega, R. 2002. Dilemas éticos contemporáneos en salud: el caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Gerencia y Políticas de Salud*. 49-65.
- Vercellone, C. 2009. Crisis de la ley del valor y devenir renta de la ganancia. Apuntes sobre la crisis sistémica del capitalismo cognitivo. En S. L. Andrea Fumagalli, *La gran crisis de la economía global*. España: Traficantes de sueños. 63-98.
- Waitzkin, H. 1991. *The Politics of Medical Encounters. How Patients and Doctors deal with Social Problems*. New Haven; London: Yale University Press.
- Waitzkin, H. 2011. *Medicine and Public Health at the end of Empire*. USA: Paradigm Publishers.

Informes

Instituto de Bioética - PUJ
Edificio 67
José Rafael Arboleda, piso 5
Teléfonos: 320 8320 exts.: 4537 y 4538
Fax: 288 40 76
E-mail: bioetica@javeriana.edu.co
maestria.bioetica@javeriana.edu.co



CONCEPCIÓN DEL CUERPO HUMANO EN LOS POEMAS HOMÉRICOS (*LA ILÍADA*) POR UNA ANATOMÍA POÉTICA

JUAN PABLO ARREDONDO NEUTO¹

*Así atraviesa el cuerpo la historia, como algo que deviene y lucha. Y el espíritu – ¿qué es el espíritu para el cuerpo? Heraldo de sus luchas y victorias, compañero y eco.
Zaratustra, De la virtud que hace regalos (I, p. 119)*

Resumen

Se pretende destacar la importancia de Homero, de su poesía, como el primero en la historia de la medicina que nombra el cuerpo humano. La propuesta está encaminada a destacar una anatomía poética que el poeta inventa para recuperar una humanidad al cuerpo ultrajado por el bronce. Por esto, el trabajo se centra en recopilar los términos que en la *Ilíada* se expresan para nombrar el cuerpo. Igualmente se destaca los problemas que ofrecen algunos términos como *soma*, *gyía*, *myôn*, *meléa*, *dérma*, *rinós*, *sárx*, estos no indican cuerpo humano sino una visión recortada de este. También se reflexiona sobre la importancia de rescatar el cuerpo humano como partícipe vital para alcanzar un destino y cómo paulatinamente, en el devenir de la historia, hemos perdido de vista esa vitalidad. Por último, se recopilan los términos que aparecen en la *Ilíada* para situar en dos representaciones pictóricas antiguas.

Palabras clave: Homero, *Ilíada*, héroe, cuerpo humano, *soma*, vitalidad, destino, poesía, anatomía.

1. Universidad de Antioquia. Correo electrónico: juaneuto@yahoo.es

I. Generalidades

Los poemas homéricos, como uno de los primeros testimonios escritos de los fenómenos de la vida y de la humanidad occidental, son relatos que plantean las contiendas entre hombres de estirpe aristocrática que buscan cumplir su destino, es decir, morir con fama y honor, morir como héroes. Homero narra todo un mundo de intrincados caminos; relaciones entre hombres y dioses y entre los hombres mismos, y en esa relación el hombre, en este caso el héroe, aparece y se manifiesta de múltiples maneras.

La *Ilíada* es un poema que versa sobre los avatares de la guerra, es un relato que describe el enfrentamiento bélico entre aqueos y troyanos. La *Odisea*, por el contrario, es un relato de paz, donde se cuentan los periplos de Odiseo después que sale de Troya. El *pathos* del alto destino heroico del hombre es el aliento espiritual de la *Ilíada*. El *ethos* de la cultura y de la moral aristocrática halla su expresión acabada en la *Odisea* (Jaeger, 1997: 51). Los poemas son fruto del interés por los fenómenos de la vida. Es decir, allí se puede ver, aunque implícitamente, una primera concepción del hombre, no tanto como ser pensante, sino como constitución vital. Hay que tener muy presente una paradoja en el relato, a pesar de que Homero nos narra un combate cruel y sanguinario, no hay que olvidar que para el griego del relato era muy preciado su cuerpo y por tal razón buscaba la forma de conservarlo.

Ahora bien, demos un breve vistazo para examinar muy escuetamente lo que el griego homérico entendía por cuerpo. Hay que comenzar por la noción clásica que dice que la poesía homérica concibió al hombre como una totalidad de la cual se destacan las partes. Esto no quiere decir que la concepción del cuerpo en los poemas homéricos esté fragmentada ni mucho menos que sea abstracta. El cuerpo humano, como lo describe Homero, está representado como vitalidad, la poesía homérica concibió al cuerpo como una superposición de partes, donde la vitalidad, la voluntad de cumplir un alto destino, ejerce un poder especial de unidad. El griego homérico no tuvo claro concepto del cuerpo humano, el griego viviente, por decirlo así, no tuvo cuerpo. La palabra *Soma*, que más tarde se traducirá (Hipócrates, Platón, Aristóteles) como cuerpo humano, significa en Homero el cadáver (*Ilíada* III, 23; XVIII, 161; VII, 79; XXII, 342). Hay varias palabras que se utilizan en el poema para denominar alguna parte de lo que podría llamarse cuerpo, como las palabras *gyía*, *myôn*, *meléa*, *dérma*, *rinós*, *sárx* pero estas tienen el sentido de miembros, piel o carne. El griego arcaico no concibió al cuerpo humano como "cuerpo", sino como "suma de miembros". De ahí los constantes epítetos de "ágiles piernas", "rodillas que se mueven", "Águiles, el de los pies ligeros", etc. El griego homérico vivenciaba su cuerpo como una totalidad activamente presente, en cada expresión poética hay una representación de fuerza vital incalculable.

También encontramos un vocablo que en el texto tiene una interpretación muy amplia, es el término *khros* (ξρω/φ), esta palabra es difícil de definir, pues ofrece diferentes significados: cuerpo, piel, carne, color de la piel (*Ilíada* XIV, 383, *ajustar a la carne –cuerpo– la armadura*; XIV, 187, *en relación a lo erótico*; IV, 135-139; XXI, 398, *en relación a lo bello –“bella carne”, “carne de lirio”, “blanca carne”–*), en los distintos pasajes que aparece la palabra (ricos en diversas circunstancias de forma y sentido) están apuntando a resaltar al hombre viviente.

Por otra parte, para hacernos una concepción del cuerpo humano en los poemas homéricos debemos rescatar la importancia de la medicina y del médico (*iatros*); además del posible conocimiento anatómico que el poeta tenía para hacer sus bellas descripciones, conocimiento que quizá fue una invención exclusivamente suya, que creó con cierta independencia del saber médico. La medicina en tiempos de Homero, además de tener un matiz laico, es decir, que se podía practicar al margen de la religión, es un arte notable, y son expertos en medicina, además de los médicos reconocidos por su fama de curar, los ilustres héroes que saben el arte de la guerra. Por esto es importante resaltar las primeras alusiones al arte de curar esbozadas en los versos homéricos aunque sería un error craso pretender ver en la *Ilíada* y en la *Odisea* un repertorio completo de los saberes médicos o un compendio anatómico exacto. Recordemos que estamos en el terreno de la poe-

sía épica, que está narrando un combate a muerte entre dos pueblos y los conocimientos médicos o anatómicos en ella expuestos son una aproximación o una guía que inaugura el carácter público y abierto de este importante conocimiento, a saber, el arte de la medicina. Además, se observa una importante aproximación a una comprensión del hombre, del material del que está hecho y de las diferentes circunstancias bélicas que padece.

Es así como la *Ilíada* es la fuente más completa que permite fácilmente reconstruir una anatomía porque describe detalladamente las consecuencias de las heridas en los guerreros. Es importante destacar la anatomía que allí se expone, los términos que Homero utiliza para nombrar las partes afectadas por las heridas causadas por el bronce. De esta manera, los conocimientos anatómicos que se describen en el poema son primitivos pero bastante exactos respecto a los huesos, músculos y articulaciones. Hay que resaltar que muy posiblemente la textura del cuerpo humano fue conocida por los griegos homéricos mediante tres recursos principales, la observación directa de él, la experiencia de las heridas en el campo de batalla y muy probablemente la ocasional contemplación de la putrefacción de los cadáveres no merecedores de incineración ritual y abandonados, en consecuencia, sobre la superficie de la tierra (Lain, 1985: 48). Homero enumera casi todas las partes importantes internas y externas del cuerpo humano y establece una nomenclatura que perduraría en la

terminología científica del *corpus hippocraticum* (Gil, 1984: 427). Hay que anotar un hecho extraño; la anatomía, a la cual se hace referencia en los poemas épicos, es una invención exclusivamente homérica (una invención poética); en los tratados hipocráticos no hay alusión a Homero, no hay un reconocimiento en los tratados hipocráticos a la anatomía que en la *Ilíada* se expresa, cuestión esta extraña en la cual Hipócrates guarda un gran silencio (Malgaigne, 1842: 6).

Lo interesante de esta anatomía es el hecho de que el poeta sea tan minucioso para referirse a las partes del cuerpo afectadas por las heridas recibidas por una determinada arma. Por ejemplo, la lanza que arroja Ayante hacia Polidamante, este la esquiva con tan mala suerte que la recibe Arquéloco.

Lo golpeó en la juntura de la **cabeza** y el **cuello**

τόν ρ(ε)βαλεν κεφαλη=ς τε και` αυ)ξε`
νος ε)ν συνοξμφ=,

en la extrema **vértebra**, y le cortó ambos **tendones**

νει`ατον α)στρά`γαλον, α)πο` δ` α)`μφω κε`
ρσε τε`νοντε`

y la **cabeza**, la **boca**, y las **narices**,
mucho antes

του= δε` πυλο` προτε`ρη κεφαλη` στο`μα τε
ρ(ι=νε`ς τε

que las **piernas** y las **rodillas** del que
caía, al suelo tocaron.

ου)`δει* πλη=ντ` η)` περ κνη=μαι και`
γου=να πεσο`ντος.

(*Ilíada* XIV, 465-469).

Este es un breve ejemplo de la minuciosa descripción que hace el poeta respecto a una herida. La narración es meticulosa, solo en la herida producida por la lanza se nombra cuatro partes que comprometen la vida del guerrero; el resto de las partes, cinco, describen la forma como el guerrero cae al suelo llegándole la muerte.

II. Consideraciones

Tal vez en la *Ilíada* no haya un término que designe el cuerpo humano en su totalidad y directamente. Hay ciertos autores que sostienen que en el relato no hay una noción clara del cuerpo humano. Para ellos, los pocos términos que hacen referencia globalmente al cuerpo, o que pueden tomarse como referentes de este, no tienen una conexión directa, no indican el cuerpo en un sentido de totalidad, y más bien, tienen un sentido aislado que está muy alejado de una significación concreta, en el sentido moderno, del cuerpo humano. Se avanzaría un poco si viéramos en las palabras *soma*, *gyía*, *myôn*, *meléa*, *dérma*, *rinós*, *sárx* no el sentido de cuerpo viviente sino, más bien, cuando son utilizados por el poeta, una visión recortada de la vida o están en relación con la muerte, la forma exterior del guerrero o la falta del ánimo de este. Ahora bien, no hay un solo término que, de forma dominante, englobe la totalidad del cuerpo humano; abundan descripciones anatómicas fragmentarias en su mayoría acertadas, el lenguaje es rico para enumerar las partes del cuerpo humano, solo hay partes, como en un rompecabe-

zas, que hacen parte de una unidad que no se nombra explícitamente de manera única. Lo importante del relato es que es el primer testimonio escrito que da cuenta del cuerpo como conjunto de miembros, es la primera evidencia para entenderlo en sus diferentes manifestaciones. Se podría pensar que el lenguaje utilizado por el poeta es “pobre” en este sentido, pues no hay una alusión directa a esa unidad, no hay un concepto claro que sintetice de manera abstracta la totalidad. Es obvio que la palabra delimita, pero, al mirar el contexto de las palabras, ellas nos ofrecen un panorama amplio de lo que se está nombrando, en este caso el cuerpo humano. Cada palabra dentro de su contexto, es decir, cuando hace alusión a una parte del cuerpo pareciera no nombrar con claridad, y por eso, su aparición hay que verla en el entramado de fórmulas poéticas que la rodean para producir su significante. Así, se ve un tejido de matices basados en fórmulas que construyen bellamente el complejo nombrar del cuerpo humano. Igualmente, hay que ver cómo el hombre del poema se relacionaba con el cuerpo, o, mejor, cómo padecía con este los fenómenos de la vida bélica, y esta dimensión la desconocemos por completo si no comprendemos que se trata de una construcción basada en grupos de palabras y no en nombres individuales como la ciencia moderna hace para clasificar. Pues el mundo homérico no conoce grandes subdivisiones del tipo real/aparente. Sus sucesos son todos “igualmente reales” aunque en modo alguno influyen por igual (Feyerabend, 2001: 45).

Ahora bien, el cuerpo como protagonista de un encuentro sangriento, los términos que lo nombran, es el personaje de todo el entramado poético, pues es Homero, mejor aún, su poesía, la que trata de nombrar el cuerpo en el caos bélico. Por esto, las recurrencias a las distintas fórmulas poéticas, epítetos, comparaciones, analogías, metonimias, etc., que hacen referencia a alguna parte del cuerpo, como cuando se hace referencia a una súplica o imploración: “sus rodillas abraza”; cuando se refiere a una cualidad de un dios o hombre: “Aquiles el de los pies ligeros”; cuando se describe a un guerrero insigne como el divino Diomedes: “los miembros preclaros”, etc. Todas estas fórmulas constituyen el fundamento poético del cuerpo. Inclusive, el cuerpo del hombre muerto tiene sentido en la expresión poética (*Ilíada XVII, 10*). Son, pues, esas partes, y hasta el cadáver mismo, personajes de la expresión poética, ya sean parte de un gesto de súplica del insigne guerrero o de su dolor o su aniquilación.

Así, pues, encontramos un cuerpo constituido por partes. Sin embargo, y a manera de hipótesis, la noción de cuerpo humano está en la vitalidad de cada parte que se nombra; es esa vitalidad la que padece la fuerza o la que está sometida a la aniquilación parcial o total. En consecuencia, el cuerpo humano, en este caso el cuerpo del guerrero que padece la inclemencia del bronce, está en relación con lo que se podría llamar el cuerpo en relación a la extrema vitalidad con el mundo. Pues lo que pone en juego el guerrero es la

magnitud de su fuerza, de su máxima potencia de vida, y aquí, en el terreno de la vitalidad, la noción de cuerpo cobra sentido muy importante, pues el deseo del hombre homérico es vivir en la luz y, si es posible, morir en la luz. Pues la vida en la luz, la vida en la tierra, la vida terrenal, es la única vida real; e incluso si se trata de la vida de un simple campesino, sería mucho mejor que estar allá abajo, en la oscuridad del Hades, reinando sobre los muertos. Pues el hombre corpóreo es el hombre mismo, el hombre real, su "psique", que, al llegar la muerte, se va al Hades, llorando virilidad y juventud. No es más que una copia inerte, sombra de su terrena realidad (Nestle, 1987: 31). Está bien que Homero al describir al hombre lo haga por partes, pero, lo interesante es que en ese describir, en ese nombrar encontramos cierta unidad, la unidad se halla en la manifestación que hace el guerrero en cada momento en que participa de algún acontecimiento o hecho. En cada instante el hombre homérico se manifiesta unidad vital.

La *Ilíada*, como poesía épica, como relato que reconstruye un hecho histórico, es el terreno donde se manifiesta el espíritu humano, donde se encuentra por primera vez una concepción de hombre, de la forma como este se representa en el mundo con su cuerpo. El relato da forma al hombre de una manera poética, es decir, lo construye desde una posición, desde el lugar que ocupa cada hombre en el mundo. Y esa posición se manifiesta desde varios ángulos. Homero no mira al hom-

bre desde una sola perspectiva sino que abre el abanico de las posibilidades de vida del hombre. Hay que destacar que la concepción de cuerpo humano es sutil pero abarcadora, su *pathos* se manifiesta en la reflexión poética. El griego homérico vivenció hasta las últimas consecuencias la gratuidad de la vida. Es la experiencia fáctica de la vida hecha carne maltratada por la guerra. Hay que mirar que esa primera noción de cuerpo, que está plasmada en el poema homérico, aunque no muy clara, es muy real y vital, al contrario de la concepción que nuestra época moderna tiene del cuerpo, pues concebimos al cuerpo humano muy abstractamente, como sin vida, es decir, como si de él solo se tuviera una representación simbólica, como un universal vacío y sin particularidad. Nos han enseñado a rendir culto al alma más que al cuerpo, no habiendo un pensamiento claro sobre este porque está totalmente desplazado por la conciencia y por el lenguaje que encierra en conceptos los padecimientos del cuerpo. En este instante es bueno recordar las palabras de Spinoza cuando nos dice que nadie sabe lo que puede un cuerpo para dimensionar la vitalidad que desconocemos. Evolucionan el lenguaje y correspondientemente evolucionan las formas de padecer. El hombre homérico no es un hombre de palabras, es un hombre de hechos, y ello resulta decisivo a la hora de actuar porque lo marca un destino. En cambio, el hombre de la modernidad (marcado por el espíritu de la pesadez) padece de manera diferente sus múltiples palabras y vive escindido en sus múltiples preocupaciones intelectuales.

No es vano recordar aquellas palabras que profiere Eneas a Aquiles, en las cuales le recalca que el combate no se gana con injurias de toda clase sino que es en la lucha donde se mide el valor del hombre:

Ea, no nos digamos más palabras como si fuéramos niños, parados así en medio del campo de batalla. Fácil nos sería inferirnos tantas injurias, que una nave de cien bancos de remeros no podría llevarlas. Es voluble la lengua de los hombres, y de ella salen razones de todas clases; hállense muchas palabras acá y allá, y cual hablares, tal oírás la respuesta.

De esta manera se puede ver que para los griegos que describe Homero hay un equilibrio entre lo que vivieron con el cuerpo y su representación del alma: las manifestaciones del cuerpo; ellos daban, sin duda, más importancia al tener que vivir “corporalmente” hasta las últimas consecuencias.

El griego homérico, según el relato épico, muestra al hombre en un padecer constante, sumergido en una patología de lo vital. Y en ese padecer se presenta ese griego en la escena del mundo con orgullo, respeto, temor y veneración hacia la vida que su destino le permitía vivenciar en cada parte de su cuerpo y en la cual subyace la unidad de este.

Por último, el cuerpo en el relato es una totalidad de la cual se destacan sus partes, esas partes que se describen es el principio de una anatomía poética. La guerra es bárbara y caótica, ante esa crueldad el poeta inventa una anatomía para que así

no pase desapercibido el cuerpo frente a la magnitud del caos bélico; se nombra al cuerpo caído en el fragor del combate, al cuerpo ultrajado por el pálido bronce, para que recupere su condición divina, devolverle una humanidad la cual se ha perdido con la violenta muerte.

III. Partes del cuerpo humano (anatomía poética)

La recopilación de términos que se representa a continuación tiene en cuenta el cuerpo humano desde la cabeza hasta los pies. La propuesta está encaminada a reconstruir un cuerpo humano desde el mismo relato épico con ayuda de los términos que Homero utiliza para nombrarlo. Esta representación no es definitiva o exacta, pues es tan solo una aproximación para tener una idea de la anatomía que en la *Ilíada* se esboza.

