

Año 1, número 2 / Julio 2018

Cuadernos de Bioética / 2



Índice

1. VIGENCIA DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

2. REFLEXIONES SOBRE DERECHOS DE LA IMAGEN DEL MÉDICO

Dra. Yubarandt Bespali de Consens

Cuadernos de Bioética es una colección editada por el Colegio Médico del Uruguay, con el objetivo de acercar al médico temas seleccionados de bioética, en el contexto de la estrategia de educación médica continua del Colegio Médico del Uruguay.

Se edita de manera virtual, en la página web del Colegio, con una periodicidad de 3 números por año.

El Consejo Editorial está integrado por los Dres. Baltasar Aguilar, Yubarandt Bespali, Néstor Campos, Oscar Cluzet, Raúl Lombardi y Darwin Tejera.

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

Médico cardiólogo

Consejero Nacional del Colegio Médico del Uruguay

Ex integrante del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay

Codirector y docente del curso de Humanidades Médicas para estudiantes de medicina. Facultad de Medicina, UDELAR

VIGENCIA DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS

INTRODUCCIÓN

Sería extravagante negar los avances que ha tenido la medicina desde mediados del siglo XX y especialmente en las últimas décadas. La ampliación y profundización del conocimiento en biología, patología, farmacología y técnicas diagnósticas y terapéuticas ha llevado a que la mirada médica penetre hasta el nivel molecular.

Sin embargo, el estado de situación actual no debe crearnos la ilusión de un progreso continuo, ni definitivo ni abarcador de la complejidad de la medicina. La Historia de la Medicina revela etapas de progresos y amplios períodos de estancamiento y aún de retroceso. El estudio del desarrollo histórico del conocimiento médico demuestra que es un proceso acumulativo no lineal, y en esa lógica debe inscribirse la etapa actual del saber.

Pese a este avance –y quizá en buena medida debido a él--, vivimos en un escenario incierto y amenazante. La incertidumbre, la imprevisibilidad y la probabilidad estadística que ha venido a sustituir toda clase de afirmación contundente, son los acompañantes infaltables del hombre en la época moderna.

Si bien una lectura hipercrítica de los progresos médicos está destinada a tener poca fortuna en los tiempos modernos en que las grandes masas se encuentran seducidas por las posibilidades que brinda la tecnología, de lo que se trata fundamentalmente es de darnos cuenta de que en virtud de ese desarrollo la medicina se ha complejizado y es imposible abarcar todas las áreas de su saber. Se ha subdividido y con ello ha fragmentado la unidad esencial del ser humano en-

fermo. La tecnología ha provocado un alejamiento del paciente, del dolor, del sufrimiento y del peso de la biografía singular de cada persona en el proceso salud-enfermedad.

EL CENTRO DE LOS CAMBIOS

Quiere decir que este torrencial desenvolvimiento del conocimiento médico ha engendrado su contracara. Se ha producido un cambio notable en la relación médico-paciente (RMP) o, como más propiamente se habla, en la relación clínica. Los pacientes y sus familias están insatisfechos con lo que la medicina les ofrece. Manifiestan que los médicos nos hemos deshumanizado y no atendemos sus reclamos de contención y empatía. Por momentos parece lógico pensar que estamos ubicados en el albor de una ciencia médica altamente tecnificada, con pretensiones de exactitud y completamente despersonalizada.

La medicina tal como la pintó Pablo Picasso en su obra de juventud (1897) llamada “Ciencia y Caridad” ya no existe. Esa medicina sencilla, simple, directa y con escasos actores (el médico, la paciente, una religiosa con un niño en brazos en el escenario de un hogar humilde) es la pintura de una época y de una práctica médica que ya no volverán. Allí se expresa un tipo de RMP sobre cuya pérdida es necesario reflexionar.