Desde la cabeza hasta el cuello

1. Cabeza: κάρη η (; κεφαλή η=ς η((kárê, kephalê)
2. Encéfalo (sesos): ε)γκέφαλος ου ο((egképhalos)
3. Cuero cabelludo: τρίξες ω=ν αι(; θρίχ , γενιτ.τριξο' η(; ξαίτη ης η(; κόμη ης η((tríkhes, thríx, khaítê, kómê)
4. Frente: μέτωπον ου το'; μετώπιον ου το` (métôpon, metôpion)
5. Región temporal, sienes: κόρση ης η' ; κρόταφος ου ο((kósê, krótaphos)
6. Región sincipital, mollera: βρέγμα ατος το` ; βρεξμός ου= ο((bregma, brekhmón)

7. Región occipital, nuca: ι)νίον ου το (iníon)
8. Οίδος: ου)=ς (γενιτ. ω)τος) τὸ ; ου)=ας ατος τὸ (ous, ouas)
9. Lóbulos de la oreja: λοβός ου= ο((lobós)
10. Rostro: πρόσωπον ου τὸ ; υ(πώπιον ου τὸ ; ο)ΰνισ εως η((prósôpon, hypôria, ópsis)
11. Nariz: ρ(ίς, ρ(ινός η((rís, rinós)
12. Οἶος· ο)ΰσσε τῶ; ο)φθαλμός ου= ο(; ο)μμα ατος τὸ (ósse, ophthalmós, ómma)
13. Las cejas: ο)φρυς υ(ος η((ophrýs)
14. Las lágrimas: δάκρυον ου τὸ (dákryon)
15. Pupila o niña del ojo: γλήνη νς η((glênê)
16. Párpado: βλέφαρον ου τὸ (bléphara)
17. El mentón: α)νθερεών ω=νος ο(; γένειον ου τὸ (anthereôn, géneion)
18. Las mejillas: παρειά α=ς η= (pareiá)
19. Mandíbula, maxilar inferior: γναθμός ου η((gnathmós)
20. Cavidad bucal: στόμα ατος τὸ, cuyo orificio es μάσταχ ακος η((stóma, mástax)
21. Los labios: ξει=λος εως ους τὸ (kheilos)
22. Los dientes: ο)δούς γενιτ. ο)δόντος ο((odóntos)
23. El paladar de la boca: υ(περῶ ας η((hyperôa)
24. La lengua: γλω=σσα ης η((glôssa)
25. Las fauces, la garganta: λαιμός ου= ο(; στόμαξος ου ο(; λαυκανίη ης η((laimós, stómakhos, laukaniê)
26. El cuello: αυ)ξηίν ένος ο(; δειρή, η=ς η(; λόφος ου ο((aukhên, deirê, lóphos)
27. La tráquea α)σφάραγος ου ο(; en esta encontramos la voz: φωνή η=ς η((aspháragos, phônê)

El tronco

28. El pecho o el tórax: στη=θος εως ους τὸ (stêthos)
29. Región media o anterior a la caja torácica: στερνόν ου ο((stérnon)
30. Las tetillas o mamilas: μαζός ου= ο((mazós)
31. La línea medianera del pecho: μεταμαζιον ος ον (metamázion)
32. La espalda: μεταΰφρενον ου τὸ ; νῶτον ου τὸ ; ρ(άξις ιος η((metáphrenon, nôtôn, rákhis)
33. El hombro o región escapular, omoplato: ω)=μος ου ο((ômos, ômôn)
34. La región interescapular: ω)μων μεσσηγύς (ômôn messêgýs)
35. La clavícula: κλεις, genit. κλειδος η((kleís)

Miembros superiores, los brazos

36. Los brazos: βραξίων ονος ο(; πι=ξυς εως ο((brakhíôn, pêkhys)
37. El brazo entero y antebrazo: ξειρ α)κρη (kheír, ákrê)
38. El codo: α)γκών ω=νος ο((agkôn)
39. La mano: ξειρ κειρός η((kheír)
40. Carpo, muñeca, metacarpo: ξειρ^ε πι καρπ^ο= (kheir epí karpô)
41. La palma de la mano: παλάμη ης η(; θε'ναρ αρος τὸ ; α)γοστός ου= ο((palámê, thénar, agostós)

Vísceras torácicas

42. Las vísceras torácicas: ε)γκατα ων τὰ ; ε)νδίνα ων τὰ ; σπλαγξίνα ων τὰ (égkata, endína, splágkhna)

43. El corazón: καρδίη ης η(; κρᾶδίη ης η(; κη=ρ, genit. κη=ρος το` ; η)=τορ το` (kardíê, kradíen, kêr, êtor)
44. Venas: φλέψ, φλεβός η()(phléps, phlebós)
45. La sangre: αἱ(=μα ατος το` (aima)
46. Diafragma: πρᾶπιδες ὠν αἱ(; φρήν, genit. φρενός η((prapídes, phrên)
47. Los pulmones: πνεύμων ὀνος ο((pneumôn)

Partes del abdomen

48. El vientre: γαστήρ, (genit. γαστροός ; poét. γαστέρος η(; -νηδύς υός η(es sinónimo-) κενέων ὠ=νος ο(; λαπαρή ης η((gastêr, nêdus, ke-neôn, lapárê)
49. La región media del vientre: πρότμησις εως η((prótmêsis)
50. El ombligo: ὀμφαλός ου= ο((omphalós)
51. Región inguinal: βουβών ὠ=νος ο((boubôn)
52. Partes pudendas: αἰδοίον ου το` (aidoion)
53. Las nalgas o glúteos: γλουτός ου= ο((gloutós)
54. La vejiga urinaria: κύστις εως ἰδος η((kýstis)
55. Las vísceras o tripas: ἐντερα ὠν τὰ ; ξολάδες (éntera, kholádes)
56. El hígado: ἥπαρ (genit. ἥπατος) το` (hêpar)
57. Los riñones (o cierta grasa que los envuelve): ἐπίνεφρίδιος ὀς ὠν (epí-nephridios)

Parte media

58. La cadera o "articulación coxofemoral": ἰσχίον ου το` (iskhíon)
59. En la cadera o "ἰσχίον" encontramos la cavidad llamada: κοτύλη ης η((kotylê)
60. El muslo y su conjunto: μηρός ου= ο(; μηρίον ου το` (mêrós, mêrion)

Extremidades inferiores.

Las piernas

61. La pierna: κνήμη ης η((knêmê)
62. La articulación de la rodilla: γόνυ το` (góny)
63. La pantorrilla: σκέλος εως ους το` (skélos)
64. La corva, jarrete: ἰγνύη ης η(; κώληψ ηπος η((ignyê, kôlêps)
65. El pie o los pies: πούς , ποδός ο((pous, podós)
66. Empeine del pie: τάρσος ου= ο((tarsós)
67. Talón: πτέρνη ης η((ptérnê)
68. Tobillos: σφυρόν ου= το` (sphyrôn)

Palabras para designar los miembros en general

69. Los miembros en general o articulaciones: γυῖον ου το` ; γούνατα. Nominativo pl. ἰόν. Y poét. de γόνυ (gyia, gounata)
70. Miembros o partes del cuerpo en general: μέλος εως ους το` ; (κατὰ) μέλεα (mélos, mélea)
71. Apéndice del tronco: ρέθος εως ους το` (réthos)

La piel

72. La piel: *de/rma atoj to\; r(ino/n ou= to\ ; xrw/j o(*. (dérma, rinós, khrôs)
 73. El sudor: *i(drw/j o(* (ép. *i(drw=*) (idrô)
 74. Vello: *λάξνη ης η(* (lákhnê)
 75. Grasa humana: *δημός ου= ο(* (dêmós)
 76. La carne: *κρέας το\ ; σάρχ,* genit. *σαρκός η(; μυω\ν ω=νος ο(* (khréas, sárx, myôn)

Esqueleto. Resto de las partes

77. Los huesos: *οστέον ου=ν το\ ; λευκός η\ όν* (ostéa, leukós)
 78. La médula (ósea): *μυελός ου= ο(* (myelós)
 79. La calavera: *κρανίον ου το* (kraníon)
 80. Las vértebras: *αστραγάλος ου ο(; σφονδύλιος ου ο(* (astrágalos, sphondýlion)
 81. Las costillas: *πλευρά α=ς η(* (pleurá)
 82. Los cordones duros y tensos que la mano percibe bajo la piel: *τένων ον τος ο(; νευ=ρον ου το* (ténôn, neuron)
 83. Nervios (los tendones o fibras de la carne): *ίνες pl. de ιής ι)νός η(* (ínes)

Referencias

- Castiglioni, Arturo. 1941. *Historia de la medicina*. Traducida de la segunda edición italiana. Barcelona: Salvat Editores.
 Chantraine Pierre. 1977. *Dictionnaire étymologique de la langue grecque*. Paris: Éditions Klincksieck.
 Daremberg, Charles Victor. 1865. *La médecine dans Homère ou études d'archéologie sur les médecins, l'anatomie, la psychologie, la chirurgie et la médecine dans*

les poèmes homérique. Paris: Librairie Académique. Recuperado de: www.bium.univ-paris5.fr/

- Feyerabend, Paul. 2001. *La conquista de la abundancia*. La abstracción frente a la riqueza del ser. Trad. Radamés Molina y César Mora. Barcelona: Paidós.
 Gil, Luis. 1972. *La medicina en el período pretécnico de la cultura griega*. En *Historia universal de la medicina*. Dirigida por Pedro Lain Entralgo. Tomo I. Barcelona: Salvat Editores.
 Gil, Luis; R. Adrados; Fernanández Galiano y De La Vega, Lasso. 1984. *Introducción a Homero (II)*. Barcelona: Labor, S.A.
 Greek-Englis h Lexicon, compiled by Henry George Liddell and Robert Scott. With a revised supplement, 1996. Oxford: At the Clarendon Press.
 Homero. 1960. *Ilíada y Odisea*. Versión directa y literal del griego por Luis Segalá y Estalella. Introducción de José Almoína. México: Editorial Jus, S.A.
 Homero. 1997. *Ilíada*. Libros I-XII. Versión bilingüe. Introducción, versión rítmica y notas de Rubén Bonifaz Nuño. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
 Homero. 1997. *Ilíada*. Libros XIII-XXIV. Versión bilingüe. Introducción, versión rítmica y notas de Rubén Bonifaz Nuño. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
 Homero. 1997. *Odisea*. Trad. José Manuel Pabón. Barcelona: Planeta Deagostini.
 Hugo Lloyd, Jones (ed.). 1974. *Los griegos*. Versión española de J.C. Cayol de Bethencourt. Madri: Gredos.
 Jaeger, Werner. 1997. *Paideia*. Los ideales de la cultura griega. Trad. Joaquín Xirau (libros I y II). Wenceslao Roces (Libros III y IV). México: Fondo de Cultura Económica.

- Laín Entralgo, Pedro. 1985. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat Editores.
- Malgaigne, Joseph-François. 1842. *Études sur l'anatomie et la physiologie d'Homère*. Paris: Libraire de l'Académie Royal de Médecine.
- Nestle, Wilhelm. 1987. *Historia del espíritu Griego*. Trad. Manuel Sacristán. Barcelona: Ariel.
- Nietzsche, Friedrich. 1973. *Así habló Zaratustra*, Un libro para todos y para nadie. Madrid: Alianza.
- Rohde, Erwin. 1948. *Psique. La idea del alma y la inmortalidad entre los griegos*. Trad. Wenceslao Roces. Medellín: Fondo de Cultura Económica.
- Sarton, George. 1965. *Historia de la ciencia*. Trad. José Babini. Argentina: Universitaria de Buenos Aires.
- Thiele, Guillermo. 1969. *Homero y su Ilíada*. Venezuela: Monte Ávila Editores.

Informes

Instituto de Bioética - PUJ
Edificio 67
José Rafael Arboleda, piso 5
Teléfonos: 320 8320 exts.: 4537 y 4538
Fax: 288 40 76
E-mail: bioetica@javeriana.edu.co
maestria.bioetica@javeriana.edu.co



EL TRATAMIENTO DE LA HISTERIA A FINALES DEL SIGLO XIX: ¿UN AGUJERO EN LA CIENCIA MÉDICA?¹

HERWIN EDUARDO CARDONA QUITIÁN²

Introducción

Si se introduce la figura del agujero en la ciencia, es porque, a pesar de que la histeria era una de las “enfermedades” más comunes del siglo XIX asociada a las mujeres, la medicina no sabe cómo tratarla. O bien esto ratifica, como lo insinúa la medicina, que las histéricas son apenas simuladoras; o bien la histérica demuestra que el síntoma es un enigma que únicamente puede ser comprendido en su singularidad. Lo cierto es que se introduce un agujero en el saber científico de la medicina, por cuanto habría una excepción a la regla de su saber constituido como universal. Por un lado, la histérica

abre un agujero en la ciencia, porque el síntoma no sigue las leyes de la anatomía. Por otro, introduce un agujero en la comprensión de la sexualidad humana, pues su síntoma tendría dicho origen. Lejos de tratarse de una simulación, la histérica renuncia al cuerpo de la medicina fabricando uno a través del síntoma.

En este sentido discurre el presente análisis: por un lado comprender el tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX; por otro señalar las coordenadas de emergencia de la neurología a la luz de los descubrimientos de Charcot en la Salpêtrière, manifiestos ya en la teoría de Mesmer sobre el magnetismo animal. Demostraré

1. Este documento presenta un resumen del artículo titulado: “El tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y el agujero de la ciencia médica”, publicado en la revista *Desde el Jardín de Freud* (Número 12 de 2012), de la Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura de la Universidad Nacional de Colombia.
2. Licenciado en Psicología y Pedagogía de la Universidad Pedagógica Nacional, y magíster en Psicoanálisis, Subjetividad y Cultura de la Universidad Nacional de Colombia. Docente Ocasional de la Universidad de Cundinamarca. Correo electrónico: jonasdorado@hotmail.com

con esto que la histeria lejos de constituir una patología, encarna un discurso que cuestiona y agujerea la ciencia.

La anatomopatología

La comprensión de la enfermedad en el siglo XVIII estaba centrada en el análisis de los síntomas y los signos. El valor semántico de estos consolida la semiología clínica. Fue Condillac quien introdujo la enfermedad en la lógica del discurso. Se trata de una lógica del significante, en donde el corazón de la enfermedad podría develarse en una sintaxis legible.

Para la semiología clínica la mirada es fundamental. La mirada del clínico estaba asociada al silencio, para así escuchar los significantes de la enfermedad. Así lo señalaba Corvisart: "Toda teoría calla o se desvanece siempre en el lecho del enfermo." (Foucault, M., 1978, p. 154). Se trata de que la mirada se pose en silencio sobre la verdad del síntoma. Esta mirada se articula sobre la historia del sujeto, en categorías que oscilan entre sus datos generales, los síntomas, el origen y desarrollo de la enfermedad, y las causas anteriores; elementos que configuran la historia clínica.

Ahora bien, la mirada se transforma radicalmente al comenzar el siglo XIX con la entrada de la operación química, "que al aislar los elementos componentes permite definir la composición... y fundar así una clasificación... sobre formas de relaciones." (Foucault, M., 1978, p. 172).

Esto configura el vistazo, que "tiene el privilegio de ver el punto central o decisivo," (Ibíd, p. 175) abre el paso a la anatomía patológica y sitúa las coordenadas para que aparezca el cuerpo de la medicina.

La disección reorganizó las escuelas de medicina y los hospitales, así como los métodos de examen clínico. Le da estatuto de ciencia a la medicina, pues el vitalismo de la religión constituía hasta entonces un obstáculo, al oponerse a la disección de cadáveres. Abrir los cadáveres precedía en adelante la observación, pues el síntoma se encontraba ahora fundado en las lesiones anatómicas.

Este método introducido por Bichat en el siglo XIX, abre un nuevo campo para la comprensión de la enfermedad. Práctica que reorganiza la temporalidad de los síntomas en la espacialización del cuerpo. El descubrimiento anatomopatológico dará lugar a una máxima: "no existe enfermedad sin sede." (Foucault, M., 1978, p. 199). Ahora la enfermedad se observa desde un nuevo punto de fuga: la muerte. Desde allí se analiza la enfermedad, y el organismo. Por eso Bichat aconsejaba: "Abrid algunos cadáveres: veréis desaparecer en seguida la oscuridad que la observación sola no había podido disipar" (Foucault, M., 1978, p. 209). Esto constituye la ruptura de la historia de la medicina, momento en el que la experiencia clínica se convierte en mirada anatomoclínica.

La histérica

Las histéricas eran aisladas en pabellones de hospitales psiquiátricos junto con otros considerados anormales. Charcot en la Salpêtrière se había encargado de estudiar la etiología de la histeria; había llegado en 1862 luego de ser designado médico jefe de uno de sus pabellones. Se trataba de un asilo antes dedicado al hospicio de la vejez de las mujeres, y utilizado durante el siglo XVII como centro de encierro. Charcot convirtió la Salpêtrière en una especie de museo patológico, así lo demuestra el taller de vaciado en escayola y el de fotografía. Había también “un laboratorio de anatomía y de fisiología patológica... un gabinete de oftalmología... anfiteatro” (Didi-Huberman, G., 2007, p. 46). Introdujo la práctica de la disección, y sometió a sus pacientes a una descripción rigurosa de sus síntomas. Innovó en el desarrollo de terapias a partir de aparatos de electrodiagnóstico y electroterapia. En su análisis de la histeria, estableció una distinción entre afección neurológica y patología neurótica; y abrió una sección en donde se encontraban las epilépticas simples y las histéricas. De esta manera aisló la histeria como objeto nosológico puro.

Los descubrimientos de Charcot marcan un hito porque hasta finales del siglo XIX nadie sabe qué es la histeria. La “bestia negra” como se la conocía por su relación con el deseo femenino, va a marcar el lastre de la enfermedad desde la antigüedad hasta los albores de la medicina moderna. Para la medicina antigua la histeria “se debe a la retención de la sangre o de humores uterinos corruptos y venenosos que

deben purgarse” (Maines, R., 2010, p. 44). Para los griegos la histeria se presentaba en mujeres que “estaban privadas de relaciones sexuales, lo que provocaba que el útero se secara, perdiera peso y partiera en búsqueda de la humedad necesaria.” (Pérez-Rincón, H., 1998, p. 52). Con la llegada del cristianismo, las histéricas serán consideradas poseídas, por lo que muchas mujeres terminarán calcinadas en la hoguera. En los siglos XVI y XVII cuando aparecen las nuevas concepciones nosológicas y terapéuticas la histeria vuelve a ser considerada como enfermedad. En el siglo XVIII Von Haller expresa que “las mujeres son especialmente propensas a padecer por la privación de la cópula a la que se habían acostumbrado, y que la clorosis, la histeria, la nifomanía y la manía simple se curaban mediante la cópula.” (Pérez-Rincón, H., 1998, p. 53). Era común que esta fuera la receta de los médicos de la época para el tratamiento de las histéricas. Todo esto se traduce en el debate del siglo XIX para establecer si la privación o el exceso de sexo es la causa de la histeria, o si la masturbación es causa o síntoma. Lo cierto es que hasta los estudios de Charcot y posteriormente de Freud, nadie sabe qué es la histeria, de hecho sus síntomas parecen la caricatura de casi cualquier enfermedad, de ahí que se le llame la perfecta simuladora.

La neurología

La neurología no está ausente de la mirada anatómica y anatomofisiológica, pero introduce un método diferente. Se

trata de develar una serie de respuestas que muestren disfuncionamientos, para así encontrar sinergias o correlaciones entre las zonas del cerebro. Esta metodología permitirá el análisis de los comportamientos a la luz de la respuesta corporal y la actitud intencional del individuo. Se trata de una técnica que descansa sobre la consigna y la conminación, y que se manifiesta en frases como: ¡Camine! ¡Lea esta frase! ¡Hable! No se trata ni del interrogatorio de la psiquiatría, ni del examen de la anatomía, sino de un dispositivo de conminación, que procura obtener unas respuestas del cuerpo del sujeto; Foucault lo expone de la siguiente manera:

El neurólogo dice: obedece mis órdenes pero cállate y tu cuerpo responderá por ti, dando respuestas que yo solo, porque soy médico, podré descifrar. (Foucault, M., 2007, p. 349).

Y he aquí el lugar sobre el que se precipita la histérica, gracias a este nuevo dispositivo médico:

¡Pues bien, usted quiere que mi cuerpo hable! Mi cuerpo hablará, y le prometo que en las respuestas que dé, habrá mucho más de lo que usted puede imaginar. (Foucault, M., 2007, p. 349).

Charcot le arranca la histeria a la psiquiatría para introducirla en el campo del análisis diferencial. Logra que sea reconocida como una enfermedad. Pero los síntomas: “retracción del campo visual, hemianestesia simple o doble, anestesia faríngea, contracción provocada por una ligadura circular en torno a una ar-

ticulación”, (Foucault, M., 2007, p. 358) deben ser estables y persistir durante las diferentes evaluaciones.

Ante la persistencia de los síntomas histéricos se constituye una alianza entre la histérica y el médico, pues en adelante su cuadro clínico permite establecer un diagnóstico diferencial. Ahora el médico se encuentra sujeto a la histérica, pues para mantener su estatus de neurólogo depende de la regularidad de sus síntomas. Para esto se introduce la práctica de la hipnosis, pues a partir de órdenes precisas se podrá obtener un síntoma perfectamente aislado. Esto introduce una dificultad en el análisis médico, pues demuestra que su síntoma se ha generado mediante un dispositivo de sugestión. Pero se pasa por alto frente a las ventajas comparativas que ofrece la histérica, para descubrir a aquellos que podrían estar fingiendo un síntoma. Relata Foucault, que frente a los traumas debidos a accidentes férreos y de guerra, muchas de estas personas habían desencadenado síntomas neurológicos. Como el sistema de salud debía asumir la presunta discapacidad de estas personas, los síntomas histéricos se convirtieron en el patrón de medida para demostrar la veracidad de dichos padecimientos. Una vez más, la histérica sometía al médico y agujereaba el saber de la ciencia.

Así las cosas, la ciencia médica en el campo neurológico deberá encontrar un hueso duro que sostenga la etiología de la histeria, para validar el método hipnótico. Es allí en donde aparece el concepto

de trauma. Sobre esta base se funda la teoría de Charcot. El trauma se convierte en causa y la hipnosis es su efecto natural, con esto había logrado desligar la histeria de su estigma sobre la enfermedad uterina.

La concepción del trauma obliga por otro lado a una búsqueda para encontrar su etiología, por eso se conmina a la histérica a relatarlo a través de la regresión hipnótica. Es ahí en donde se introduce un agujero definitivo en la ciencia, al responder con su vida sexual, que reactualiza constantemente en el hospital. ¿Qué hace Charcot frente a las evidencias que todos sus alumnos relatan tras bambalinas? Calla, y conmina a callar a los médicos.

Para Foucault este es el grito de victoria de la histérica, maniobra que obliga a callar a los neurólogos, como diciendo al médico:

Quieres encontrar la causa de mis síntomas, una causa que te permita patologizarlos y actuar como médico; y como quieres ese trauma, pues bien ¡tendrás mi vida entera y no podrás dejar de escucharme contar [...] lo que tengo ganas de decir y de hacer!

Ha aparecido el cuerpo sexual de la histérica. Las histéricas han agujereado la ciencia médica: por un lado a la anatomopatología, al burlar sus principios sobre la etiología orgánica de los síntomas; por otro a la neurología, al soportar con sus síntomas la existencia de este saber.

El magnetismo

La hipnosis, da cuenta de una herencia más arcaica: el magnetismo de Mesmer. Luego de haberse formado como médico, y de plantear la teoría del fluido universal, Mesmer fue retirado de los círculos de medicina. Su teoría encuentra la explicación para las enfermedades nerviosas en un desequilibrio del "fluido universal". Se trataba de un fluido que circundaba en los intercambios entre el hombre y el cosmos, de tal forma que una mala repartición sería la causante de la enfermedad.

Pero la teoría de Mesmer será desprestigiada luego del estudio de una comisión organizada por Luis XVI, quien se había interesado en el tema. La conclusión: "el fluido magnético no existía y los efectos observados eran simple fruto de la acción de la imaginación." (Pérez-Rincón, H., 1998, p. 61). Esto desembocará en una casería de brujas de todos aquellos que practicaban el mesmerismo. Mesmer se convierte en una amenaza para la medicina del siglo XVIII en cuanto sus principios echan por tierra la medicina erudita. Se trata de un instante político lleno de incertidumbres, en donde el Estado se sostiene gracias a la alianza entre la policía administrativa y el saber experto del científico, por lo que ven en el mesmerismo un foco que puede contribuir a la conspiración revolucionaria. El mesmerismo hace temblar también a la institución eclesiástica, pues se trata de un "fluido universal a través del cual se determina tanto el destino de los individuos como el de las sociedades" (Le

Gaufey, 2000, p. 174). El fluido se equilibra por sí mismo, sin necesidad de un tercero, pero por otro lado, la revolución es consecuencia de la equilibración del fluido, por lo tanto es inevitable y necesaria. Y un elemento más: “el vínculo social... se encuentra... completamente inmerso en este fluido” (Le Gaufey, 2000, p. 175).

La terapia introducida por Mesmer, se convierte en una línea que cruza la práctica médica por cerca de un siglo, pasando de Mesmer a Charcot, y luego a Janet y Freud. Charcot se constituye en eslabón clave de esta cadena, retoma primero la metaloterapia de Burq, utiliza luego la electricidad para el tratamiento de las afecciones neurológicas y por último la hipnosis. Pero además se trata de un eslabón que permite observar la relación entre el mesmerismo y el cuestionamiento de los enunciados discursivos, tanto de la ciencia, como del Estado. Al descubrir que el vínculo social está constituido por el fluido universal, se anticipa a la teoría de la libido formulada por el psicoanálisis. El agujero se había introducido con la duda que se mantendrá latente en el cuerpo de Luis XVI, y con esto en el cuerpo social “¿Y si el magnetismo animal existiera?” (Le Gaufey, 2000, p. 176).

La electricidad

Algo diferente ocurría en el Reino Unido. Me remito al film “Hysteria”³. El doctor Joseph Mortimer Granville recién egresado

de la carrera de medicina, en su búsqueda de empleo acude a una cita con el doctor Dalrymple, quien trabaja con mujeres histéricas. En el interior de su consultorio se encuentra una mujer en una camilla que le permite mantener sus piernas levantadas y abiertas. Al lado una mesa con una serie de infusiones dispuestas para la mezcla. Dalrymple explica a Granville que desde hace siglos el cuerpo médico ha propuesto un abanico muy amplio de tratamientos para la histeria: baños calientes, baños helados, chorros de agua, mesmerismo, equitación. Afirma que él prefiere un acercamiento más directo. En seguida, introduce su mano en el interior de la entrepierna y comienza a masajear explicando los detalles del método: “aplico una ligera presión, y lentamente inicio un movimiento circular, apoyado ligeramente como golpeando el vientre.” A medida que avanza la terapia Granville va describiendo los efectos: “la respiración se acelera, la piel se ruboriza, los párpados laten, crispaciones, verbalización”, mientras tanto la señora Parsons repite palabras como: “vamos, más rápido, al galope, ¡continúe!” Dalrymple explica que el movimiento activa el paroxismo histérico y pone el útero en posición normal, pero aclara que el órgano femenino no puede experimentar la menor sensación de placer sin la penetración del órgano masculino. Luego de una hora, la señora Parsons llega al clímax, mandando lejos al doctor Dalrymple de una patada.

Pasados algunos días, Granville se ha entrenado en la técnica para el tratamiento

3. Hysteria 2011, Tanya Wexler. Producción, Informant Media / Beachfront Films / Forthcoming Productions. (100 min).

de la histeria. El joven médico se ha adaptado tan bien, que Dalrymple lo convierte en su socio. Pero luego de un tiempo, el trabajo ha producido en su mano una parálisis. Se somete constantemente a un tratamiento de calor y frío para recobrar la movilidad. Esto dificulta el desarrollo de la terapia, pues en varias ocasiones su mano está helada, lo que produce inmediato rechazo por parte de las pacientes. Dalrymple molesto por su reputación, termina despidiendo a Granville.

Al regresar a su casa se encuentra con un plomero inventado por un amigo dedicado al estudio de la electricidad. Este giraba y vibraba al mismo tiempo. Descubre que este aparato podría realizar la misma tarea que desempeñaba con su mano en el tratamiento de la histeria. Decide llevarlo Dalrymple para que lo ensaye sus pacientes. El éxito del tratamiento convirtió a Dalrymple en uno de los médicos más consultados para el tratamiento de la histeria.

Los dos amigos comienzan a producir en serie su aparato portátil, que revolucionará el mundo del orgasmo femenino. Las mujeres comenzaron a comprarlo para uso doméstico, y se vendía en revistas por catálogo. ¿Qué tipo de respuesta es esta? Una cuyo criterio es la economía. Economía para el médico, que podrá hacer uso del aparato para lograr con mayor eficacia su tarea, aumentando así sus ingresos. Pero también economía del goce, pues las mujeres podrán llevarlo a sus hogares, con la esperanza de que

logre apaciguar su malestar. La masificación de este aparatito coincidirá con la desaparición de la histeria de la American Psychiatric Association.

La terapia eléctrica introducida en Reino Unido muestra otra cara del tratamiento de la histeria: la alianza ciencia-mercado, presente en la medicina del siglo XIX busca desaparecer el síntoma a partir de su ubicación anatómica. Si esta terapia logró desaparecer la histeria demostraría que se trataba de una enfermedad con un componente orgánico localizable, que la medicina se había negado a reconocer. Esto echaría por tierra la hipótesis sobre la concepción de la histeria como un discurso. Así las cosas, podríamos atenernos a que en el futuro los padecimientos del cuerpo sean aliviados gracias a la matriz: ciencia-técnica-mercado. Por otro lado, podríamos sostener la hipótesis de que el mercado del vibrador lejos de curar la histeria, demostró que no se trataba de un problema orgánico, sino de algo que vendrá a situarse en los enunciados de los discursos emergentes del siglo XX.

Referencias

- Didi-Huberman, Georges. 2007. *Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Foucault, Michel. 1978. *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI Editores.
- Foucault, Michel. 2007. *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Le Gaufey, Guy. 2000. *Anatomía de la tercera persona*. México: Editorial Psicoanalítica de la Letra.

Maines, Rachel. 2010. *La tecnología del orgasmo. La histeria, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres*. Cantabria España: Milrazones.

Pérez-Rincón, Hector (1998) *El teatro de las histéricas: De cómo Charcot descubrió entre otras cosas, que también había histéricos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Informes

Instituto de Bioética - PUJ
Edificio 67
José Rafael Arboleda, piso 5
Teléfonos: 320 8320 exts.: 4537 y 4538
Fax: 288 40 76
E-mail: bioetica@javeriana.edu.co
maestria.bioetica@javeriana.edu.co



HISTORIA Y MEDICINA: EL CASO DE LOS LOCOS Y LA LOCURA EN LA COMUNIDAD MÉDICA BOGOTANA A FINALES DEL SIGLO XIX Y PRINCIPIOS DEL XX

DIANA VANESA DÍAZ MARTÍNEZ¹

Existe una relación ineludible entre la historia y los demás campos del saber. Si bien muchas veces se tiende a desligar a las llamadas “ciencias duras” de la historia –pues se cree que el transcurrir de estas es independiente y ajeno a influencias externas– lo cierto es que la ciencia, y para este caso específico la medicina, se construye y determina de acuerdo a su relación e interacción con otros campos y, en especial, con el contexto político, económico, social y cultural en el que se desarrolla. Una vez entendida e interiorizada la importancia de esta relación, es posible aprovechar y utilizar la historia como una valiosa herramienta de análisis

para la comprensión de los procesos, las dinámicas y los cambios por los que ha atravesado la medicina para llegar a lo que es actualmente.

Para ejemplificar la relación anteriormente aseverada se expondrán algunos elementos del estudio histórico que realicé sobre las enfermedades mentales en Colombia para la época de finales del siglo XIX y principios del XX. Específicamente, se buscó comprender cuál fue la imagen que del loco, la loca y la locura se construyó desde finales del siglo XIX hasta principios del XX dentro de la comunidad científica bogotana. Para tal propósito,

1. Historiadora y profesional en Lenguajes y Estudios Socioculturales de la Universidad de los Andes. Correo electrónico: dv.diaz25@uniandes.edu.co

se propuso entender cuáles procesos históricos (sociales, culturales, políticos y económicos) enmarcaron el comienzo de la *cientificación* del loco, la loca y la locura en Bogotá. Igualmente importante fue advertir hasta qué punto el nuevo discurso científico generado alrededor de la locura se vio inmerso en los prejuicios y las preocupaciones propias de su tiempo y su lugar de producción.

Así, con el estudio de este caso particular de la medicina en Colombia, a partir del análisis y las herramientas propias del oficio histórico, fue posible evidenciar no solo el contexto que permite explicar y entender el porqué del proceso de *cientificación* del loco y la locura, sino también las dificultades y adversidades que atravesó la medicina colombiana a finales del siglo XIX, en su intento por buscar la objetividad, la imparcialidad y la “perfección” en el campo de las enfermedades mentales. En particular, la historia permite en este caso observar la delgada línea que separa la ciencia de la moral, lo que hace necesario pensar la medicina como una ciencia social que se desarrolla siempre de acuerdo a su contexto.

Del loco popular al enfermo mental: contexto de un cambio epistemológico

En las primeras décadas del siglo XX en Bogotá, es posible encontrar una variedad de escritos en los que se rememoran con cierta nostalgia y añoranza los locos y las locas de mediados del siglo XIX en

Bogotá. Individuos tales como Ignacio Gutiérrez Ponce y Polo Gil—inclusive hasta en 1950 para una publicación médica, Samuel Arturo Meza y Posada— fueron solo algunas de aquellas personas que describieron a los locos, no a partir de la representación que para su época primaba, sino a partir de la imagen que de los locos se tenía alrededor de la década del cincuenta del siglo XIX. De tal manera, los locos que Gutiérrez y Gil recordaron con tanta añoranza fueron aquellos locos populares que se caracterizaron por exhibir un comportamiento diferente del que se consideraba normal, una forma de ser lejana a la comprensión intuitiva de sus contemporáneos, cuya existencia no era fácil de explicar. Se hacía evidente que una persona estaba loca porque sus movimientos eran estrafalarios, sus atuendos eran coloridos y vulgarmente llamativos, se creían reyes o princesas y sus ideas parecían no armonizar con lo que la mayoría de la sociedad pensaba. Se trataba entonces de los locos que hicieran parte del paisaje cotidiano de la ciudad y que, sin problema alguno, deambulaban “suelos” por la misma, desplegando sus bizarros comportamientos. Pero lo más importante es que eran “nuestros locos” (Gutiérrez, 1928) porque eran queridos y conocidos por todos los bogotanos, y porque eran apropiados por la sociedad como parte del paisaje natural y como elementos esenciales de la ciudad.

Los locos de la Bogotá de aquella época incluían la Loca Benita, el Runcho Neira, Perjuicios, Gonzalón, Víctor Santamaría,

Rafael Lasso de la Vega y el Loco Rompe Galas, quienes dejaron huella en la historia de Bogotá como aquellos personajes típicos que, junto al bobo y a otros tantos, hicieron parte importante de la cotidianidad de la ciudad a mediados del siglo XIX. El historiador contemporáneo Germán Mejía Pavony recalca, en su obra sobre la transformación de Bogotá desde el siglo XIX hasta comienzos del XX, el hecho de que “los locos de Bogotá no fueron los dementes guardados en los asilos, sino aquellos que hicieron de la calle su vivienda, que fueron aceptados como parte intrínseca del diario vivir al ser aceptados por todos, que fueron atormentados por los chinos y que, en ocasiones, desempeñaron oficios que hicieron la vida más llevadera a los bogotanos de entonces” (2000, p. 285).

No obstante, con el pasar de los años estos locos “típicos” empezaron a abandonar el paisaje para convertirse en el recuerdo de una época. En efecto, aproximadamente para la década de los setenta del siglo XIX empieza a darse un importante cambio en la forma de concebir y tratar al loco. Permitir la presencia de locos “suelos” por las calles empezaba a ser mal visto, y la preocupación por aislar a este grupo específico de individuos se hacía cada vez más evidente. Es en esta década cuando se empiezan a presentar importantes cambios en la forma de relacionarse con los locos.

¿Qué factores ayudan a entender el hecho de que la forma de percibir y tratar a

los locos y la locura haya cambiado? Para mediados del siglo XIX en Bogotá, fueron varios los ciudadanos quienes, preocupados por la desoladora situación de la capital, dejaron plasmadas en sus obras y memorias la descripción de los males que por aquel entonces aquejaban a Bogotá. Vale la pena recalcar en este punto que, como señala el historiador Carlos Ernesto Noguera (2003), fueron particularmente los ciudadanos pertenecientes a la élite capitalina quienes se inquietaron por la deteriorada situación sanitaria e higiénica en la que vivían principalmente las clases populares.

Efectivamente, el orden se estaba viendo alterado, y ello empezaba a preocupar a un importante número de habitantes de Bogotá: “hacia finales del siglo XIX, pareciera que el paisaje urbano, con todos sus habitantes y desechos, se hubiese convertido en algo insoportable, particularmente para un sector de la élite en la que se cuentan varios médicos e higienistas” (Noguera, 2003, p. 47). Además, afirma Mejía Pavony (2000), desde la década del setenta del siglo XIX, las élites se vieron obligadas a combatir el auge poblacional que surgió como consecuencia directa del auge capitalista. El hacinamiento, las enfermedades epidémicas, la pobreza y la escasez de agua, fueron entre otros, muchas de las contrariedades que, según Mejía, contribuyeron a que la situación se tornara insoportable para unos sectores que empezaban a adquirir una nueva sensibilidad hacia su propio espacio. Así, la deteriorada condición

de las ciudades desembocó en la adquisición de una nueva sensibilidad por el espacio urbano que, según Noguera, implicó ideales de modernización tanto a nivel material como a nivel moral. Ejemplificado en el caso de Bogotá y Medellín, Noguera " (2003, p. 148-149) explica cómo el paso de estos "pueblos grandes" a "ciudades modernas" implicó, además de las mejoras materiales (alcantarillado, electricidad, etc.), la adopción de nuevas estructuras de pensamiento en el plano inmaterial: "urbanizar no fue solamente construir edificaciones, ampliar y mejorar la infraestructura citadina; fue, además, una acción por medio de la cual se pretendió controlar una masa poblacional determinada en función de la adquisición de unos hábitos y principios de convivencia que, de manera general, podríamos denominar urbanidad.

De tal manera, señalan tanto Mejía (2000) como Noguera (2003), empezaban a difundirse para aquella época los estudios en higiene; las políticas iban encaminándose hacia el ordenamiento, la limpieza y la curación de la ciudad y, finalmente, comenzaba a otorgársele una mayor importancia al papel de los científicos en las cuestiones públicas. Se empezaban a condenar entonces las prácticas de decadencia, pero también se especializaban los estudios al respecto y se impulsaban medidas dirigidas a la solución del problema: "Así como los gustos burgueses y el deseo de las élites de ver convertida a Bogotá en una ciudad bella, habían dado paso a la creación de una Sociedad de

Embelllecimiento de la ciudad, también conocida como Compañía de Aseo y Ornato, las necesidades urbanas dieron lugar a la creación de otras dos juntas: la de Obras y la de Higiene" (Mejía, 2000, pp. 220-221). En cuanto a la creciente importancia del papel de los científicos, y particularmente de los médicos, Jorge Márquez Valderrama (2005) explica cómo la comunidad médica se transformó en autoridad nacional dado su papel directivo en los recientemente creados organismos tales como la Junta de Higiene. Efectivamente, la Sociedad de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá fue "desde la década del setenta del siglo XIX, [...] reconocida por el poder oficial como una asociación médica a la que se le podía consultar como autoridad científica sobre la regulación sanitaria de la ciudad de Bogotá" (Márquez, 2005, p. 6).

Todo lo anterior iba de la mano, y corría paralelo, con otros procesos que por ese entonces acaecían no solo a Bogotá sino a todo el país. Entre los procesos más importantes debe distinguirse la transición, o el comienzo de la transición, de ciudad colonial a ciudad moderna o burguesa capitalista, lo que según Mejía Pavony (2000) representaba a su vez una evolución en detrimento de las estructuras propias de la colonia, es decir: "la ruptura de las formas de dominio colonial y el establecimiento definitivo del Estado-Nación" (p.20). Así, se iniciaba en el país un importante proceso dirigido hacia la construcción de un Estado-Nación propiamente colombiano; para tal propó-

sito, se llevaron a cabo cambios tanto políticos, como sociales y económicos.

Entre algunos de los avances de la época, Pedro María Ibáñez (1989) en sus "Crónicas de Bogotá" señala la fundación del Diario Oficial, la construcción de puentes que unían vías importantes, la llegada del primer telégrafo eléctrico, el establecimiento de ciertos bancos y la creación del mercado cubierto. "Las galerías cubiertas daban así un aspecto ordenado a esta febril actividad semanal [mercado al aire libre] y aseguraban, al pensar de los contemporáneos, condiciones higiénicas para el comercio de alimentos" (Mejía, 2000, p. 219). Al anterior panorama de progreso se debe agregar la creación de la Universidad Nacional, lo cual tanto material como simbólicamente representaba la consolidación de un proyecto basado en la razón y en la búsqueda del progreso.

Ya específicamente para el tema que aquí interesa, debe anotarse que varios cambios se produjeron, particularmente para la década de los setenta del siglo XIX. Tal vez uno de los proyectos más importantes impulsados en Bogotá por el gobierno liberal de Eustorgio Salgar fue la fundación del Asilo de Bogotá. Al respecto, Pedro Ibáñez cuenta que lo que anteriormente había constituido el convento de San Diego, "la Municipalidad lo destinó el 11 de julio de 1870 para casa de Asilo de indigentes, al cuidado de la Junta General de Beneficencia [...] Allí se recibieron, a más de los mendigos que vivían en miseria y abandono, a los locos y enajenados; de

modo que la casa no fue solo Asilo de pobres, sino también manicomio" (Ibáñez, 1989, p. 560). Evidentemente, y a diferencia de lo que se remarcaba en un principio sobre los locos, ahora estos pertenecían a las instalaciones del encierro junto con otro tipo de individuos (indigentes, miserables, pobres) que al parecer ya no podían vagar libremente por las calles, sino que debían ser atendidos en inmediaciones particulares. Aunque para este primer momento la locura se junta con otro tipo de males, no transcurriría mucho tiempo para que empezaran a especificarse los lugares de la locura. Un poco más adelante, en 1874, señala Humberto Rosselli (1968), se fundaría un asilo destinado específicamente para las mujeres que sufrían del mal de la locura, su nombre fue "Casa de Locas". Cinco años más tarde, el edificio de San Diego es destinado por el gobierno para recibir ahora a los hombres presas de tal enfermedad (Rosselli, 1968). También de esta época, según Rosselli a partir de 1875, data la aparición y auge de obras científicas tanto nacionales como internacionales sobre lo que empezó a concebirse como una "enfermedad mental" que debía hacer parte de las preocupaciones de la medicina. En efecto, empezaron a aparecer más y más tesis en medicina que profundizaban científicamente en alguna de las muchas formas bajo las que se presentaba la locura. Aquel mal, tan extraño y lejano a la comprensión, empezaba a ser abordado desde la perspectiva médica. Es para esta época cuando el loco se transforma en enfermo mental y cuando la medicina

debe hacer todo lo que esté a su alcance no solo para comprender y explicar, sino para intentar sanar –así como se sanaba cualquier otro tipo de enfermedad–.