LA NUEVA FORMA DE PRACTICAR LA MEDICINA

La medicina actual –y su correspondiente modelo de RMP- es el producto de una compleja red de factores entre los que cabe mencionar dos: 1) la intermediación tecnológica y 2) la intermediación burocrática. La palabra intermediación está usada a propósito: entre el paciente que reclama atención y el médico capacitado para dársela, en el corazón mismo de esa relación diádica al decir de Laín Entralgo, se han introducido nuevos actores y nuevas concepciones que interfieren fuertemente en la clásica RMP. Nos encontramos muy distantes de la representación de Picasso. Hoy hay que registrarse, abonar tasas moderadoras, ubicarse en una lista de espera, y la ventanilla burocrática ocupa más tiempo que el consultorio en el proceso asistencial de la medicina gerenciada. La tecnología -que nunca es neutra contrariamente a lo que se afirma- reconfiguró en gran medida la mirada médica sobre su “objeto” de estudio, el paciente, y ha llega-

do a reemplazar la metodología clásica de análisis de síntomas y signos. La clínica orienta cada vez menos el proceso intelectual que conduce al diagnóstico: por el contrario, éste es guiado por lo que se encuentra a través de la mirada de aparatos cada vez más sofisticados convocados a examinar al paciente con la moderna lógica de “paquetes” de exámenes complementarios.

El contacto directo con el enfermo se ha reducido notoriamente como consecuencia de la exactitud de la nueva tecnología que parece relevar al médico de la anamnesis y la exploración física que, hasta no hace mucho tiempo, proporcionaban casi toda la información semiológica necesaria para el diagnóstico. Artículos en prestigiosas revistas científicas con títulos tales como “¿El examen físico ha muerto?” o “Elogio de la clínica” se presentan cada vez más frecuentemente. El examen físico, que además de su potencia semiológica, es la única forma de **tocar** al paciente luego del saludo es a menudo sustituido por una técnica que tiene una penetración física más profunda y resolutive.

Si unimos estas dos realidades, la intermediación tecnológica y el hecho de que la llegada del paciente al médico ya no es directa, sino intermediada por un complejo burocrático de verificación, registración y pago, es relativamente fácil comprender la situación dialéctica en que se encuentra la medicina actual: por un lado médicos y pacientes seducidos por las posibilidades que brinda la técnica, y por otro, un creciente malestar por el desplazamiento de la relación médico paciente directa y empática.

A los factores señalados debe agregarse que los actores tampoco son los mismos: hemos cambiado los médicos y han cambiado los pacientes, ambos tenemos otras coordenadas y exigencias que hemos adquirido en el marco de un proceso de cambio civilizatorio relativamente rápido. Pretendemos infalibilidad en el proceder médico, garantía de resultados y no de medios, cultivamos exageradamente las propiedades y virtudes del cuerpo, reclamamos medicalizar la vida, nos sentimos cómodos y tranquilos en un escenario donde podamos patologizar los problemas personales y hasta colectivos, soñamos con vidas largas y sanas, concebimos a la muerte como un fracaso de la medicina y de los médicos. El paciente del siglo XXI es más informado y autónomo, pero a menudo tiene una visión deformada de la naturaleza de los servicios médicos y concurre a ellos con la perspectiva de cliente y consumidor.

El médico del siglo XXI por su parte, es conquistado y colonizado por los avances tecnológicos y dedica gran parte de su vida a capacitarse y actualizarse en tecnologías de alto costo y de mayor rendimiento económico que la clínica.



LOS NUEVOS TEMAS DE LA MEDICINA.

UBICACIÓN DE LAS HUMANIDADES MÉDICAS

En ese contexto, el espacio de la medicina se ha ampliado considerablemente con tópicos que, si bien no son nuevos desde una perspectiva histórica, han cobrado importancia creciente en las últimas décadas en los programas de estudio de las principales Facultades de Medicina del mundo. Lo que es nuevo quizás no sea la lista de “nuevos temas” en sí, sino que éstos han adquirido una notoria importancia práctica. A modo de ejemplo:

-la **formación médica continua;**

-todos los asuntos inscritos en el ancho campo de la **bioética** que significa la incorporación de valores a la práctica asistencial y a la investigación. Este capítulo incluye el conocimiento y aplicación de los principios fundamentales de la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia;

-
- ética médica**: vigencia de los códigos de ética y colegiación médica obligatoria;
 - el análisis científico del **error en medicina** y el cumplimiento de normas exigibles en relación a la **seguridad de los pacientes**;
 - el examen y tratamiento de los **comportamientos disruptivos** que se dan en el equipo de salud, de repercusión limitada en la medicina tradicional con un modelo de RMP directa sin intermediarios, pero de enorme trascendencia cuando aumentan las exigencias del trabajo en equipo;
 - el análisis de los **conflictos de interés** que se dan en la medicina moderna;
 - la necesidad de **“humanizar la medicina”**, de tener un nuevo acercamiento al paciente y su sufrimiento.