La locura como “enfermedad social”

A través del análisis histórico de una época particular y de una temática específica se revela el carácter ineludiblemente social de la ciencia y de la medicina, lo que implica que los preceptos científicos de una época están inmersos en prejuicios sociales, ideas, preocupaciones y demás variables propias de cada contexto. Para el caso de la construcción de la imagen del loco y la locura en Bogotá a finales del siglo XIX y principios del XX, se evidencia que la locura era, como Carlos Noguera (2003) la llama, una “enfermedad social” construida entre la moral y la ciencia, y que el discurso científico que se generó a su alrededor reproducía ideas del “deber ser” y de lo que era concebido como “lo normal” para aquella época.

El anterior es un tema siempre vigente en cuanto a sus repercusiones políticas si se entiende desde la manera como dichas ideas construyen y perpetúan un determinado orden social. Resulta no solo interesante sino también importante para nuestras sociedades, entender los procesos a través de los cuales se seleccionan y se clasifican los individuos a tal punto que el control sobre los mismos se vuelve parte natural del paisaje social. En efecto, es significativo entender que más allá de la preocupación médica o científica, existen

unas claras intenciones de aislar y reprimir todo individuo que se considere inútil para la sociedad según ciertos estándares de normalidad previamente concebidos y consensualmente aceptados. En este punto vale la pena citar a Mauricio Nieto, quien al respecto afirma que “la población es dominada en la medida en que se transforma en objeto de racionalización, medición y clasificación, y la información que de ella se pueda reunir de manera sistemática, constituye una clara capacidad política. Uno de los frentes más notables en los cuales la población es objeto científico es el de la salud” (2009, p. 8).

A pesar de que se intentó separar por completo el saber y la percepción popular de la locura de la mirada racional, objetiva y científica, esta fue una tarea imposible para los médicos bogotanos. En efecto, estos científicos de la locura terminaban cayendo muchas veces en prejuicios sociales y dictaban juicios morales con respecto a la enfermedad y el enfermo. Por lo anterior, resulta de gran importancia recurrir a la propuesta de Carlos Noguera (2003) para concluir que a final de cuentas la locura, –al igual que la lepra, la sífilis, el alcoholismo, la mendicidad y la prostitución entre otras– debe ser entendida como una “enfermedad social”. Se trataba pues de un “conjunto amplio y no bien delimitado de síntomas y signos que afectaban el “cuerpo social” y cuyas consecuencias más evidentes eran la degeneración fisiológica y moral” (Noguera, 2003, p. 183). Lo interesante con respecto a las “enfermedades” que podían

clasificarse como sociales es que, según Noguera, se localizaron en la delgada línea que dividía la moral de la ciencia: “En ningún otro tipo de enfermedades se percibe tan claramente la imposibilidad de los médicos para establecer límites precisos entre los saberes científicos y los prejuicios y preceptos morales de su época” (2003, p. 183). No obstante, explica también Noguera, fue tal naturaleza ambigua lo que permitió a los médicos de la época insertarse en los escenarios de poder y control sobre la población. Lo que esto quiere decir es que tal ambigüedad permitió muchas veces realizar juicios arbitrarios sobre la población, basados no tanto en la irrefutable prueba científica sino en las ideas y prejuicios que los médicos tenían con respecto al orden social que se debía mantener. Triunfan entonces ideas sobre lo que los integrantes de la sociedad bogotana “debían ser”; es decir, que conductas reprochables en términos sociales terminan por convertirse en síntomas y/o características de este tipo de enfermedades.

Ejemplos de lo afirmado anteriormente pueden encontrarse en algunas tesis en medicina que trataron el tema de las enfermedades mentales y que fueron desarrolladas dentro de la academia médica bogotana desde finales del siglo XIX hasta principios del siglo XX. Médicos como Alejo Amaya y Francisco Alvarado T.² con-

cordaron en afirmar que existía una cierta “predisposición” a adquirir la enfermedad de la locura; a lo que le acompañaba la idea de que existían personas más “fuertes” o resistentes a dicha predisposición. Para el médico Francisco Alvarado T. (1904) aparentemente dentro del orden social existían personas más aptas, productivas y funcionales que otras. A partir de la conclusión de la existencia de la herencia como predisposición a la locura, se podría esperar que fuera más fácil para los médicos y demás detentores del poder en la época, marginar o condenar con mayor frecuencia a cierto tipo de personas en detrimento de otras. Lo anterior es el caso de Alejo Amaya (1894) para quien las mujeres eran uno de esos ejemplos de individuos más propensos a la locura. Según este autor, existía un “temperamento delirante” o una “predisposición especialísima que presentan ciertos individuos para contraer toda clase de afecciones nerviosas y particularmente el delirio [...] Evidentemente, nada es tan notable como esta susceptibilidad nerviosa [...] Sabemos además que hay mujeres para quienes la vista de un objeto desagradable, la percepción de un olor fuerte, etc., son causas suficientes de violentas excitaciones nerviosas” (Amaya, 1894, p. 23). Amaya también afirmaba que “el sexo no deja de tener cierta influencia sobre la frecuencia del delirio y basta saber que la histeria, afección tan frecuente en la mujer, produce en ella un terreno muy apropiado para el desarrollo de alteraciones síquicas. Además, las funciones de reproducción, embarazo, parto, lactan-

2. Se estudiaron las tesis que estos médicos presentaron para optar por el título de Doctor en Medicina y Cirugía de la Universidad Nacional de Colombia, en Bogotá.

cia, etc., con causas predisponentes bien conocidas" (1894, p. 24).

Una vez más, Alejo Amaya (1894) permite evidenciar lo difícil que era para los médicos de la época separar definitivamente el discurso científico de sus propios prejuicios. En este caso, la concepción que para entonces se tenía de las mujeres y su rol dentro de la sociedad, revelaba la subjetividad que muchas veces manejaron los científicos a la hora de diagnosticar la enfermedad, en este caso, el delirio no vesánico. Amaya expone entonces un cierto tipo de locura que denomina "delirio posparto" y que ataca a las mujeres, como su nombre lo indica, después de que estas dan a luz. Según el autor, el delirio se hace evidente cuando las mujeres se comportan de una manera contraria a como "debían" comportarse según lo que la sociedad esperaba de ellas.

En su manifestación más simple, en su forma más benigna, si así podemos llamarla, este delirio se manifiesta por actos que repugnan por su contraste con la educación parturienta, y no es raro ver entonces mujeres de educación refinada y de exquisita cultura, proferir palabras descompuestas que solo su estado mental puede explicarnos. En ocasiones es un odio, un deseo de ultrajar al marido el que les acomete, y en más de una vez, logran pasar a vías de hecho, con lo cual el paciente consorte tiene que sufrir una buena propina de pellizcos, bofetadas y violentas tracciones del pelo. (Amaya, 1984, p. 66).

Vale la pena recordar en este punto que la imagen predominante que sobre la mujer del siglo XIX y varias décadas del siglo XX tuvieron los hombres tendió a ser aquella en la que se le caracterizaba como una persona sumisa, débil, hogaña y entregada a los deseos y necesidades de su marido (Bermúdez, 1993). Siguiendo la cita de Amaya, se puede inferir que el que una mujer ofendiera y atacara a su marido era visto como una completa anormalidad dentro de la sociedad. Sin embargo, si hechos de tal índole llegaban a presentarse, la explicación no podría ser otra que algún tipo de lesión mental o corporal que estaba obligando a la mujer a comportarse de una manera tan irregular e insensata. Evidentemente, era imposible a los ojos de los médicos (hombres) de la época pensar que una mujer se resistiera racionalmente a la inferioridad a la que era expuesta día tras día por una sociedad bogotana masculina y masculinizada. Resultaba impensable el que una mujer, además educada, se comportara tan reprochablemente, razón por la cual la explicación terminó siendo del tipo médico.

Los anteriores son solo algunos de los ejemplos que permiten concluir que, a pesar de que al convertirse en una enfermedad la locura fue explicada a partir de fallas orgánicas o males cerebrales, el discurso médico que definió la nueva imagen del loco y de la locura estuvo siempre inmerso en un sinnúmero de prejuicios sociales y preocupaciones propias de la época. Así, se propone que la

locura, más que una enfermedad como cualquier otra, resultó siendo una “enfermedad social” en la medida en que se construía entre la moral y la ciencia, reproduciendo ideas del deber ser y de lo que las mayorías consideraban como “normal”.

Referencias

- Alvarado, F. 1904. *Delirio de persecución*. Bogotá: Tip. de El Mensajero.
- Amaya, A. 1894. *Contribución al estudio del delirio no vesánico*. Bogotá: Imprenta de Vapor de Zalamea hermanos.
- Bermúdez, S. 1993. *El bello sexo: La mujer y la familia durante el Olimpo Radical*. Santa Fe de Bogotá: Ediciones Uniandes; ECOE Ediciones.
- Gil, P. 1928. Bogotá sin locos. *Santafé y Bogotá: Revista mensual*, tomo XII, 68, 52.
- Gutiérrez, I. 1928. Los locos de Bogotá. *Santafé y Bogotá: Revista mensual*, tomo XII, 68, 47-51.
- Ibáñez, P. 1989. *Crónicas de Bogotá*. Bogotá: Academia de Historia de Bogotá: Tercer Mundo Ed.
- Márquez, J. 2005. *Ciudad, miasmas y microbios: La irrupción de la ciencia pasteriana en Antioquia*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia: Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, Fac. de Ciencias Humanas y Económicas.
- Mejía, G. 2000. Los años del cambio: Historia urbana de Bogotá, 1820-1910. Santa Fe de Bogotá: CEJA.
- Nieto, M. 2009. *Orden natural y orden social: ciencia y política en el semanario del Nuevo Reyno de Granada*. Bogotá: Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Historia, CESO, Ediciones Uniandes.
- Noguera, C. 2003. *Medicina y política: Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Rosselli, H. 1968. *Historia de la psiquiatría en Colombia* (vol. 1). Bogotá: Editorial Horizontes.



LA ESTERILIZACIÓN FEMENINA FORZADA EN EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

EDITH CAROLINA PINEDA PINZÓN¹

Contexto general de la esterilización forzada

Históricamente el cuerpo femenino y la sexualidad de las mujeres han sido objetos de control y regulación por parte de la familia, la escuela, la religión o el Estado, a partir de concepciones reduccionistas de las mujeres que se limitan a su función biológico-reproductiva. Si bien las consideraciones culturales, políticas y económicas alrededor de la reproducción se han transformado progresivamente en los últimos años hacia el reconocimiento de derechos, del respeto a las decisiones autónomas y la pluralidad, aún existen lógicas restrictivas de la libertad de decisión de las mujeres sobre su propio cuerpo, sexualidad y maternidad.

Desde las luchas sociales por los derechos de las mujeres en todo el mundo se ha evidenciado la existencia de prácticas, creencias y relaciones que sustentan diversas formas de violencia contra las mujeres, situaciones que se agudizan en contextos con altos índices de desigualdad y de violencia estructural como en América Latina. Las transformaciones culturales, institucionales y jurídicas hacia el reconocimiento actual de derechos sexuales y reproductivos dentro del marco de la salud pública, han sido producto de un largo proceso de movilización social, de posicionamiento de las mujeres como sujetos de derechos, y de transgresión de las fronteras privadas que enmarcaban la sexualidad.

1. Abogada y socióloga. Investigadora CLACSO y magistra en Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: carociosa@yahoo.com

Las demandas feministas del mundo han logrado que las mujeres puedan decidir sobre sus métodos de planificación y que desde el sistema de salud se garantice el conocimiento, acceso y uso de estos métodos. Por ello, la esterilización mediante la ligadura de trompas es actualmente una opción voluntaria y libre de las mujeres frente a su reproducción, igualmente es una práctica clínica dada por motivos terapéuticos y de salud materna. A pesar de ello, aún falta mucho para que en las relaciones cotidianas de muchas mujeres latinoamericanas se concreten los postulados de los derechos y se respete las decisiones libres y autónomas.

La decisión libre e informada sobre asumir o no la maternidad, el número de hijos o las formas de planificación no es una realidad para todas las mujeres de América Latina. A la falta de acceso a educación adecuada, a servicios básicos, a sistemas de salud integrales se le suman circunstancias estructurales derivadas de modelos de desarrollo excluyentes e inequitativos que profundizan la pobreza extrema y la negación de la diversidad.

En este contexto, existen casos de esterilización forzada en varios países de América Latina (y el mundo) que vulneran directamente las libertades fundamentales de las mujeres. Los casos de esterilización de mujeres pobres campesinas e indígenas han sido aplicados generalmente desde políticas estatales como formas de control demográfico con motivaciones eugenésicas frente a

la población en situaciones de pobreza consideradas indeseables y obstáculos para el progreso económico, “el eugenismo negativo tendía a desalentar, limitar, prevenir o prohibir la reproducción de aquellos individuos reconocidos como “indeseables” mediante esterilizaciones” (Urbandt, 2002, p. 19). Las valoraciones económicas frente al crecimiento poblacional en países del sur, mal llamados *subdesarrollados*, constituyeron justificaciones para implementar restricciones frente al número de hijos de familias de algunos sectores poblacionales.

Desde la Alemania Nazi hasta procesos recientes en América Latina, África, Asia y China se han documentado casos de esterilización femenina forzada, y aunque a primera vista responden a modelos políticos dictatoriales, existen también en sociedades referenciadas como sistemas democráticos, “la esterilización es fuertemente fomentada por los poderes públicos que ven en ella la solución a sus problemas demográficos (Sardon, 1985).

Las fuertes afectaciones a la vida y dignidad de las mujeres generadas en estos procesos, han llevado a que prácticas de esterilización sean consideradas actualmente por la Corte Penal Internacional como un crimen de lesa humanidad. El Estatuto de Roma describe las situaciones por las cuales un acto de esterilización se considera delito; en este sentido, el artículo 7 del mencionado estatuto dispone:

Que el autor haya privado a una o más personas de la capacidad de re-

producción biológica, que la conducta no haya tenido justificación en un tratamiento médico o clínico de la víctima o víctimas y que se haya llevado a cabo sin su libre consentimiento. (Artículo 7.1.g Estatuto de Roma).

Son tres entonces los elementos que confluyen para que se considere penalmente la existencia de esterilización forzada:

- Privación de la capacidad biológica para la reproducción.
- No existencia de justificación médica para el hecho.
- No existencia de manifestación de consentimiento de manera libre por parte de la víctima.

Estas tres situaciones se constituyen en vulneraciones graves a la autonomía de las mujeres y a los derechos sexuales y reproductivos reconocidos internacionalmente; sin embargo, se presentan en América Latina en donde la esterilización forzada de las mujeres ha hecho parte de procedimientos de salud pública desde la formulación y aplicación de Programas Nacionales de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en los cuales subyace una política de control de población orientada a reducir drásticamente las tasas generales de fecundidad de población en situación de pobreza o de vulnerabilidad por su origen étnico.

Los fundamentos políticos para la institucionalización de la práctica de esterilización forzada en América latina, están relacionados con la hipótesis malthusiana de explosión demográfica, generalizada

en los años cincuenta y sesenta y que centró la atención en el crecimiento poblacional detectado en los países latinoamericanos debido al mantenimiento de la tasa de natalidad en niveles estables y por el aumento de la esperanza de vida por un relativo aumento de la calidad de vida de la población (infraestructura urbana, vacunas, mejoramiento de atención de la salud, control de epidemias, mejoras en la alimentación, etc.) (De Barbieri, 2000).

Para frenar este crecimiento poblacional, visto como una amenaza a la supervivencia del planeta, los países del sur se vieron sometidos a una serie de presiones desde los países del norte y organismos multilaterales para bajar la tasa de natalidad. En algunos casos estas presiones internacionales dieron lugar a la imposición de procesos coercitivos de control de la reproducción de población campesina, indígena, discapacitada o habitantes de zonas marginales, logrando muchas veces el consentimiento de las mujeres mediante mecanismos de presión propios de un contexto de desigualdad e injusticia global.

Por tanto, las mujeres, su fecundidad y sus cuerpos al ser consideradas como variables del desarrollo económico (Brown, 2006) son objetos de regulación dentro de las políticas de desarrollo. Han sido emblemáticos los casos de Perú, Brasil y Bolivia a los cuales se les ha hecho seguimiento internacional, pero no se cuenta con datos oficiales de estas situaciones en Colombia.

En Perú durante el segundo período de gobierno de Alberto Fujimori se formuló y aplicó el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000; teniendo como marco una política de control de población orientada a reducir drásticamente las tasas generales de fecundidad del país. Este programa fue desarrollado con el apoyo financiero y la asesoría del gobierno de Estados Unidos a través de la Agencia de Estados para el Desarrollo Internacional USAID, en el cual se establecieron metas numéricas a nivel nacional exclusivamente para el método de anticoncepción quirúrgica y se realizaron campañas para procedimientos masivos en zonas de población indígena y campesina en situación de pobreza.

Ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos se presentaron doscientos cuarenta casos en los que se comprobaron diversas irregularidades y negligencia antes y durante las intervenciones quirúrgicas de ligadura de trompas. Se demostró la existencia de manifestación de voluntad de las mujeres indígenas y campesinas luego de presión por parte de los funcionarios de salud a partir de amenazas de denuncia ante la policía, argumentando que el gobierno había emitido una ley por la cual las familias con más de cinco hijos debían pagar una multa e ir a la cárcel, o como condicionamiento para tener acceso a los servicios médicos. En otros casos, en contextos de pobreza extrema se ofrecieron incentivos económicos a las mujeres que se realizaran la cirugía o esta llegó a realizarse

dentro de otros procedimientos clínicos sin informarles a las mujeres.

Igualmente, en Brasil y Bolivia se han documentado casos de esterilización forzada masiva de mujeres indígenas y campesinas, que responden a las mismas estrategias y causas mencionadas en el caso peruano. En 2011 la Asociación Médica Mundial (AMM) y la Federación Internacional de Organizaciones de Salud y Derechos Humanos (IFHHRO) condenaron la práctica de esterilización forzada al considerarla como una forma de violencia que afecta gravemente a la salud física y mental y constituye una violación de los derechos humanos. Para estas organizaciones desafortunadamente se siguen conociendo casos de esterilización forzada, lo cual es un abuso de los conocimientos médicos, una falta a la ética médica y una clara violación de los derechos humanos. Igualmente hicieron un llamado a todos los médicos y personal de salud a instar a sus gobiernos a prohibir esta práctica.

En palabras de Wonchat Subhachaturas, Presidente de la AMM

Por desgracia, los casos de esterilización forzada siguen teniendo lugar en países de todo el mundo. Se obliga a las personas a ser esterilizadas a la fuerza, sin que éstas sepan que el procedimiento se ha llevado a cabo, o sin darles la oportunidad de dar su consentimiento. "Se trata de un uso incorrecto de la medicina, una violación de la ética médica así como una clara violación de los derechos humanos. Pedimos a todos los

médicos y profesionales sanitarios que insten a sus gobiernos a prohibir esta práctica inaceptable”².

Discusiones bioéticas frente a la esterilización forzada

En el contexto descrito anteriormente, es necesario plantear discusiones alrededor de esta problemática y visibilizar la existencia de prácticas contrarias a la ética clínica y a la ética en general. Es importante señalar, aunque de manera breve, conflictos relacionados con la violación de principios frente a los derechos de los pacientes con la actuación del profesional de la salud, con el sistema de salud en general, con el contexto de desigualdad socioeconómica y con las concepciones de desarrollo implementadas.

Algunos de estos aspectos pueden analizarse a partir de los cuatro principios de la bioética (justicia, no maleficencia, beneficencia y autonomía), pero frente a los problemas estructurales en el contexto de América Latina, el enfoque principalista presenta limitaciones y se hace necesario complementar métodos y enfoques desde perspectivas multidisciplinarias que permitan fundamentar procesos de decisión política que involucren aspectos éticos frente al control sobre la vida humana.

Desde el principalismo y los casos clínicos individuales podemos abordar las siguientes

situaciones presentes en los procesos de esterilización forzada documentados:

Principio a la autonomía. Las mujeres deben ser tratadas como sujetos morales con “derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas tanto en sus valores como en sus creencias personales” (Beauchamp & Childress, 1999). En los casos de esterilización forzada se ha demostrado que las mujeres que manifiestan su consentimiento están mediadas por la presión recibida por parte de funcionarios de los sistemas de salud y del contexto de violencias y de falta de información necesaria y suficiente.

No maleficencia y beneficencia. En los casos referenciados de Perú, Brasil y Bolivia, no existieron los cuidados debidos por parte de los profesionales de la salud, ni se brindó la atención médica necesaria y oportuna para salvaguardar la salud y vida de las mujeres (muchas de ellas murieron a causa de complicaciones luego de la cirugía no tratada). Igualmente son casos en los que existe discriminación social y marginación y no se protege la vida o la integridad física y biológica de las personas como lo indica el principio de beneficencia (Gracia, 1998, p. 98).

Por otro lado y en lo referente a la esterilización como política pública de salud se presentó actuación bajo coacción por parte de los profesionales de salud. El caso peruano, por ejemplo, evidencia condiciones de presión por parte de las políticas estatales hacia los profesiona-

2. Consultado en http://www.wma.net/es/40news/20archives/2011/2011_17/

les de salud locales, en cuanto debían cumplir con un número mínimo de intervenciones quirúrgicas. El profesional de salud establece una relación asimétrica de poder frente a las disposiciones legales y en muchos casos no puede decidir. Por otro lado, quizá puedan encontrarse casos en los cuales los profesionales de salud tengan valoraciones positivas de su acción por el convencimiento de estar siguiendo un proceso adecuado de control demográfico.

Además de estos aspectos desde los principios de la bioética clínica, es necesario hacer referencia a la existencia de **sistemas excluyentes en los que se** prioriza la salud como un servicio más no como un derecho y que no apropian dentro de sus actuaciones la necesidad de proteger y fomentar los derechos de las mujeres como perspectiva que se dirige a la igualdad de derechos y condiciones.

Al implementar prácticas de esterilización forzada el sistema de salud vulnera directamente los derechos de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y sobre su proceso reproductivo. En Latinoamérica se mantiene la tensión (que existió en el caso peruano por ejemplo) entre la Iglesia Católica que plantea que las formas de planificación atentan contra la moral religiosa por lo que no deben establecerse como parte de las políticas de salud y los movimientos por los derechos de las mujeres que promueven la necesidad de reconocer el derecho a decidir frente a su salud sexual, el número de hijos y los

métodos de planificación familiar desde la existencia de mecanismos adecuados. Igualmente, se trata de programas eugenésicos que consideran necesario esterilizar a ciertos sectores de la población (indígenas, campesinas, discapacitados, pobres) como respuesta a las crisis socioeconómicas.

El sistema de salud se convierte en el componente de mayor conflictividad para un curso de acción ético, en cuanto requiere la transformación de un sistema político que asuma la salud como un derecho desde la integralidad que ella implica y no como se ha venido considerando en la mayoría de los países latinoamericanos, incluida Colombia, como un servicio de acceso limitado y excluyente.

Así mismo, el tema de la esterilización femenina forzada tiene que ver con discusiones éticas frente a si un gobierno puede decidir y limitar el proceso reproductivo de los y las ciudadanas mediante medidas coercitivas y en aras del control de las tasas de natalidad.

A manera de conclusiones

Es importante resaltar que la esterilización femenina forzada no solo se ha presentado en casos extremos de dictaduras políticas como en el Perú, en donde la voluntad es claramente coaccionada, sino que además existe en contextos aparentemente democráticos y tiene que ver con la actuación de los profesionales de la salud, con procesos educativos gene-

ralizados, con concepciones ideológicas y decisiones políticas frente a cómo controlar la pobreza, con procesos implícitos de segregación étnica desde los estados en América Latina y con situaciones de crecimiento de la desigualdad, de la cual Colombia es país tristemente pionero en el continente.

Finalmente, es necesario que la bioética clínica asuma dentro de sus preocupaciones, problemáticas como la de la esterilización femenina forzada no solo desde el caso clínico individual y el cumplimiento de los cuatro principios en la práctica médica, sino además planteando el debate público, integral e interdisciplinario alrededor de las decisiones políticas, económicas y culturales generadas desde los organismos estatales, teniendo el cuidado de no caer en justificaciones que nieguen el acceso a la esterilización voluntaria y libre como un derecho.

Así mismo es importante promover el debate y el conocimiento de la historia y la existencia de este tipo de situaciones en los procesos formativos de los profesio-

nales de salud para que al enfrentarse a situaciones complejas tengan una perspectiva holística de la vida que se concrete en decisiones éticas.

Bibliografía

- Beauchamp, T. & Childress. 1999. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson S.A.
- Brown, J. L. 2006. *Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas*. [En línea] Disponible en: www.scielo.br/pdf/cpa/n15n30.pdf [Último acceso: 2012].
- Cook, R. & Dickens, B. 2000. Esterilización voluntaria e involuntaria: Negación y abuso de derechos. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 61-67.
- Gracia, D. 1998. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho.
- Gracia, D. 1998. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: Editorial El Búho.
- Sardon, J. C. 1985. *El desafío genético*. Barcelona: Herder.
- Urbandt, P. 2002. *Esterilización femenina voluntaria en el hospital público*. Mar de Plata: Ediciones Suárez.



PRINCIPIOS BIOÉTICOS Y PREVENCIÓN EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: UNA REFLEXIÓN DEL DERECHO A LA SALUD, LA CALIDAD DE VIDA Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

MARÍA MERCEDES HACKSPIEL¹
OLGA LUCÍA PAREDES²

Resumen

El interés del presente trabajo fue dar respuesta a la pregunta ¿Cuáles son las percepciones de los enfoques, barreras y dilemas bioéticos, encontrados por los profesionales de la salud que trabajan en el nivel de prevención primaria en la Atención de Salud de las ciudades de Bogotá, y Valledupar? Se realizó una reflexión desde el concepto de calidad de vida y desarrollo sostenible. El estudio fue de tipo descriptivo con metodología cualitativa; los instrumentos se aplicaron a profesionales de la salud que laboraban en instituciones del nivel primario de atención de salud. Los profesionales desconocen que el sistema de Atención Primaria en Salud (APS) se fundamenta en premisas; sin embargo, se encuentran de acuerdo con la mayoría de ellas. En desacuerdo están con que la APS defina el acceso al nivel

1. Candidata a Doctor en Ciencias de la Vida. Maestría en Bioética. Maestría en Filosofía y Maestría en Salud Pública. Profesora Asistente, Facultad de Medicina y Facultad de Educación y Humanidades, Universidad Militar Nueva Granada.
Correo electrónico: mmhackspiel@gmail.com
2. Magíster en Psicología con énfasis en Salud. Docente HC, Facultad de Medicina y Facultad de Educación y Humanidades, Universidad Militar Nueva Granada.

especializado de atención y que los profesionales deban atender problemas más allá de lo clínico. La mayoría de los profesionales desconoce los principios bioéticos. Ante la puesta en marcha de la Ley de Reforma a la Seguridad Social en Colombia, se hace necesaria la renovación de la APS pero también, una transformación en la enseñanza médica y bioética.

Palabras clave: Ética basada en principios, Atención Primaria de Salud, prevención primaria, desarrollo sostenible, calidad de vida.

Abstract

The interest of this study was to answer the question: What are the perceptions of approaches, barriers and bioethical dilemmas, encountered by health professionals working in the primary prevention level in Health Care in the cities of Bogota and Valledupar? We conducted a reflection from the concept of quality of life and sustainable development. It is a descriptive study, using qualitative methods; the instruments were applied to health professionals working in institutions of primary health care. Professionals are unaware that the Primary Health Care (PHC) system is based on assumptions; however they are in agreement with most of them. They disagree with the idea that PHC defines access to the specialized level of care and that practitioners should address problems beyond the clinical work. Most professionals do not know bioethical principles. Before the implementation of Social Security Reform in Colombia, it is necessary a transformation of PHC as well as of medical education and bioethics.

Key words: Principle-based ethics, primary health care, prevention, sustainable development, quality of life.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud implementa este tipo de atención del nivel primario y local en el año 1978 abogando por un nuevo sistema de salud más incluyente y cercano que brinde beneficios a la comunidad con acciones urgentes por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos.

Desde esta fecha al día de hoy, la orientación de la APS se ha modificado y mejorado, en la actualidad no solo retoma

de manera distinta el concepto de salud-enfermedad trabajado durante décadas, donde uno implica la ausencia del otro, sino que integra la salud a un concepto de bienestar global del ser humano y se expande más allá del sistema de salud meramente dicho, a los de desarrollo económico y social.

El marco para la reforma de la atención en salud comprende la adopción del concepto como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad; la posesión del mejor estado de salud que se es capaz de conseguir y constituye uno de los derechos funda-

mentales de todo ser humano. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental de la paz mundial y de la seguridad, depende de la cooperación más estrecha posible entre los estados y los individuos (OMS, 1946).

Macinko, Montenegro, Nebot, Adell y Etienne (2007) aseguran que la renovación de la Atención Primaria de Salud, especialmente en las Américas, es además el resultado de la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos, la inconsistencia del presente enfoque, el desarrollo de nuevos conocimientos y prácticas y la concienciación de que la APS es una herramienta para reducir las inequidades en salud, una lucha contra la pobreza.

La renovación de la Atención Primaria de Salud requiere de una evaluación crítica de su propósito, de una apropiación por parte de los profesionales que la encabezan en cuanto su significado, sus potencialidades y limitaciones. El reconocimiento de las mayores barreras identificadas para la puesta en práctica del nuevo enfoque de la APS se constituye de igual manera en un aspecto fundamental para tener un punto de partida que permita identificar las mayores problemáticas de la restructuración.

La APS enmarcada en el contexto de la salud pública, contempla el enfrentamiento de los profesionales con una serie de acciones de diagnóstico, prevención, curación y/o rehabilitación: estos escenarios traen a la práctica médica una serie de

situaciones de difícil manejo e incertidumbre que han despertado el interés de los estudios desde la bioética. En muchas ocasiones ante un problema ético se piensa que se ha decidido por simple intuición; sin embargo, el trasfondo de estas decisiones involucran la reflexión sobre el problema, los conocimientos previos adquiridos, creencias y otras posturas de los profesionales de interés para el presente estudio. Especialmente las percepciones que tienen los profesionales de la salud respecto a los dilemas bioéticos en el proceso de la toma de decisiones, en las acciones e intervenciones de prevención para proteger la salud humana y garantizar condiciones adecuadas a las personas y a las poblaciones futuras, ante los casos encaminados a la protección de la salud física y mental, salud ambiental, calidad de vida y derecho sostenible.

Lugones & Pich (2005) consideran que la APS es el contacto inicial del sistema de salud con la persona, la familia y la comunidad, y del sistema hacia estos. Esta relación recíproca permite el conjunto de actividades de atención médica integral y sistemática conformada en equipo y con la participación activa de la comunidad; su objetivo final es el de la prevención de las enfermedades, el mejoramiento de los niveles de salud y calidad de vida en la población, con una formación científica, humanista, ética y solidaria que se apoya en recursos humanos calificados, con elementos culturales de donde se inserta para de esta forma contribuir al desarrollo humano sostenible.

Dentro de todas las acciones mencionadas de la APS, las intervenciones en prevención son esenciales, especialmente para el interés del presente estudio. De acuerdo a la OPS (2008) el énfasis en prevención de la atención en salud es primordial ya que permite actuar en el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Comprende las acciones de educación y la promoción de la salud que buscan fortalecer las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado.

Existe en Colombia una propuesta en crecimiento denominada nivel de prevención alfa (Castro & Orozco, 2009) cuya finalidad puede ilustrar de mejor manera este último planteamiento y que busca a través de acciones e intervenciones interdisciplinarias, "proteger la salud y garantizar condiciones de vida adecuadas a las poblaciones futuras, incluyendo estrategias que promueven la recuperación y preservación del medio ambiente con un trabajo interdisciplinario que implica la actuación de médicos, enfermeras, psicólogos y especialistas en salud pública además de otros campos como la política, la ética, la bioética y otras; por ende, constituye no solo un nivel simple de prevención sino un genuino sistema macro, integral" (p. 561).

García de la Puerta (2000) asegura que a pesar de la importancia de la prevención, el análisis ético de la misma como está planteado en atención primaria, no

ha logrado interesar a muchos autores por lo cual aspectos deontológicos de la medicina en su dimensión preventiva son muy escasos. Sánchez, Noel, Becerra, Herrera y Alvarado (2003) aseguran que las cuestiones bioéticas en la asistencia primaria no son iguales a las de la asistencia hospitalaria, y por tanto, las reflexiones tienen que ser distintas; los conflictos a resolver, la metodología para hacerlo que requiere por ejemplo los médicos de una unidad de cuidados intensivos es totalmente diferente a aquella que necesita un médico para educar a una población en hábitos de vida saludables.

La bioética tiene la responsabilidad de contribuir al desarrollo sostenible, es decir al desarrollo socioeconómico y ambiental buscando armonía en la política económica, social, de salud, educativa y ambiental mejorando la calidad de vida, tanto para la generación actual como las futuras, con base en los principios de la bioética en APS.

A pesar de que hoy en día la prevención es un factor determinante de control de enfermedades y mantenimiento de la salud, no solo para la comunidad científica sino para la sociedad en general, el análisis ético de la actividad preventiva como sucede en la atención primaria, apenas se vislumbra en las revisiones científicas, además de ser poco conocidos por parte de los profesionales. Gracia (1997) plantea cómo debe ser el accionar ético de los profesionales de la salud en la atención primaria desde una base teórica de

los principios bioéticos tradicionales que se están enriqueciendo con los valores, culturas, tradiciones y costumbres de la sociedad actual todos los días; la bioética que Latinoamérica exige se basa en una identidad propia teniendo en cuenta que en la región, el problema mayor de la salud es la pobreza y la desigualdad social, estamos obligados a hacer aportes significativos desde nuestras universidades, con la formación de un recurso humano conocedor, crítico y participante de los sistemas de atención en salud como la APS (García, 2012).

Por tanto, en el tema investigativo se integrarán los aspectos bioéticos y de la práctica de prevención que se presentan en las Unidades Básicas de Atención (U. B. A), Unidades Primarias de Atención (U.P.A), Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI-I), Hospitales del Nivel I (CAP), como escenarios de la atención primaria; especialmente de las concepciones que tienen los profesionales de la salud respecto a los principios éticos que atañen las labores preventivas que se realizan en estos centros de atención en salud, los factores percibidos como barreras para posicionar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, así como la percepción del papel de la APS en el desarrollo de un sistema salud y social.

permitió obtener información y conocimiento de detalles sobre las distintas categorías de estudio a profundidad que no pudieron lograrse con métodos cuantitativos. Se conformó una muestra de profesionales de la salud que laboran en instituciones del nivel primario de atención de salud (UPAS, UBAS, CAMIS, CAPS) de las ciudades de Bogotá y Valledupar; la muestra fue de mínimo 4 profesionales por institución.

Los profesionales se seleccionaron por la voluntad de participar en el estudio, así como la pertinencia de las labores de atención primaria. Las instituciones fueron escogidas por muestreo aleatorio.

Como instrumentos se utilizaron: un cuestionario dirigido a los profesionales cuyo propósito era conocer la percepción sobre los principios éticos, barreras en el sistema de atención primaria en salud y la percepción del enfoque de la APS. Igualmente se desarrollaron unos ejemplos de dilemas bioéticos presentados como casos.

La información de cada uno de los casos, se analizó a partir de categorías de análisis previamente definidas; se determinó las percepciones de los dilemas su categoría y el proceso para darles solución basada en los principios bioéticos. Para el análisis se utilizó el software especializado (ATLAS/ti) y SPSS.

Metodología

El estudio fue de tipo descriptivo con metodología cualitativa. Este tipo de diseño

Resultados

Como se mencionó, para el análisis de los datos recolectados se utilizaron dos

instrumentos diferentes para el manejo de la información cuantitativa y cualitativa, es por esto que en el presente apartado se mostraran los resultados distribuidos de la misma manera, es decir se plantean primero los resultados del cuestionario y por aparte los de los dilemas hipotéticos.

Cuestionario

El cuestionario aplicado buscó indagar el conocimiento de los profesionales de la salud, de las premisas estipuladas por la OMS como lineamientos generales del sistema basado en APS. De igual forma, si se encontraban de acuerdo o no con ellas en el ejercicio propio de su labor en prevención del primer nivel de atención en salud.

Con respecto a las premisas de la Atención Primaria en Salud, los profesionales de Bogotá y Valledupar se encontraron de acuerdo con la mayoría de ellas:

Todos los participantes (100%) estuvieron de acuerdo con que el sistema de salud basado en la APS es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar los principios de equidad y solidaridad, orientados a la calidad y la responsabilidad, la justicia social, la sostenibilidad, la participación.

En su mayoría (93,1%) se encontraron de acuerdo con que el acceso equitativo al sistema se refiere a la igualdad de oportunidades, la educación sanitaria, la prevención, tratamiento y rehabilitación; que la APS pretende alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (94,8%) y que los problemas que se plantean en este sistema tienen que ver más con la comunidad participante que con la sola relación médico-paciente. (Véase tabla 1).

Tabla 1. “Los problemas que se plantean en el sistema APS tienen que ver más con la relación médico-paciente que con la comunidad participante (sistema de salud-comunidad)”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	15	25.9	25.9	25.9
Desacuerdo	43	74.1	74.1	100.0
Total	58	100.0	100.0	

Los participantes coincidieron (77,6%) con que la APS NO es solo un sistema de salud para gente de bajos recursos y que brinde únicamente atención de baja tecnología (Figura 1); igualmente, con que los profesionales de la salud de la APS se

contraten para bajar los costes en el sistema de salud (72,4%). Los profesionales (69%) no consideraron que en el sistema de APS cuenten con el respaldo técnico y financiero necesario para el cumplimiento de objetivos (tabla 2).

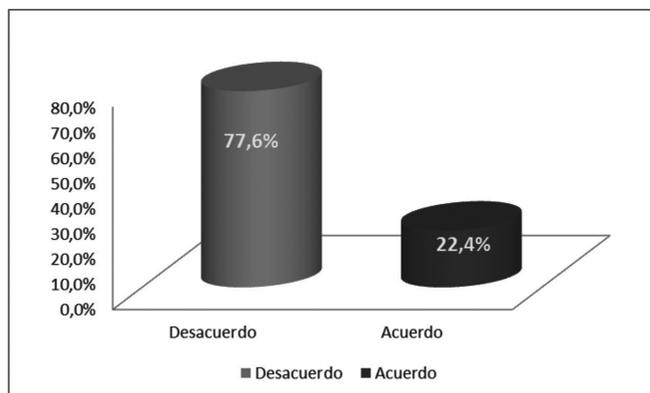


Figura 1. “La APS es un sistema de salud para gente de bajos recursos que brinda atención de baja tecnología”.

Tabla 2. “Los profesionales de la salud de APS cuentan con el respaldo técnico y financiero, incluida la existencia de servicios y unidades sanitarias, equipamiento hospitalario, etc.”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	17	29.3	29.8	29.8
Desacuerdo	40	69.0	70.2	100.0
Perdidos	1	1.7		
Total	58	98.3	100.0	

Los participantes se encontraron en desacuerdo con algunas premisas que son claves en la Atención Primaria en Salud. Entre ellas, que la APS deba velar para

que accedan al nivel especializado solamente un grupo de determinado de usuarios (Tabla 3).

Tabla 3. “La atención primaria debe velar para que únicamente accedan al nivel especializado aquellas personas que puedan beneficiarse de la medicina tecnificada, mejorando así la eficiencia global del sistema”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	21	36.2	36.2	36.2
Desacuerdo	37	63.8	63.8	100.0
Total	58	100.0	100.0	

También se encontraron en discordia con que los profesionales de atención en APS deban resolver problemas que no se con-

sideran puramente médicos, como impases por falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y vacunas (tabla 4).

Tabla 4. “Los profesionales de atención en APS deben resolver problemas puramente médicos, así como impases por falta de profesionales, de camas de hospital, de medicamentos y vacunas”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	14	24.1	24.6	24.6
Desacuerdo	43	74.1	75.4	100.0
Perdidos	1	1.7		
Total	57	98.3	100.0	
Total	58	100.0		

Finalmente, estaban divididos con la premisa que asegura que el enfoque tradicional de atención curativa de la APS explica el escepticismo para acercarse a la comunidad (tabla 5) y así mismo suce-

dió con la premisa que hace referencia a que la Atención Primaria en Salud no forma parte integral del sistema de salud del país (Figura 2).

Tabla 5. “El enfoque tradicional de atención curativa de la APS explica por qué el escepticismo del personal de salud para acercarse a la comunidad”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	28	48.3	49.1	49.1
Desacuerdo	29	50.0	50.9	100.0
Perdidos	1	1.7		
Total	57	98.3	100.0	
Total	58	100.0		

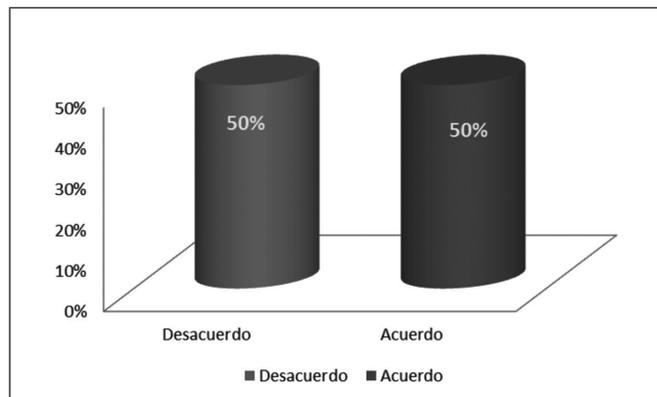


Figura 2. “La APS forma parte integral del sistema de salud del país, del que constituye su función central y el foco principal, no del desarrollo social y económico de la comunidad”.

Cuando los resultados se analizaron por separado de acuerdo a las ciudades, se encontró que las premisas en las cuales se encontraron discordia fueron las mismas para las dos ciudades; sin embargo,

los profesionales de la ciudad de Bogotá se encontraron igualmente divididos en relación a que se solicitaran para bajar los costes del sistema de pagos de salud (tabla 6).