Para lograr una amplia perspectiva sobre estos y otros asuntos, las Humanidades Médicas constituyen una herramienta fundamental.

¿Qué se entiende por Humanidades Médicas?

Se entiende por humanidades médicas **“un campo académico de naturaleza interdisciplinaria que vincula la salud y la medicina con las humanidades (filosofía, ética, historia y religión), las artes (literatura, teatro, artes visuales, música) y las ciencias sociales (sociología, antropología, sicología, política, economía, derecho, estudios culturales)...”**

Expresado de otra manera, **“las Humanidades Médicas son las disciplinas que resultan de la decisión de las humanidades de tomar a los fenómenos de la medicina, salud, enfermedad y atención sanitaria como objeto de estudio perfectamente delimitado, y son también el resultado de la decisión de las ciencias biomédicas de aceptar ser analizadas desde la perspectiva de las humanidades, las artes y las ciencias sociales”** (<http://www.ea-journal.com/es/acerca-de-eae/acerca-de-ea>)

Las Humanidades Médicas así entendidas proporcionan conocimientos sobre facetas de la salud, la enfermedad y el ejercicio de la medicina que habitualmente permanecen ocultas en la formación tradicional de los médicos. Este escotoma en el aprendizaje resta elementos teóricos y prácticos útiles para desarrollar sensibilidad, empatía y ensanchamiento de la mirada clínica, aspectos en los que radica buena parte de la calidad asistencial.

Las Humanidades Médicas no son, como decía Marañón, un descanso o pasatiempo para el ajetreado médico contemporáneo, ni constituyen una nueva materia ajena al currículum tradicional y que es necesario estudiar para recibirse de médico o especialista, sino que trata de **aspectos intrínsecos de la medicina** que completan la formación y la sensibilidad médicas. Hoy están incorporadas a los programas de pregrado y posgrado de las principales universidades del mundo, especialmente en EEUU. Un ejemplo nos ilustrará sobre la complementariedad y ampliación de la mirada clínica a la que hacíamos referencia: **en los libros de medicina están las enfermedades** (etiopatogenia, clínica, anatomía patológica, fisiopatología, etc.) **pero no están los enfermos**. Los enfermos son acercados por el consultorio o la sala y también por el arte y la literatura: allí están descritas la inseguridad existencial y la angustia por el reconocimiento de la finitud de la vida a que nos someten las enfermedades, discapacidades y vejez.

La medicina se realiza a través de una relación fiduciaria y asimétrica entre un profesional y un enfermo. El objetivo de esa práctica no siempre es curar o rehabilitar. En todos los casos, aún en los que se logra la recuperación de la salud, se busca comprender, ayudar, acompañar, sanar y cuidar al sujeto enfermo (es decir *infirmo*, no firme, débil, vulnerable).

Es cierto que el médico debe actuar, en primer lugar, con el imperativo de ser buen médico desde el punto de vista técnico. Como dice Lolás *“lo que no está hecho según el buen arte, ya es moralmente malo”*. Pero eso no es suficiente. Es necesario realizar el sincretismo de dos corrientes que se han presentado a menudo como antagónicas, las humanidades y la biomedicina, con el fin de comprender la compleja y diversa realidad de la enfermedad. La alteración de la salud tiene una dimensión biológica, que es por la que primero consulta el paciente y a la que los médicos le dedicamos mayor atención, y otra biográfica, que tiene que ver con la vulnerabilidad sicosocial y la amenaza a los proyectos vitales.

El idioma inglés proporciona dos vocablos para distinguir esos dos aspectos de una misma realidad: *disease* para la enfermedad e *illness* para el sufrimiento que esa enfermedad produce.

Para obtener una cabal comprensión de esa complejidad es preciso recurrir a conocimientos y sensibilidades de orden médico y no médico. Arthur Kleinman escribió en Lancet: *“el currículum médico de posgrado debe ser enriquecido con atención a las humanidades: antropología,*

historia, literatura, artes, cine, biografías, novela, todo lo que contribuya a mejorar la sensibilidad humana hacia la clínica”.

Es el desafío de realizar esa síntesis poética entre lo biomédico y las humanidades lo que permitiría, como dice Marcelo Viñar, restituir la medicina al campo de las ciencias antropológicas, es decir al ámbito del hombre y sus peripecias.

El autor declara no tener conflicto de intereses.