Tabla 6. “Los profesionales de la salud que brindan atención de APS se necesitan para bajar los costes en el sistema de pagos de salud”

Bogotá

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Acuerdo	6	50.0	50.0	50.0
Desacuerdo	6	50.0	50.0	100.0
Total	12	100.0	100.0	

De igual forma puede mencionarse que TODOS los participantes de la ciudad de Bogotá estuvieron de Acuerdo con que la APS es una relación con la comunidad y que busca el acceso equitativo.

Los profesionales de la ciudad de Bogotá insistían en el diálogo con los padres. El consentimiento informado también fue una estrategia seleccionada dentro del proceso de resolución del caso.

Dilemas hipotéticos

El primer dilema buscó plantear un caso donde se contrapusieran los principios de beneficencia versus el de autonomía. En la mayoría de los casos primó el principio de beneficencia sobre el de autonomía del paciente.

“Pese a la oposición de los padres, prima el derecho del menor y se buscaría por todos los medios llegar al mejor manejo para el paciente”.

“...hasta procurar que se realice el procedimiento o de lo contrario, respetar su decisión y que firme el consentimiento informado”.

“seguir los protocolos establecidos por la institución, remitir el caso o dejarlo en manos de trabajo social policía de menores, ICBF”.

Los principios bioéticos más comunes y que se reconocieron por parte de los profesionales fueron: la autonomía, la beneficencia, el consentimiento informado, la ética del cuidado y la vulnerabilidad. Igualmente se mencionaron otros como:

“la razón, el derecho a la vida, la salud”; “el respeto”; “no sé”.

De igual forma en el proceso de la toma de decisión, es común que se buscara el apoyo de un perito (juez) que tome la decisión legal o bien se remitían los ca-

El segundo dilema pretendió contraponer los principios de maleficencia versus justicia.

En este dilema primó la negación de la propuesta del comité antes que la escogencia de un grupo particular (ej.: jóvenes sobre ancianos); en su mayoría mencionan que todos tienen el mismo derecho al tratamiento. Solo algunos profesionales escogen algún grupo particular o bien alguna característica del grupo para dar prioridad de tratamiento.

*“me niego a hacer parte de él y presenté la propuesta al Ministerio de Protección”
“votaría en contra porque uno de los principios de la medicina es no hacer daño”*

“no me parece la propuesta, todos tienen derecho a la vida”

*“voto por dializar a los renales crónicos”
“podría pensarse en tener en cuenta la edad, porcentaje de supervivencia o bien la patología para priorizar”.*

Durante el proceso para tomar la decisión, la mayoría de los profesionales comentó que intentarían otros medios a su alcance para no dejar a los pacientes sin tratamiento.

“buscar otros tratamientos que no sea dializar o mirar qué forma se le dan los medicamentos”

“trabajar pautas con la comunidad para que se controle de forma eficaz”.

Los principios bioéticos mayormente mencionados fueron: la beneficencia y la no maleficencia.

*El principio de igualdad”; “equidad”;
“respeto a la vida”.*

Cuando se analizan los datos segmentados por las ciudades puede mencionarse que algunos profesionales de la ciudad de Bogotá a diferencia de Valledupar, acatan la decisión de los padres de la niña en el primer dilema, es decir dando prioridad al principio de autonomía que al de beneficencia.

Discusión

El reto de reorganizar los sistemas de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad solo será alcanzado con la participación de profesionales que comprendan y practiquen los atributos de la APS (Bonal & Casado, 2009). Sin embargo, se evidencia como no solo existe un desconocimiento por parte de los profesionales de que el sistema se desarrolle a través de estas premisas, sino, que se encuentran en desacuerdo con algunas de ellas al ejercer su labor.

Los médicos y enfermeras encuestados no creen que la atención primaria busque el acceso a un nivel especializado solamente para algunos usuarios. Probablemente consideran que esta premisa puede ir en contra del derecho igualitario de la atención en salud, pero lo cierto es que quiere mejorar la eficiencia minimizando costos y la efectividad del nivel especializado. La OPS asegura que anualmente entre el 75 al 85% de la población requiere únicamente servicios de atención primaria, un 10-12% requerirá derivación al especialista y únicamente un 5-10% deberá ser derivado a la atención terciaria (OPS, 2008).

Respecto a las funciones con las que cuentan dentro del sistema, la mayoría considera que dar respuesta a impases por falta de recurso humano, así como aspectos relacionados con medicamentos y vacunas no hacen parte de su labor. Para la APS, el médico no solo le atañe el escenario medico-usuario, sino por el contrario todo lo que implica su atención. Y es que la interpretación que se le ha dado a la implementación de la APS por parte de los propios profesionales de la salud, es la de un mecanismo para el manejo inicial de la enfermedad que les trae como consecuencia, bajos ingresos económicos, poco estatus o prestigio profesional y “estancamiento” en la consulta; incluso como algunos mencionan estar de acuerdo con que se necesitan para bajar los costes en el sistema de pagos de salud.

Este cambio de actitud de los mismos médicos y enfermeras es uno de los cambios que se pretenden generar con la renovación de la APS por constituirse una barrera para la implementación del sistema. Igualmente, el desafío por superar el enfoque curativo basado en el hospital.

Uno de los puntos de mayor relevancia en el estudio fue que los participantes se encontraron divididos al considerar que el sistema de salud conforme uno más amplio junto con el desarrollo social y económico de la comunidad. Transformar este pensar y hacer en aras de lograr una mayor efectividad en la salud y la calidad de vida de la población requie-

re programas cuya filosofía de acción se sustente en un marco teórico integrador, donde la salud es un proceso cambiante y sometido a circunstancias ambientales y fenómenos sociales condicionados tanto a la estructura socioeconómica y los patrones socioculturales concretos como a las vivencias personales (Rojas, 2004).

El desconocimiento de las premisas de la APS no fue lo único que se encontró como una debilidad de los profesionales participantes, igualmente la ignorancia u olvido de los principios bioéticos por los cuales se rige sus prácticas es también uno de los aspectos a mencionar. Los dilemas evidenciaron que el primer nivel de atención en salud también se enfrenta a disyuntivas complejas que no solamente se encuentran en niveles de atención especializada y que además, también trascienden el campo de la bioética clínica para presentarse en la bioética institucional y la social.

Aunque en su mayoría, los profesionales participantes eligieron el principio de beneficencia sobre el de autonomía, muchos mencionaron la remisión a otro servicio sin insistir en la comunicación con la familia del paciente. Se debe tener en cuenta que la autonomía implica, más que el acento en el respeto a la voluntad del paciente frente a la del médico, la promoción de la libertad del paciente de forma responsable. El consentimiento informado no es suficiente tampoco como ejercicio del principio de autonomía, pues como vemos en el caso se re-

duce a la bioética clínica de la relación médico-paciente y no tiene en cuenta el nivel institucional, usuario, sociedad. Es comprensible que se intente buscar la vía legal para romper con la contradicción de un dilema bioético, pero lo legal no debe confundirse con lo ético.

Es curioso como los médicos y enfermeras no logran definir el principio de justicia propiamente dicho, sino que hacen referencia de forma constante al derecho a la igualdad. Tampoco reconocen la equidad de recursos (bioética institucional) como parte del principio de justicia.

Con los planteamientos mencionados, se hace evidente que ante la puesta en marcha de la Ley de Reforma a la Seguridad Social en Colombia, se hace necesaria también una transformación en la enseñanza médica y bioética iniciando por el conocimiento de las premisas de la APS y valores que la componen. Como lo mencionan Bonal & Casado (2009), las bases estratégicas que pueden conducir a la introducción de cambios en el modelo asistencial actual de la APS se basan en los procesos de aprendizaje de los futuros médicos y especialistas de los servicios de salud.

Otros aspecto importante lo constituye la visión del sistema de salud como parte integral del desarrollo económico y la calidad de vida; reflexión planteada en el objetivo del presente estudio. La Comisión de Salud y Ambiente de la OPS (1993) plantea que la salud humana depende de la capacidad de una sociedad para

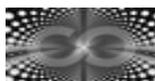
manejar la interacción entre actividades humanas y el ambiente físico y biológico, de manera que salvaguarde y promueva salud sin amenazar la integridad del sistema natural del cual dependen el ambiente físico y biológico. Es decir el sujeto es lo primordial del desarrollo, por medio del crecimiento económico con equidad social e implica la plena participación ciudadana en convivencia armónica con la naturaleza, sin comprometer, sino por el contrario garantizar, la calidad de vida de las generaciones futuras.

Igualmente se ha definido como el desarrollo que mejora la atención de la salud, la educación y el bienestar social. El concepto holístico de la salud, ese que buscan los sistemas de atención basados en APS, se define a través de las relaciones y dependencias recíprocas de varios fenómenos, la redefinición "integral" de salud necesita la recuperación social de una concepción amplia de calidad de vida, que incluya el respeto para los ritmos biológicos, los tiempos sociales y las dimensiones totales del ser humano (Lazzarini, 2009).

Referencias

- Bonal, P. & Casado, V. 2009. La formación de los recursos humanos para la APS y salud familiar y comunitaria en España y Europa. *Academia de Medicina de Familia de España*. 5-74.
- Castro, M. & Orozco, L. 2009. El nivel de prevención alfa: una estrategia para proteger la salud de las generaciones futuras. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 26 (6): 560-562.

- García Flores, F. 2002. Bioética y Atención Primaria de Salud. *Gaceta Médica Caracas*. 110 (1), 118-121.
- García, J. 2000. *Importancia de la prevención en atención primaria, Medicina de Familia*. 1: 89-93.
- Gracia, G. 1997. Principios y metodología de la bioética. *Revista Labor Hospital*. 3 (2), 175-183.
- Lazzarini, B. 2009. El desarrollo sostenible. Cátedra UNESCO. *Universidad politécnica de Cataluña*. Disponible en: http://portalsostenibilidad.upc.edu/detall_01.php?numapartat=8&id=69
- Lugone, B. & Pichs, L. 2005. La Atención Primaria de Salud y los estudiantes latinoamericanos de medicina. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [online], vol. 21, n. 5-6, pp. 0-0. ISSN 0864-2125.
- Macinko, J.; Montenegro, H.; Nebot, Adell, C. & Etienne, C. 2007. La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 21 (2/3), 73-84.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. 1946. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York: *Official Records of the World Health Organization*, N° 2.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata n° 1, 6-12 de septiembre; URSS.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. 1993. Nuestro planeta, nuestra salud. *Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS*. Washington: La Organización, p. VX.
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. 2008. Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud: estrategias para el desarrollo de los equipos de APS. ISBN 978-92-75-32931-3.
- Rojas, F. 2004. El componente social de salud pública en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*. 30 (3).
- Sánchez, Z.; Noel, J.; Becerra, O.; Herrera, D. & Alvarado J. C. 2003. Los principios bioéticos en la Atención Primaria de Salud. Apuntes para una reflexión. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 19 (5): Disponible en: <http://www.sld.cu/revistas/mgi/vol19-5-03>.



UNA MIRADA BIOÉTICA AL DESARROLLO CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO DE LAS INVESTIGACIONES BIOMÉDICAS EN ENFERMEDADES PARASITARIAS TROPICALES OLVIDADAS

RAMÓN PORTILLO¹

Introducción

Las enfermedades tropicales causadas por organismos parásitos afectan anualmente a cientos de miles de personas a nivel mundial, siendo las zonas tropicales y subtropicales donde se registran las más altas cifras de infectados, expuestos y decesos por esta causa. Considerando las alarmantes cifras de mortalidad y morbilidad que anualmente reportan la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WHO, 2010) y las diferentes fuentes académicas regionales, resulta plausible intuir que existe un conocimiento cercano de estas enfermedades en la procura del

control y la eliminación de las mismas. Sin embargo, lamentablemente, esta intuición no es más que una mera ilusión.

Existen algunas discrepancias en la actualidad, entre el objetivo final en el estudio de las enfermedades tropicales causadas por parásitos, y la práctica para llegar al mismo; ocurriendo las mismas en diferentes niveles de interpretación académico-tecnológico. Por una parte, el artículo científico se ha convertido en una especie de enemigo académico (Margolis, 1967; Rojas, 2008; Brown, 2011), otorgándole una importancia superlativa a la revista donde se publica y su índice de impac-

1. Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas. Centro Multidisciplinario de Ciencias. Laboratorio de Análisis de Investigaciones en Salud. Mérida, Venezuela. Correo electrónico: enzima33@gmail.com

to, por encima del aporte real a la solución de una problemática global. Por otro lado, se ha asumido el término global como una definición quimérica, pues existen parásitos de importancia mundial, y parásitos que originan las mal llamadas enfermedades tropicales desatendidas u olvidadas (ETD-ETO). La diferencia radica en que los parásitos de importancia mundial afectan a los llamados países desarrollados o sus actividades económicas, mientras que los otros parásitos, afectan “tan solo” al tercer mundo.

El imperativo tecnológico y las demandas pseudo-académicas están afectando de manera tangible y notable este campo de investigación, en el cual actualmente contamos con acceso a tecnologías de última generación y, sin embargo, aun se utilizan fármacos antiparasitarios desarrollados a mediados del siglo XX. En función de lo expresado, resulta urgente reevaluar el camino que debemos transitar hacia la erradicación de las enfermedades ocasionadas por parásitos tropicales, pasando por la conceptualización objetiva del problema, algo que todo investigador da por sentado, pero que pudiese estar afectando el campo de acción de la parasitología, hasta por redefinir la manera de evaluar la carrera de los investigadores.

Un concepto sin definición

72

Es poco probable que exista una persona no instruida en el campo de la parasitología, que sea incapaz de identificar la malaria o el “mal de Chagas”, como

enfermedades causadas por parásitos o, al menos, por microorganismos. De esta premisa, resulta por lo tanto incomprensible, que en la actualidad no exista una definición apropiada para las enfermedades tropicales. Por una parte, la OMS define a las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) u olvidadas (ETO) (WHO, 2012a), con base en el poder adquisitivo de sus afectados. Si estas personas viven con menos de un dólar al día (WHO, 2012b) –una estadística muy sexy de colocar en cada informe anual– se califica como ETD-ETO. Esta es una interpretación muy limitada de estadísticas de campo, ya que en la actualidad se han hallado vectores de Chagas, leishmaniasis y dengue en aéreas donde residen personas con muy altos estándares socioeconómicos.

La definición errada de la OMS de estas enfermedades, genera una alta carga de estigmatización en las personas infectadas, lo cual afecta obviamente de manera negativa, tanto a los afectados, como a los países donde se localizan estas enfermedades (Weiss, 2006). Las estadísticas que maneja la OMS de ausentismo laboral y pérdidas de dinero industrial, motivado por la muerte de personas infectadas con ETD-ETO, pueden generar una aversión en el empleador, ya sea privado o estatal, de contratar a personas de escasos recursos, ya que esto supondrá a futuro pérdidas de horas/hombre, y limitación en las ganancias.

Este enfoque está obviando de manera absoluta la definición ecológica del

problema y su actual desarrollo (Portillo, 2011). El cambio bioclimático está permitiendo la migración de vectores de parásitos hacia latitudes que anteriormente les estaban climatológicamente prohibidas, y se espera que a mediano plazo estos vectores establezcan sus nichos ecológicos en dichos espacios geográficos (Rosenthal, 2009). Por lo tanto, la conceptualización del problema no puede basarse exclusivamente en parámetros de tipo económico. Por el contrario, este es un problema biológico, climatológico y que conlleva la reconfiguración de nuevos socioecosistemas. La correcta definición de esta problemática global, nos permitirá un mejor entendimiento de las líneas estratégicas a establecer para la eliminación de los patógenos causantes de las ETD-ETO.

Empirismo tecnológico

La mayoría de los patógenos causantes de las ETD-ETO fueron descritos en la primera década del siglo XX. Desde ese entonces, el campo de la biomedicina ha emprendido esfuerzos tecnológicos en procura de fármacos y descripción de posibles blancos quimioterapéuticos para la erradicación de dichos patógenos. La línea de tiempo histórica del progreso tecnológico para el control de estas enfermedades, es extraordinariamente similar para todos los patógenos.

Es así como los ensayos empíricos en búsqueda de fármacos antiparasitarios comenzaron en las décadas de 1930-

1960 (Ploye, 1953). Para el periodo del 1960-1980, se ensayaron patógenos atenuados como vía para la producción de vacunas (Jonhson, 1963). Con la llegada de la era genómica, 1980-2000, se dio un salto hacia la caracterización fina de genes *calientes* involucrados en la patogenicidad de los microorganismos estudiados (Mukherjee, *et al.*, 2003). Sin embargo, el análisis de genes no desembocó en la panacea tecnológica ofertada a inicios de los grandes proyectos genómicos emprendidos en la época, y por ende, se enlazó la genómica con la proteómica, para el entendimiento holístico entre expresión y función, lo cual nos trajo a la era de los OMAS (proteoma, secretoma, infectoma, etc.) (Evans, 2000). En los actuales momentos, es posible encontrar artículos científicos que vinculan la nanotecnología como posible vía para la solución de la problemática de las ETD-ETO (Marimuthu, *et al.*, 2011).

Considerando el progreso tecnológico que ha experimentado el área de la parasitología a través de los años, vale la pena preguntarse si se trata realmente de un progreso o una progresión en el uso de tecnologías, que en determinado momento se convierten en tendencias de moda. ¿Cómo es posible, que estando inmersos en la era de la nanotecnología y la epigenética, aun hoy día se utilicen los mismos fármacos de alta toxicidad, descubiertos por empirismo en la primera mitad del siglo XX? Si consideramos que esto no es por falta de blancos quimioterapéuticos o por la falta de reportes

que propongan posibles nuevos fármacos o extractos vegetales con capacidad antiparasitaria, ya que en la literatura abundan todos estos tópicos (Doerig, 2004; Klokouzas, 2003), entonces, ¿por qué no ha sido posible traducir estos hallazgos en nuevos productos escalables a la sociedad?

Esta pregunta no tiene una respuesta clara, ni tan siquiera un esbozo de la misma. Sabemos que existen ciertas limitaciones regionales, que han impedido la aparición de una solución mejor a la problemática de las ETD-ETO, que se posicione en el nicho que actualmente poseen los fármacos de mediados del siglo XX. En este artículo, se discutirá la migración académica y la publicación científica como algunas de estas posibles limitaciones.

Migración académica

El fenómeno de migración académica desde países en vías de desarrollo hacia países desarrollados, es un fenómeno común desde mitad del siglo XX y que ha ido fluctuando en sus valores absolutos en algunos periodos. Existen múltiples factores que pueden impulsar a un académico a migrar desde su sitio de formación hacia un nuevo país; sin embargo, el más común es la mejor remuneración monetaria. Este fenómeno afecta negativamente a las naciones en las que se encuentran las ETD-ETO, ya que se van quedando sin personal de alta preparación para atender los problemas prioritarios en salud. Durante el periodo 1990-2007 la migra-

ción en Latinoamérica de personal con calificación de PhD, pasó de 12,5 millones a 25,9 millones de personas. A nivel de género, la migración de mujeres aumentó en 127%, y los hombres en 90%. El país que acoge con mayor preferencia a este personal calificado es los Estados Unidos con un 84%, y los países latinoamericanos más afectados por este fenómeno son Belice, donde el 66% de sus PhD ha dejado su país y Venezuela, en donde ocurrió un incremento del 216% de migración de talento en el periodo estudiado (SELA, 2009).

Evidentemente, este fenómeno afecta de manera negativa todas las áreas del conocimiento que se adelantan en la región, incluyendo las ETD-ETO. El no contar con una masa crítica de investigadores y, la falta de interés mundial en este tipo de enfermedades, hacen que la balanza esté en nuestra contra. Podríamos llegar a pensar que esta migración es un factor positivo a largo plazo, ya que tal vez en los centros industrializados de la ciencia se llegarían a generar, con nuestro talento humano, productos tangibles que permitan erradicar las ETD-ETO. Sin embargo, estaríamos errados al pensar así.

Esto se debe a que el personal que migra, no necesariamente sigue en su línea de investigación en la cual fue formado. A esta subárea de la Fuga de Cerebros se le conoce como Pérdida de Cerebros, e implica desde la incursión en una nueva área del conocimiento, hasta el ejercicio de una actividad no científica. En los

EE.UU., un 66% de los inmigrantes con PhD no trabajan en su área de especialización y, el porcentaje de académicos que realizan trabajos por debajo de su calificación aumentó desde un 15,8% hasta un 42%. Esto implica que adicional a perder este talento desde nuestras naciones, no obtendremos ningún producto desde las latitudes de la súper industrialización de la ciencia.

Publico, iluego existo!

La publicación científica tiene por objeto la divulgación de resultados finales de una investigación, y es un aporte al conocimiento mundial que se hace desde una tribuna académica (Alexandrov, 2006). Sus consecuencias pueden ser el desarrollo de nuevas tecnologías, o la postulación de nuevas hipótesis en un campo del conocimiento específico. Muy a pesar de las buenas intenciones que persigue la publicación académica, la realidad es que en los actuales momentos, se asume no como vía de comunicación, sino como una forma de evaluación (Petersen, *et al.*, 2010). Mientras más publicaciones acumula un investigador, mejor investigador es. Esta premisa, usada como valoración métrica de la productividad de un investigador, ha conllevado a múltiples problemas en el quehacer científico, desde plagio hasta falsificaciones (Matias-Guiu & García-Ramos, 2010).

Adicionalmente, la primacía de la revista académica anglosajona sobre las revistas latinoamericanas, afecta signifi-

cativamente los aportes académicos y la interacción científica de la región. Este fenómeno no se debe a una particular predilección del investigador regional por dichas revistas. Por el contrario, esto es atribuible a los burócratas encargados de conducir las políticas científicas, ya sean gubernamentales o de instituciones de investigación, quienes otorgan un peso específico superior a este tipo de publicación, incluso por encima de su valor nominal de índice de impacto. Esto, finalmente, repercute en la direccionalidad que se le confiere a las investigaciones latinoamericanas, puesto que para publicar en una revista anglosajona se debe estar en marco de las necesidades técnicas o de ciencia básica que los países donde se originan dichas publicaciones así lo determinen. Es decir, no investigamos para resolver nuestros problemas locales, sino para publicar en revistas internacionales.

El esfuerzo regional con miras a la contribución en producción científica global, no genera el impacto acorde a la inversión realizada. Se estima que menos del 6% de las publicaciones mundiales provienen de Latinoamérica, y no hay una correspondencia a nivel de citas conseguidas en la comparación métrica de un investigador latinoamericano que publique en la revista *Science*, y un investigador de los EE.UU. publicando en la misma revista (Holmgren & Schneitzer, 2004). Los investigadores regionales están invisibilizados a nivel mundial, y sus contribuciones al ser presentadas en una palestra global son invisibles a los actores locales.

La competencia por publicar cada vez más, pero no mejor, está asfixiando los aportes reales en un tópico tan importante como lo son las ETD-ETO. Es imprescindible hacer notar que, incluso un informe técnico o un diagnóstico cualitativo de la problemática de las ETD-ETO, deberían ser considerados válidos para el ascenso y el progreso de un investigador en su carrera académica. Es apropiado considerar una reestructuración de las pautas evaluativas académicas, lo cual podría determinar un cambio importante en la forma como son enfocadas las investigaciones en parasitosis tropicales. El *paper* seguirá existiendo, pero debemos comprometernos a evaluar el contenido de lo publicado y no guiarnos exclusivamente por el título de la revista o su índice de impacto.

Propuesta de acción

La solución de un problema se inicia con la definición ajustada a la realidad del mismo, a la interpretación del papel específico que juega cada actor participante (activo o silente) de la problemática, y a la configuración de metas a corto, mediano y largo plazo. El estudio de las enfermedades tropicales olvidadas o desatendidas, es un problema regional, que debe ser enfocado de manera concertada entre aquellos factores capaces de hacer una inflexión real en el sistema biomédico y biopolítico, que se ocupa de esta problemática.

La prioridad de esta problemática en salud pública son las personas infectadas y

expuestas, así como los animales de trabajo y compañía que se ven afectados por estas parasitosis. Por ende, las acciones urgentes deben ir hacia la mejora de los socioecosistemas donde se desarrollan actividades humanas. La interacción activa con un lenguaje común entre investigadores, médicos, organismos estatales y multinacionales, pudiese servir para la puesta a punto de un plan concertado entre estos actores, que conlleve al establecimiento de políticas de prevención y contención a corto plazo, para disminuir las altas cifras de mortalidad y morbilidad.

Este plan debe priorizar la búsqueda de una solución por encima de la generación de artículos académicos, los cuales, de manera incontrovertible, verán la luz académica si se consiguen mejoras al estado actual de la problemática en ETO-ETD. Adicionalmente al artículo científico, se debe incentivar la publicación divulgativa, que consiga permear en el público no especializado. Esta alternativa de publicación se debe establecer como práctica común, ya que en muchas ocasiones el artículo especializado, que es publicado en revistas anglosajonas no es leído, ni sus aportes son conocidos, por los entes públicos que manejan la salud. Todo ello, por ser revistas muy especializadas, cuyo costo de suscripción resulta demasiado elevado. Adicionalmente, existe la posibilidad real de que productos novedosos o programas que puedan cambiar el paradigma de la comprensión de estas enfermedades, estén durmiendo el sueño de los justos, en revistas con un alto

impacto según el *Science Citation Index*, pero sin ningún impacto en la sociedad.

Recomendaciones finales

- Mejorar el manejo de los socioecosistemas.
- Evitar la estigmatización.
- Aumentar las reuniones académicas regionales en el área de las ETD-ETO.
- Fomentar la publicación en revistas de la región.
- Crear redes de redes en ETD-ETO.
- Mejorar y diversificar el sistema de evaluación de la investigación.
- Actualizar y adecuar la remuneración de los investigadores.

Conclusión

Resulta urgente replantear una definición que precise de manera concisa el problema biológico de las ETD-ETO. Una vez conseguido esto, podremos avanzar hacia la configuración de una estrategia académico-científica que procure la contención y erradicación de estas enfermedades. En caso contrario, tendremos que esperar a que la aparición en países desarrollados de las ETD-ETO, causada por el cambio bioclimático, cambie la definición que hasta ahora manejamos de este concepto. El imperativo tecnológico parece alimentar más el ego de las instituciones académicas, en procura de la publicación en revistas pertenecientes al tope del *Science Citation Index*, que aportar soluciones a la problemática de

las ETD-ETO. Por consiguiente, es difícil definir de manera unívoca si la tecnología ha servido a la ciencia en búsqueda de soluciones, o la ciencia es usada por la tecnología, como vía para garantizar la existencia y aparición de procedimientos fútiles pero comercialmente apetitosos.

Referencias

- Alexandrov, G. A. 2006. The purpose of peer review in the case of an open-access publication. *Carbon Balance Manag*, 1: 10.
- Brown, T. 2011. Journal quality metrics: options to consider other than impact factors. *Am J Occup Ther*. 65 (3): 346-350.
- Doerig, C. 2004. Protein kinases as targets for anti-parasitic chemotherapy. *Biochim Biophys Acta*. Mar 11; 1697 (1-2): 155-168.
- Evans, G. A. 2000. Designer science and the "omic" revolution. *Nat Biotechnol*. Feb; 18 (2): 127.
- Holmgren, M. & Schnitzer, S. A. 2004. Science on the rise in developing countries. *PLoS Biol*. Jan. 2 (1): E1.
- Johnson, P.; Neal, R. A. & Gall, D. 1963. Protective Effect of Killed Trypanosome Vaccines with Incorporated Adjuvants. *Nature*. Oct 5; 200: 83.
- Klokouzas, A.; Shahi, S.; Hladky, S. B.; Barrand, M. A. & van Veen, H. W. 2003; ABC transporters and drug resistance in parasitic protozoa. *Int J Antimicrob Agents*. Sep; 22 (3): 301-317.
- Margolis, J. 1967. Citation indexing and evaluation of scientific papers. *Science*. Mar 10 (3767) (155): 1213-1219.
- Marimuthu, S.; Rahuman, A. A.; Rajakumar, G.; Santhoshkumar, T.; Kirthi, A. V.;

- Jayaseelan, C., *et al.* 2011. Evaluation of green synthesized silver nanoparticles against parasites. *Parasitol Res.* 108 (6): 1541-1549.
- Matias-Guiu, J. & García-Ramos, R. 2010. Fraud and misconduct in scientific publications. *Neurologia.* 25 (1): 1-4.
- Mukherjee, S.; Belbin, T. J.; Spray, D. C.; Iacobas, D. A.; Weiss L. M.; Kitsis, R. N. *et al.* 2003. Microarray analysis of changes in gene expression in a murine model of chronic chagasic cardiomyopathy. *Parasitol Res.* Oct; 91 (3): 187-196.
- Petersen, A. M.; Wang, F. & Stanley, H. E. 2010. Methods for measuring the citations and productivity of scientists across time and discipline. *Physical Review E.* 81.
- Ploye, M. 1953. A strange claim of priority; quinine, a German discovery. *Rev Palud Med Trop.* Jan 15; 11 (103): 10.
- Portillo, R. 2011. Algunas consideraciones bioéticas en la investigación de las enfermedades olvidadas. *Interciencia.* 36 (7): 552-556.
- Rojas L. R. 2008. ¿Por qué publicar artículos científicos? *Revista Científica Electrónica de Ciencias Humanas.* 10 (4): 120-137.
- Rosenthal, J. 2009. Climate change and the geographic distribution of infectious diseases. *Ecohealth.* Dec 6 (4): 489-495.
- SELA. 2009. Informe Final de la Reunión Regional: "La Emigración de Recursos Humanos Calificados desde Países de América Latina y el Caribe" Caracas: Sistema Económico Latinoamericano y del Caribe.
- Weiss, M. G.; Ramakrishna, J. & Somma, D. 2006. Health-related stigma: rethinking concepts and interventions. *Psychol Health Med.* Aug 11 (3): 277-287.
- WHO. 2010. First WHO report on neglected tropical diseases 2010: working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: World Health Organization.
- WHO. 2012^a. Preguntas y respuestas. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/58/es/index.html>, último acceso 2012.
- WHO. 2012^b. Poverty and health. Disponible en: <http://www.who.int/hdp/poverty/en/>, último acceso 2012.



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL E INFORMES PERICIALES

LILIANA M. TÁMARA P.¹

Resumen

Los imaginarios sociales sobre el deber ser del/a médico/a configuran los preceptos básicos que las sociedades establecen en cada momento histórico y configuran el escenario de las demandas de responsabilidad profesional. El Estado colombiano tiene una estructura jurídica y ética para enfrentar las demandas por presunta responsabilidad médica. Esta estructura pasa por los diferentes ámbitos de responsabilidad penal, civil, administrativa y ética, con la identificación de sus diferentes conductas punibles y sanciones. Una de las herramientas fundamentales para que el sistema judicial colombiano atienda las demandas por presunta responsabilidad médica, son los informes periciales realizados en el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF). El INMLCF es el órgano científico y técnico al que el sistema de justicia solicita conceptos sobre la práctica médica. Los análisis se hacen en clínica o patología según el caso. Se revisa el análisis estadístico realizado sobre los informes periciales por presunta responsabilidad profesional realizados en el Grupo de Clínica Forense de la Regional Bogotá entre 2006-2010 para establecer recomendaciones sobre el abordaje intersectorial ante esta problemática. Finalmente se enuncian diversos mecanismos alternativos para enfrentar la responsabilidad médica.

Palabras clave: Mala praxis, responsabilidad penal, responsabilidad civil, medicina legal, seguridad. (Fuente: DeCS, BIREME).

1. Médica, Universidad del Rosario. Especialista en Bioética, Universidad El Bosque, especialista en Auditoría de salud, Universidad Santo Tomás, candidata a magíster en Protección Social, Universidad Santo Tomás, médica forense del Grupo de Clínica Forense, regional Bogotá, GC-RB, Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Colombia INMLCF. Bogotá, Colombia. Correspondencia: Carrera 13 No. 7-46, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ltamara@medicinallegal.gov.co, drltamara@yahoo.com

Introducción

Todos los individuos y todas las sociedades tenemos imaginarios sobre lo que es un/a médico/a, acerca de su formación, su forma de relacionarse con los pacientes, entre colegas, su labor, sus intereses, su actitud, su relación con la tecnología, el uso de su lenguaje verbal y escrito. Esos imaginarios se hacen a partir de las experiencias, de los momentos de verdad que cada individuo, familia o pequeña comunidad tiene frente a la atención médica. Y pueden ser tan diversos y contradictorios, como el del médico que salva vidas o acompaña activamente aliviando a su paciente y familiares, hasta convertirlo en ángel; pasando por el habilidoso que es capaz de hacer una cirugía a corazón abierto o cualquier procedimiento intervencionista en un santuario del cuerpo. Pero también, pasando por el que es capaz de descifrar directa o indirectamente los signos, cifras o imágenes del cuerpo; hasta aquel que comete “errores” y deja hijos o familiares en situaciones lamentables. También el del médico que pone su interés en el dinero y no en su quehacer y menos en el paciente, o el que se cruza de brazos y no se compadece frente a las situaciones que viven los enfermos, sus allegados y sus sociedades.

Dentro de esos imaginarios cada individuo y la sociedad en general están dispuestos a aceptar unos mínimos y unos máximos del quehacer por parte de los/as médicos/as. Esto es lo que se considera en cada momento histórico y en cada

sociedad humana como el Deber ser del ejercicio de la medicina y se establecen parámetros desde la ética, se normalizan en el derecho y se instituyen a través de las políticas. Así que el ejercicio de la medicina es un asunto público, que requiere reflexiones desde la bioética clínica, el derecho médico y las políticas públicas en salud.

En este escenario históricamente, se han establecido responsabilidades o deberes de los/as médicos/as, a partir de los cuales las sociedades les han juzgado e incluso condenado con la justicia que solo el paso de los siglos permite ver en perspectiva.

Estructura judicial y responsabilidad médica en Colombia

Actualmente, el Sistema legal colombiano atiende a través de la estructura judicial los casos por presunta responsabilidad médica, en el ámbito penal, civil y administrativo. Adicionalmente, la legislación creó a través de la Ley de Ética médica organismos extrajudiciales para evaluar y sancionar las fallas éticas de los/as médicos/as en el país.

Dentro del Código Penal (República de Colombia, 2000) están establecidas al menos cuatro conductas punibles para el ejercicio de la medicina, las dos primeras requieren análisis por presunta responsabilidad profesional: el homicidio culposo con penas de privación de la libertad entre 32 y 108 meses y multas de aproxima-

damente trece a setenta y dos millones de pesos; en los casos donde se puede probar impericia, negligencia o imprudencia y un nexo de causalidad entre la falla y la muerte del paciente. Las lesiones culposas con penas privativas de la libertad entre 12 y 135 meses y multas entre dos y medio y sesenta y siete millones de pesos. En este ámbito es fundamental establecer la cuantificación del daño, una falla en la atención médica y un nexo de causalidad directo entre ambos.

Las otras dos conductas, pueden requerir conceptos médico legales, sin embargo, pueden cursar sin ellos. Estas penas son: el homicidio por piedad, modificado parcialmente por la sentencia C-239/97 (Corte Constitucional, 1997) lo declara inexecutable si se trata de un paciente en condición de terminalidad, que está padeciendo sufrimientos que no pueden ser aliviados y donde expresa autónomamente su voluntad.

Y la práctica de abortos, la cual también se declaró inexecutable, según lo establecido por la sentencia C-355/06 (Corte Constitucional, 2006), en los casos de mujeres que han quedado en embarazo como producto de una violación, incesto o acto sexual abusivo; cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer y cuando se diagnostican malformaciones en el feto que hacen inviable su vida fuera del útero. En estos casos es constitucionalmente aceptable la práctica médica de interrupciones voluntarias del embarazo.

En el ámbito civil, la responsabilidad médica contractual o extracontractual se genera cuando se establece que por acción o por omisión quien cause daño o lesione a otro, en una situación que implique culpa o negligencia, debe reparar el daño. Desde 1936 la actividad médica se considera una actividad peligrosa. Se han hecho adelantos para establecer los grados de culpa y las demandas se materializan a través de daños materiales, sufrimiento moral, daño emergente, lucro cesante y daño a la vida en relación. Desde 1940 se considera a la medicina una obligación de medios; sin embargo, en ciertas especialidades se establecen obligaciones de resultado.

En el área de responsabilidad administrativa se tienen nuevos parámetros con el nuevo código (República de Colombia, 2011), siguen existiendo acciones de reparación directa contra el Estado, si se demuestra daño causado por las acciones u omisiones de las autoridades o particulares en un servicio público. Estos procesos tienen carga dinámica de la prueba y debe ser el Estado quien compruebe que actuó debidamente. En cerca de 1000 hospitales públicos actualmente en Colombia, se siguen generando muchas demandas en este sentido.

En cuanto al Código de Ética Médica (República de Colombia, 1981), se establecieron fallas en el comportamiento del médico con las instituciones, con la sociedad y el Estado, en cuanto a la publicidad, la relación médico - paciente, la relación

con los colegas, los registros médicos y la privacidad y con los derechos de autor y la propiedad intelectual. Además indica las sanciones correspondientes, que van desde la amonestación verbal privada, a la amonestación privada por escrito, pública por escrito o verbal y pública; hasta la suspensión del ejercicio de la profesión entre 6 meses a 5 años.

Informes periciales en Colombia por responsabilidad médica

En este panorama que enmarca la actuación médica en Colombia, surgió a partir de lo establecido por el Informe Errar es Humano (Kohn, 2000), la necesidad de identificar lo que estaba ocurriendo en Colombia en cuanto a responsabilidad médica, desde el sistema forense para enfrentar las solicitudes judiciales frente a las prácticas médicas. Para ello se realizó un estudio sobre los informes periciales de responsabilidad médica del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF), como la institución encargada de brindar apoyo científico y técnico a la administración de justicia colombianos, desde 1914. El instituto cuenta con más de 2000 servidores y 400 médicos en el territorio nacional, tiene dos áreas relacionadas con la responsabilidad médica, una el área de patología forense que realiza los análisis de las necropsias institucionales y el área de clínica forense para los pacientes que sobreviven o de las necropsias extrainstitucionales. En esta última área en Bogotá, 3 médicos se encargan del análisis de

más de 100 casos anualmente, análisis que toman cerca de 20 horas por caso.

La metodología empleada para analizar los casos de presunta responsabilidad en el grupo de clínica forense de la Regional Bogotá empieza recibiendo la orden de la autoridad competente con la respectiva y completa documentación, que incluye la historia clínica completa, la denuncia o demanda y otros documentos relacionados. Se realiza una desagregación de todos los actos médicos y paramédicos relacionados con el posible daño enunciado. Luego, se revisa la bibliografía disponible, atendiendo a la práctica médica para cada uno de esos actos a partir de medicina basada en evidencias y guías nacionales si están disponibles. Posteriormente, se realiza una revisión médica forense a los/as pacientes con soporte fotográfico del caso. Se solicita opinión a los especialistas del área específica a través de convenios con las universidades. Finalmente se envía el informe pericial a la autoridad.

Dentro del proceso de análisis el lado duro de la ciencia y la tecnología no es el que a menudo ocasiona los problemas, es el lado blando, el humano; donde el ego de médicos y pacientes, los modelos de conducta, la integridad, el trabajo en equipo, la actitud, el compromiso, la disposición al cambio, y una serie de otras variables entran en juego para crear una situación de difícil análisis, que además no se escribe en las historias clínicas ni en la documentación aportada.

Los resultados publicados del análisis estadístico descriptivo de los informes periciales disponibles entre 2006-2010 GCF-RB. (Támara, 2011) mostraron la preponderancia del sexo femenino, especialmente durante el período reproductivo y su relación con la atención materno-fetal, que la mayoría de informes fueron sobre casos de especialidades médicas. Dentro de las especialidades médicas, la ginecología y obstetricia, ortopedia, cirugía general, cirugía plástica y oftalmología fueron las más demandadas. La mayoría de las demandas se hicieron en el ámbito penal, por acciones de prestadores privados y enfocadas en contra del Estado o directamente de los/as médicos/as. Es llamativo que dentro de las conclusiones se establezcan en su mayoría, complicaciones como resultados de frecuencia variable, previsible, pero no siempre evitables, dentro de una adecuada norma de atención. Que en menos de la mitad (41%) se encontraron desviaciones de la norma de atención, pero solo en 11,9% se ponderó el daño a través de incapacidad médico legal y secuelas. Las recomendaciones del estudio se enfocaron hacia evidenciar la necesidad de necesario adelantar un desarrollo legislativo y jurídico específico para Colombia sobre la mala práctica y el error médico, de tal forma que no se exponga a la sociedad a perder oportunidades de mejoramiento y efectividad en la atención en salud. Se reconoce el avance en Guías Nacionales y en investigación científica que viene haciendo el sector salud es un acierto valioso en los

procesos de análisis de presuntas fallas médicas.

La infraestructura que requiere el análisis de casos por presunta responsabilidad médica debe ser específica y especializada, basado en la realidad. Requiere un equipo de trabajo especializado, competente y entrenado con experiencia, bien remunerado para asegurar una aproximación objetiva e imparcial que evite la necesidad de buscar otros recursos financieros (prerrequisito esencial) para la transparencia del trabajo de los expertos. Se requiere apoyo en tecnologías de la información para manejar datos actuales e históricos y establecer contextos relevantes en cada caso y área.

Dentro del proceso de mejoramiento del sector salud es fundamental una retroalimentación de información entre el sistema de justicia, el sistema forense y el sistema de salud, objetiva, constructiva y enfocada hacia el mejoramiento del bien común. De lo contrario seguiremos lo anunciado por Platón (2007)

Al multiplicarse el desorden y las enfermedades en un Estado, ¿acaso no se abren tribunales y clínicas y se ven honrados los enredos de los pleitos y la medicina cuando muchos hombres libres se tomen la inquietud por esas cosas (la variedad que produce la licencia/desorden y la enfermedad)? (p. 102).