Los conceptos vertidos en el artículo reflejan la opinión del autor y no necesariamente del Colegio Médico del Uruguay.

BIBLIOGRAFÍA

Doval H. Elogio de la clínica. Rev. Argent. Cardiol. v.73 n.5 Buenos Aires set/oct 2005

Tavel M. El examen físico ha muerto: ¿debemos abandonarlo en un museo junto a la rueca y el hacha de bronce? Rev. Argent. Cardiol. v.74 n.4 Buenos Aires jul/ago 2006

Jovell A J. El paciente del siglo XXI. An Sis Sanit Navar <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original8.pdf>

Goic A El paciente escindido. Santiago de Chile, Mediterráneo, 2012

Correa H. Humanismo médico. Montevideo, Fin de siglo, 2016

Díaz Berenguer A. La medicina desalmada. Montevideo, Trilce, 2004

Curso de humanidades médicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay. En youtube: canal Humed, 2013

Dra. Yubarandt Bespali de Consens ¹

Médica psiquiatra, Lic. C. Antropológicas.

Miembro de Comisiones de Bioética desde 1992.

Aunque la comercialización de los derechos al uso de la imagen de los deportistas se convirtió durante 2017 en noticia muy divulgada en la sociedad uruguaya, la imagen del médico era un tema que fue considerado desde mucho tiempo atrás.

REFLEXIONES SOBRE DERECHOS DE LA IMAGEN DEL MÉDICO

LA IMAGEN COMO DERECHO HUMANO

El enfoque actual para ese antiguo tema es la perspectiva desde los DDHH.

Nuestras leyes siglo XXI lo establecen explícitamente para niños, adolescentes y jóvenes: *“Tienen derecho a que no se utilice su imagen en forma lesiva, ni se publique ninguna información que lo perjudique y pueda dar lugar a la individualización de su persona”, “los jóvenes tienen derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”*.¹

La Declaración de la ONU de 1948 abrió la perspectiva para relacionar la imagen con los derechos humanos de los médicos: *“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques”*.²

Los derechos de la personalidad y nombre de las personas se conocen como la protección jurídica que se ofrece al individuo con respecto a la disponibilidad del propio cuerpo, al derecho de la imagen, al derecho al nombre, a la filiación, al seudónimo y al derecho a indemnizaciones en caso de daños o lesiones.³ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, expresa que *“Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques.”* (art. 11.3).⁴

¹ art 11 Ley 17.823 de 2004, y art. 15.1 Ley 18.270 de 2008.

² ONU. Declaración Universal de DDHH. 1948. Artículo 12

³ Valerio C “Derecho a la imagen y confidencialidad” Defensoría de los Habitantes Costa Rica, en: Tealdi, JC “Diccionario Latinoamericano de Bioética”. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008: 331-332.

⁴ Ley 15.737 de 1985: Artículo 15.-Apruébase la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica de 1969.

“Y dijo Dios: Hagamos al hombre a nuestra imagen, conforme a nuestra semejanza”. Génesis 1:26.

El concepto de imagen tiene ciertos campos semánticos trascendentes, que impregnan todas sus acepciones, porque llegan a significativo alcance religioso en la tradición judeocristiana, puesto que la mismísima creación de los humanos está referida a la imagen del Creador. Una autora católica describe esa jerarquía: “...experimentando y encarnando así el maravilloso misterio de ser imagen y semejanza de Dios”.⁵

Hemos seleccionado dos acepciones del diccionario de la RAE para el término “imagen”: “Figura, representación, semejanza y apariencia de algo” y “Conjunto de rasgos que caracterizan ante la sociedad a una persona o entidad”.

LA IMAGEN EN RELACIÓN A LA DIGNIDAD Y LA PRIVACIDAD.

La imagen ante la sociedad está principalmente relacionada con dos conceptos importantes en bioética: la dignidad humana y la privacidad.

Dignidad. Los valores y virtudes del médico estarían más relacionados con aquella vista interna, subjetiva, de la dignidad del sujeto (“ser digno”). Para la imagen, influye la apariencia externa de la dignidad (esa que inviste al “dignatario”), por el reconocimiento de otros, porque importa cómo se percibe desde la sociedad: respeto, prestigio, en suma, la afirmación de la profesión. La reciente encuesta del CMU incluye otros comentarios sociológicos a los que no nos referiremos en estas reflexiones, por ejemplo, que los profesionales de la salud seguirán siendo valorados porque “salvan vidas”.