Formas alternativas para enfrentar demandas por responsabilidad profesional

De otra parte, es importante atender hacia los procesos que otros países han adelantado en cuanto a formas alternativas de enfrentar las demandas por responsabilidad profesional. Los altos costos, los tiempos prolongados, la sensación de injusticia ha redireccionado los procesos en esta área hacia la conciliación, el aseguramiento, la evaluación del riesgo previo al aseguramiento para ponderar la póliza, las políticas de revelación del evento adverso y disculpas, además de la gestión jurídica del riesgo médico.

En este sentido se finaliza enunciando el llamado que Alain Garay (Garay, 2012) le hace a las sociedades latinoamericanas para reequilibrar las relaciones médico-paciente a partir de una ética de la responsabilidad, donde es necesario el cumplimiento recíproco de deberes - obligaciones y derechos de ambas partes. Puesto que la salud es asunto de la sociedad en general, es un bien común, no le pertenece a la clase médica, ni a los abogados, es necesario ese nuevo pacto, que incluye: Priorizar a la clínica como la base de la experiencia profesional y la que garantiza una buena relación jurídica. Estandarizar procesos utilizando guías clínicas sin quitar la capacidad de decisión propia. Comportarse asertivamente o afirmativamente no caer en acusar, ser pasivo/a ni agredir. Explicar sin poner excusas (no saber, no tener tiempo, no disponer de

recursos, culpar a otros, etc.). Entender que redactar y escribir es parte de la actuación sanitaria. Elaborar en algunas circunstancias formularios de consentimiento escritos. Memorizar en el archivo médico hospitalario, darle un estatus como el de la caja negra de un avión como prueba de la calidad de la atención. Entender que el acto médico es un acto técnico - comunicativo y que se debe tratar, escuchando, sin desechar ni minimizar quejas, sin desestimar el riesgo médico - legal, lo insignificante para un médico no lo es para el paciente. Actuar rápidamente divulgando en caso de evento adverso, revelar lo que ha pasado al paciente. En caso de pleito, mantener un alto nivel de exigencia ética, no esperar todo de los abogados. Dominar los tiempos para evitar que se descontrole la situación. Enfatizar en la importancia de la Formación básica y finalmente realizar consultas y asesorías jurídicas externas expertas.

Referencias

- Corte Constitucional de Colombia. 1997. Sentencia C-239/97 Homicidio por piedad. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1997/C-239-97.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. 2006. Sentencia C-355/06. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>
- Garay A. 2012. *Gestión jurídica del riesgo médico*. 19th Congress on medical Law. Maceió Brazil 9 de agosto.

- Kohn, L. T.; Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. 2000. *To err is human*. Washington DC. Institute of Medicine. National Academy press. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9728&page=R1
- Platón. 2007. *La República*. (A. Gómez, trad.) México. Universidad Nacional Autónoma de México. 405 d.
- República de Colombia. 1981. Ley 23 de 1981 Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%200023%20DE%201981.pdf>
- República de Colombia. 2000. Ley 599 de 24 de julio de 2000. Código Penal. Diario Oficial No. 44.097 de 24 de julio de 2000. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2000/ley_0599_2000.html
- República de Colombia. 2011. Ley 1437 de 2011. Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2011/ley_1437_2011.html
- Támara, L.; Jaramillo, S.; Muñoz, L. E. 2011. Informes periciales por presunta responsabilidad médica en Bogotá. *Rev Colomb Anestesiol*. 39 (4): 489-505. Extraído el 24 de septiembre de 2012 de: <http://www.revcolanest.com.co/sites/default/files/elsevier/pdf/341/341v39n04a90150261pdf001.pdf>

Informes

Instituto de Bioética - PUJ
 Edificio 67
 José Rafael Arboleda, piso 5
 Teléfonos: 320 8320 exts.: 4537 y 4538
 Fax: 288 40 76
 E-mail: bioetica@javeriana.edu.co
maestria.bioetica@javeriana.edu.co



BIOÉTICA Y TRASPLANTE DE TEJIDO COMPUESTO DE CARA

JUAN CARLOS ZAMBRANO BÜRGL
LUIS EDUARDO BERMÚDEZ¹

Resumen

Objetivos: Se presenta la discusión en torno al tema actual de la problemática Bioética del trasplante de cara para reconstrucción de graves deformidades, debido a la creación del grupo de trasplante de tejido compuesto en el Hospital Universitario San Ignacio.

Metodología: Se revisa la literatura bioética referente al tema de los trasplantes reconstructivos y realiza discusión de las ventajas y desventajas de la implementación de estas nuevas opciones reconstructivas.

Conclusiones: Se presentan los argumentos actuales que defienden la promoción de un programa de trasplante de tejido compuesto y se discuten los riesgos y beneficios de este tipo de tratamiento.

Palabras clave: Trasplante de cara, trasplante reconstructivo, bioética.

Introducción

Deformidades faciales severas, congénitas o adquiridas comprometen la interacción del individuo con la sociedad, son fuente de ansiedad, angustia y estrés. Este, presenta comportamiento inhibitorio que afecta su desarrollo social y a su

vez, existe un comportamiento reactivo de su entorno que es aún más dañino y limitante. Se describen diversas secuelas psicológicas de tales deformidades entre las que se resalta ansiedad, depresión, reclusión e incluso el suicidio (Rohrich, *et al.*, 2006; Sacks, *et al.*, 2007).

1. Grupo de Trasplante, Reconstructivo de Tejido Compuesto, Unidad de Cirugía Plástica, Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá D.C., Colombia.
Correo electrónico: jc.zambrano@gmail.com

Para la reconstrucción de este tipo de defectos se encuentra la reposición quirúrgica de los tejidos del paciente, la transferencia de tejido autólogo de otras partes del cuerpo y el uso de prótesis que replacen el tejido faltante. Desafortunadamente, no siempre es posible contar con suficiente tejido original para la reconstrucción (Wiggins, *et al.*, 2004). En estos casos, tejido autólogo distante o incluso prótesis removibles pueden ser utilizados para restaurar la forma de la cara alterada por el defecto. Con el tejido autólogo no siempre se logran resultados completamente satisfactorios, en parte porque las estructuras que componen sobre todo el tercio medio de la cara son anatómicamente muy complejas y no hay replazos en otras partes del cuerpo. En las prótesis se recrean estructuras para lograr visualmente unos casos ciertamente muy convincentes. Sin embargo, también hay complicaciones asociadas a las prótesis, como infección o rechazo y no se puede olvidar que son prótesis removibles y que al retirarse siempre estará el defecto presente, sin hablar de los desgastes propios de cualquier material que hacen que las prótesis requieran de un mantenimiento y recambio gradual (Wiggins, *et al.*, 2004).

Se ha planteado de manera ya exitosa en diversos casos en el mundo la utilización de alotrasplante de tejido compuesto de cara para solucionar dicha problemática, donde se obtiene las estructuras anatómicas de donante en muerte cerebral. Desde el año 2005 se ha demostrado con el

caso de una paciente con una deformidad severa a raíz de heridas por mordeduras de perro quien se llevó a trasplante de tejido del tercio medio facial, el éxito de este tipo de tratamiento. Sin embargo, este tipo de trasplante conlleva a retos muy específicos dentro de la inmunosupresión, el manejo quirúrgico, el manejo psicológico preoperatorio y posoperatorio, la rehabilitación y la discusión bioética (Sacks, *et al.*, 2007; Wiggins, *et al.*, 2004).

Desde el año 2008 se conformó en el Hospital Universitario San Ignacio el Grupo de Trasplante de Tejido Compuesto, trabajando en torno a un protocolo de trasplante e inmunosupresión con colaboración del grupo de Pittsburgh.

Códigos de ética médica e investigación en humanos

Procedimientos de esta magnitud donde la mayor evidencia está dada por los reportes clínicos de casos deben siempre procurar la medición de los riesgos a los cuales será sometido el paciente y el potencial beneficio de tal procedimiento, buscando siempre salvaguardar los derechos de la persona, protegiéndola del sufrimiento y manteniendo incólume su integridad, lo que hace parte de los principios fundamentales de ética médica que rige la práctica de la medicina en nuestro país (Ley 23 de 1981).

Acorde con la Ley 23 de 1981, la investigación biomédica en general y el

trasplante de órganos, debe seguir los lineamientos de la Asociación Médica Mundial (Ley 23 de 1981).

En la Declaración de Helsinki es claro que la investigación biomédica que involucre humanos debe ser precedida por una cuidadosa evaluación de los riesgos predecibles con los potenciales beneficios del individuo. Además, deben prevalecer los intereses del individuo sobre los intereses de la ciencia y la sociedad (AMM, 2004).

Adicionalmente, el *Informe Belmont* aclara que diferentes posibles daños y beneficios deben tomarse en cuenta. Como por ejemplo, daño psicosocial, físico, legal, social y económico. Además los riesgos y beneficios pueden ir más allá del propio individuo, afectando también su familia y la sociedad (Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, 1979).

Para este tipo de trasplante, la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica, estipula que el objetivo principal de este tipo de procedimientos debe ser preservar la salud del paciente, extremando todas las medidas que tienden a proteger los derechos del donante y del receptor. Adicionalmente, manifiesta que los procedimientos de trasplante de órganos solo pueden llevarse a cabo luego de una evaluación cuidadosa de la efectividad o inefectividad de otras medidas terapéuticas, debe ser realizado por médicos con conocimientos especializados y competencia técnica, y en institutos médicos con

facilidades adecuadas que garanticen una óptima atención de los sujetos sometidos a estos procedimientos (Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica y Reconstructiva, 1982).

En relación a lo anterior se deben tener claro los riesgos a los cuales un paciente tratado con un trasplante facial será expuesto y los posibles beneficios. Los principales riesgos son aquellos relacionados con el procedimiento quirúrgico y los medicamentos inmunosupresores suministrados para prevenir el rechazo del tejido trasplantado. Los beneficios esperados incluyen la mejoría en la calidad de vida al restaurar la función y apariencia estética, con la mejoría en la percepción de sí mismo y el sentido de ser, que finalmente llevara a una mayor facilidad para integrarse a la sociedad (Wiggins, *et al.*, 2004).

Riesgos potenciales en el trasplante de cara

La cirugía como tal, a pesar de ser un procedimiento complejo, no posee mayor riesgo que los procedimientos reconstructivos convencionales. Se ha calculado una mortalidad no mayor al 0,0567%. Adicionalmente obvia la morbilidad asociada a la transferencia de tejidos en el sitio donante (Wiggins, *et al.*, 2004; Dupont, *et al.*, 1998).

La terapia combinada de tacrolimus, micofenolato mofetil y prednisona constituye el esquema inmunosupresor más comúnmente utilizado en el momento en pacien-

tes de trasplante de tejido compuesto. Los riesgos asociados a la inmunosupresión son similares a los pacientes con trasplante de órgano sólido que reciben este mismo esquema e incluyen la presencia de infecciones oportunistas, el desarrollo de neoplasias y la toxicidad (Wiggins, *et al.*, 2004).

Las infecciones oportunistas en pacientes trasplantados renales que reciben este mismo esquema se calcula entre el 8,4 y el 31% de los casos. Su tratamiento inicial consiste en el manejo antibiótico, antifúngico o antiviral apropiado. Rara vez requiere de la suspensión del manejo inmunosupresor (Daud, *et al.*, 1998). La incidencia de enfermedad linfoproliferativa es de 1,2% y de cáncer de piel no melanoma es de 11,1% aproximadamente (Mathew, 1998). En estos casos la vida del paciente no puede ser puesta riesgo y el esquema inmunosupresor deberá ser suspendido a costa de la pérdida del tejido trasplantado. El tacrolimus se ha asociado al desarrollo de diabetes en un 7 a 11,9% de los pacientes, debiendo ser tratados con insulina, que generalmente no es mayor de 12 meses (Jonhson, *et al.*, 2000). El tacrolimus también es nefrotóxico y eleva los niveles de creatinina en el 20% de los casos. En estos casos la sustitución de este medicamento por otros como el sirolimus sería una solución a este tipo de complicación (Wiggins, *et al.*, 2004; Dubernard, *et al.*, 2007). Este tipo de terapias ya tienen eficacia mostrada durante más de 30 años de trasplante en órgano sólido y más de 6 años de trasplantes de cara.

Los riesgos psicológicos incluyen, el temor ante el rechazo del tejido trasplantado, el sentido de culpa por la muerte del donante y el sentido de responsabilidad que el éxito del procedimiento depende de sí mismo, entre otros. El paciente deberá pasar por un período de adaptación a su nueva identidad donde reconocerá esa nueva cara como suya. Adicionalmente será imposible escapar a la luz pública y deberá afrontar la publicidad que de tal procedimiento se derive. La adecuada selección, el monitoreo cuidadoso y el seguimiento psicológico serían indispensables para sobrellevar estas situaciones. La familia será el apoyo principal en cuanto a los cuidados médicos y soporte social (Wiggins, *et al.*, 2004).

El equipo de profesionales involucrados en el trasplante, siempre hay un psiquiatra, cuya valoración es indispensable tanto previa a la cirugía como en el seguimiento y también deben participar psicólogos que apoyan este manejo.

Beneficios potenciales del trasplante de cara

Existen 3 puntos importantes con respecto al potencial beneficio de un trasplante de cara: la recuperación de la función, la mejoría estética y psicológica, y el beneficio social (Wiggins, *et al.*, 2004).

Desde el punto de vista funcional el recuperar el tejido facial perdido restauraría la protección ocular, la continencia oral, la expresión facial y la sensibilidad (Wiggins, *et al.*, 2004).

Desde la perspectiva de la estética, la cara es la estructura anatómica más importante. Mucho del como las personas reaccionen frente a un individuo dependen de su aspecto y adicionalmente, la cara es el rasgo anatómico predominante con el cual nos diferenciamos de otras personas. Con la corrección de las deformidades faciales el beneficio psicológico se vería reflejado en disminución de depresión, del aislamiento social y riesgo de suicidio (Wiggins, *et al.*, 2004).

Todo lo anterior conllevaría al reintegro a la sociedad aumentando de manera significativa el peso del beneficio (Wiggins, *et al.*, 2004).

Consentimiento informado

El consentimiento informado es un acuerdo por escrito donde el paciente autoriza su participación en determinado procedimiento, con pleno conocimiento de su naturaleza, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad libre de elección y sin coacción alguna (Resolución 8430 de 1993).

Para casos tan especiales como los trasplantes de tejidos compuestos es importante que el médico encargado no solo tome un consentimiento informado escrito sino también discuta con el paciente todos los elementos allí consignados y esté disponible para resolver cualquier pregunta que pudiesen derivar en el momento de la toma del consentimiento o en el transcurso de la espera a un donante.

El paciente es totalmente libre de cambiar de parecer en cualquier momento y suspender su decisión de someterse al trasplante incluso si ya se realizó el trasplante por solicitud del paciente se podría retirar el tejido trasplantado y regresar a una reconstrucción convencional para no tener que continuar con la inmunosupresión. Sin embargo, precisamente se debe descartar en las valoraciones por psiquiatría que el paciente tenga probabilidades de tomar este tipo de decisiones. Es decir, que durante todo el proceso de selección de potenciales beneficiarios de trasplante facial, uno de los criterios de exclusión sería que el psiquiatra detecte inseguridad ante el procedimiento, sus resultados y consecuencias.

También se requiere de un documento de consentimiento informado especial para los familiares del donante potencial donde se explica en detalle la finalidad del rescate de tejidos y órganos y desde luego cómo se hace la entrega del cuerpo del donante a sus familiares. En nuestro país hay por ley presunción de donante universal si no hay familiares y el paciente está en muerte cerebral. Sin embargo, por el tema algido del trasplante de tejido compuesto en cara, se decide no aprovechar esta situación para buscar posible donante sino se propenderá por realizar el rescate de un donante cuya familia realice consentimiento y acepte voluntariamente.

Costos

Los costos derivados de este tipo de procedimiento en nuestro sistema de salud es

asumido por las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) quienes deben cubrir los gastos de la cirugía como tal y los medicamentos de inmunosupresión al igual que sucede con cualquier otro trasplante de órgano sólido.

Confidencialidad

Durante el proceso de trasplante de tejido compuesto y posterior a su realización, el equipo de trasplante velará por salvaguardar la privacidad no solo del paciente sino también del donante. Es importante aclarar al paciente y a su familia, y a la familia del donante, que el equipo de trasplante no puede prevenir la publicación de información por cualquier persona que conozca el caso. Igualmente junto con el consentimiento informado se solicitará autorización previa al procedimiento para la realización de publicaciones con fines científicos cuyo único objetivo será aportar en conocimiento al avance de la ciencia médica (Wiggins, *et al.*, 2004; Resolución 8430 de 1993).

Justificación

En la práctica de la cirugía reconstructiva inevitablemente existirán pacientes que bien sea por deformidades adquiridas o congénitas han sido sometidos a múltiples procedimientos reconstructivos obteniendo resultados que distan mucho de ser óptimos y funcionales, y que a su vez le permitan al paciente un adecuado reintegro a la vida en sociedad.

El trasplante de tejido compuesto y en específico el trasplante de cara sería una

herramienta final en este tipo de casos donde por ningún otro medio fuese posible lograr resultados acordes con una expectativa sana y real.

Este tipo de trasplante requeriría a su vez de cumplir estrechamente con criterios de seguridad que permitan incrementar las posibilidades de éxito descartando aquellos pacientes con comorbilidades mayores y que por su expectativa de vida no sean candidatos a procedimientos de tal magnitud. Deberá colocar en una balanza la necesidad de tomar de por vida medicamentos inmunosupresores versus el riesgo de pérdida con el consecuente defecto y la posibilidad de seguir viviendo con una deformidad que probablemente afecte el desarrollo a plenitud de su vida.

Así como bien lo expone Moore en sus criterios para determinar si es éticamente aceptable realizar un procedimiento innovador, en este momento existe el conocimiento científico necesario sobre la inmunosupresión en trasplantes de tejido compuesto y la experiencia en otras instituciones del mundo para realizarlo, la experiencia por parte del equipo de trasplante y en este caso de los microcirujanos está dada por su práctica diaria en trasplante de tejido autólogo que quizá sea técnicamente más difícil por las discrepancias de los tejidos a trasplantar, y además existe una institución con vasta experiencia en pacientes trasplantados y la infraestructura necesaria para ofrecer tanto el apoyo logístico como humano para la realización de este tipo de conocimientos. Solo queda

a consideración la publicación de los resultados y la discusión de los logros que se puedan obtener al rebasar en las fronteras de la ciencia de trasplantes (Moore, 1990).

Referencias

- AMM - Asociación Médica Mundial. 2004. Declaración de Helsinki. Asamblea General de la AMM. Tokio. Disponible en: <http://www.wma.net/s/policy/b3.htm>
- Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento (1979). *El Informe Belmont. Principios y Guías Éticos para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación*. USA. Disponible en: <http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- Daud A. J.; Schroeder T. J.; Shah M., et al. 1998. A comparison of the safety and efficacy of mycophenolate mofetil, prednisone and cyclosporine and mycophenolate mofetil, prednisone and tacrolimus. *Transplantation Proceedings*. 30 (8): 4079-4081.
- Dubernard J. M.; Lengelé, B.; Morelon, E., et al. 2007. Outcomes 18 months after the first human partial face transplantation. *The New England Journal of Medicine*. 357: 2451-2460.
- Dupont H. P.; Mezzarobba, A.; Degremont et al. 1998. Early perioperative mortality in a multidisciplinary hospital. *Annales Francaise d'Anesthesie et de Reanimation*. 17 (7): 155-763.
- Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica y Reconstructiva (1982). *Código de Ética de la Federación Ibero Latinoamericana de Cirugía Plástica y Reconstructiva*. Buenos Aires, Argentina.
- Johnson, C.; Ahsan, N.; Gonwa, T., et al. 2000. Randomized Trial of tacrolimus (Prograf) in combination with azathioprine or mycophenolate mofetil versus cyclosporine (Neoral) with mycophenolate mofetil after cadaveric kidney transplantation. *Transplantation*. 69 (5): 834-841.
- Ley 23 de 1981. Congreso de Colombia. Diario oficial No. 35.711 del 27 de febrero de 1981.
- Mathew T. H. 1998. A blinded, long-term, randomized multicenter study of mycophenolate mofetil in cadaveric renal transplantation: Result of three years. Tricontinental Mycophenolate Mofetil Renal Transplantation Study Group. *Transplantation*. 65 (11): 1450-1454.
- Moore, F. D. 1990. Three ethical revolutions: Ancient assumptions remodeled under pressure of transplantation. *Health Policy*. Nov; 16 (2): 171.
- Resolución 8430 de 1993. República de Colombia Ministerio de Salud.
- Rohrich, R. J.; Longaker, M. T. & Cunningham, B. 2006. On the ethics of composite tissue allotransplantation (facial transplantation). *Plast Reconstr Surg*. May; 117 (6): 2071-2073.
- Sacks, J. M.; Keith, J. D.; Fisher, C. & Lee, W. P. 2007. The surgeon's role and responsibility in facial tissue allograft transplantation. *Ann Plast Surg*. Jun; 58 (6): 595-601.
- Wiggins, O. P.; Barker, J. H.; Martínez, S. 2004. On the ethics of facial transplantation research. *The American Journal of Bioethics*. 4 (3): 1-12.