Ya a mediados del siglo XIX se planteaba respecto a la opinión pública: *“El público dividido en dos órdenes, juzga al Médico el conductor de la vida y de la muerte; el primer orden es el del público sensato e inteligente; el segundo orden es el del vulgo rudo y estúpido... El público insensato no quiere saber si el Médico comprende, o no lo que ve, o lo que hace, o dar la razón de una cosa es para él de ninguna utilidad – curó el médico, fue bueno, no curó, fue malo.”*⁶

⁵ “A su Imagen y Semejanza”. (Vidas de santos). María de las Virtudes Maggi. IvePress, 2010: 11.

⁶ I. Firmo Xavier. “Reflexões sobre o Médico” Tipografia Liberal do Século, Bahía, 1850.

*“Si después de yo morir quisieran escribir mi biografía, no hay nada más sencillo. Tiene sólo dos fechas: la de mi nacimiento y la de mi muerte. **Entre una y otra todos los días son míos.**”*

Esta frase que refleja la vida privada como un reducto personal, pertenece al poeta portugués Fernando Pessoa.

Privacidad. Cuando los deportistas profesionales dicen que el derecho a la imagen es un derecho de la personalidad protegido por la constitución y por tratados internacionales de DD-HH,⁷ *“con fuerza de derecho de propiedad”*, están apoyándose en la moderna perspectiva de DDHH. Evocan también aquellas primeras teorías jurídicas anglosajonas basadas en la *“common law”* que se referían en el siglo XIX⁸ al derecho a la privacidad como reconocimiento de la naturaleza espiritual del hombre, sus sentimientos y su intelecto, y argumentaban que entonces el término ‘propiedad’ había crecido hasta comprender toda forma de posesión: intangible, a la par de la tangible. Todas las producciones de la persona, fueran una insignificante anotación en un diario o una obra de arte en escultura, pintura o música, *“ningún otro tiene derecho a publicarlo sin su consentimiento.”* Los derechos de un autor, *“no es en realidad el principio de la propiedad privada, sino el de la personalidad inviolable.”* Algunas sentencias judiciales de esa época fueron motivadas por el fenómeno, -entonces novedoso-, de las fotografías instantáneas que reproducían momentos de la vida cotidiana, *“y las empresas de periódicos que han invadido el sagrado recinto de la vida privada y doméstica.”*

LA IMAGEN DEL MÉDICO EN LA HISTORIA Y EL CONCEPTO DE HONRA.

Asklêpios, hijo del dios Apolo, luego de su muerte fue elevado por Zeus al panteón de los Dioses., y numerosos templos se crearon para su culto en Grecia o para Esculapio en antigua Roma.

“Médico. Es la persona a la que le arrojamos nuestras súplicas cuando estamos enfermos, y nuestros perros cuando nos hemos sanado” 1911.⁹

7 Ley 15.737 de 1985: Artículo 15.-Apruébase la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica de 1969.

8 Warren, Samuel D. y Brandeis, Louis D. “The Right to Privacy”, *Harvard Law Review*, Boston, vol. IV, núm. 5, diciembre de 1890. Disponible en: www.jstor.org/stable/1321160

9 P. 92. Ambrose Bierce “Diccionario del Diablo” Ed. Libertador, Bs As 2007, 156 p.

Recorriendo la historia de la imagen del médico, se puede observar que en todos los tiempos ha tenido admiradores (incluso adoradores, cuando el curador era transformado en deidad), o detractores que le ridiculizan, como en las comedias griegas y en las caricaturas medievales y del Setecientos. Sin embargo, los cambios sociales del siglo XX, la pérdida del “poder médico” tan bien descrita por Barrán para nuestro país, han incidido seguramente sobre la imagen de los médicos.

La actual reiteración de fenómenos de violencia contra el personal de salud por quienes rodean a los usuarios e incluso por los propios pacientes, ha erosionado severamente los derechos al respeto de la imagen del médico. La encuesta del CMU concluye que “los profesionales tendrán que aprender a lidiar con pacientes más cuestionadores (con o sin razón de su parte)”.¹⁰ Torres Calvete advierte que cae la imagen del médico y que se pierde la confianza, lo que incide en la mirada crítica sobre las bases del profesionalismo médico.¹¹ Sin llegar a los extremos de violencia, la repercusión mediática de la judicialización de la medicina lesiona la imagen del profesional, aún antes de que se haya probado una mala práctica, cuando una sociedad iconoclasta *“hace que el médico sea destronado ante el error.”*¹² *“La sociedad toda debe arbitrar las medidas necesarias para salvaguardar la dignidad y el prestigio de los profesionales del Equipo de Salud. Instrumentar las disposiciones que los protejan frente a los demandas judiciales infundadas es defender y valorar en su justa medida a quienes brindan un servicio esencial a la humanidad.”*¹³ No hay duda que la imagen social del médico se construye en la sociedad, ya desde su formación educativa: *“convertirse en un profesional es un proceso de toda la vida en el que las identidades profesionales individuales se construyen a través de la educación formal, las interacciones en el lugar de trabajo y la cultura popular”*.¹⁴ Aquella identidad profesional que incluye valores, creencias, atributos, motivaciones y experiencias, se refleja en la imagen que la sociedad tiene de esa identidad. Por ejemplo, la introducción de la túnica blanca se convirtió hace más de un siglo en uno de los atributos que integraron la imagen del médico ante la cultura popular. *“El significado cultural de ‘blancura’ revela un amplio*

10 Encuesta nacional Cifra-julio 2017. Colegio Médico del Uruguay.

11 Torres J. et al. “Reflexiones Médicas” Ed.CMU, Montevideo, Mastergraf, 2018, 135 p.

12 P. 59. A. Díaz Berenguer. “El narcisismo en la medicina contemporánea”, Montevideo, Ed. Trilce, 2010.143 p.

13 Garay, O. E. Los Derechos de los Profesionales del Equipo de Salud. Acceso 24 dic 2017. https://auditoriamedica.files.wordpress.com/2009/01/derechos_de_profesionales.pdf

14 “Becoming a Professional: an Interdisciplinary Analysis of Professional Learning”. Lesley Scanlon. Springer Science & Business Media, 27, 2011 -262 pages.

espectro de significado que rodea el encuentro de curación, cuyos aspectos más importantes son la autoridad y los poderes sobrenaturales de los médicos científicos y la protección de los pacientes.”¹⁵ Encuestas en otros países muestran que los pacientes prefieren atuendo semi-formal y dan importancia a la sonrisa del médico,¹⁶ y sería interesante conocer estos aspectos de la relación médico-paciente en nuestro medio, ante cambios culturales actuales, que se evidencian, por ejemplo, en el uso del tuteo.

Una Convención del siglo XX explicita el mismo vocablo que los estudiosos de la imagen del médico en otras épocas usaban: **la honra**. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (art. 5) defiende la “Honra y la Dignidad”: *“respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad...ni de ataques ilegales a su honra o reputación.”*¹⁷ El Diccionario de la RAE relaciona la honra con la *“estima y respeto de la dignidad propia... Buena opinión y fama, adquirida por la virtud y el mérito.”*¹⁸ Hace casi 170 años, en nuestra región, en la primera Facultad de Medicina en Brasil, entre las primeras Tesis para obtener el título de Médico conservadas en la biblioteca histórica de Facultad de Medicina de Salvador de Bahía, hay dos que se refieren a la ética de la profesión: del Dr. Xavier en 1850 y del Dr. Alves en 1853. Xavier comienza con la defensa del prestigio de la Medicina, y hace un extraordinario elogio de la figura del profesional: *“El hombre verdaderamente Médico es un hombre verdaderamente sabio, es un hombre ángel, o un ángel hombre.”* El Dr. Alves define la **honra** como *“el juicio de nuestros semejantes sobre nuestras perfecciones y esta honra es verdadera si las perfecciones son reales, o es putativa si apenas se supone tener tales perfecciones.”* Presenta su tesis basada en tres conceptos: *“el médico tiene sus deberes comprendidos en tres palabras: honra, prudencia y humanidad.”* (además de la honra, aquel colega del siglo XIX resaltaba otros dos conceptos caros a la bioética actual: prudencia y humanismo médico). El concepto de honra aparece varias veces y tiene que ver con las acepciones de estima y respeto de la dignidad propia, y de buena opinión y fama, adquirida por la virtud y el mérito, o sea: aquello que hoy consideraríamos las virtudes del médico y además el reconocimiento de esas virtudes a través del prestigio de la profesión.¹⁹

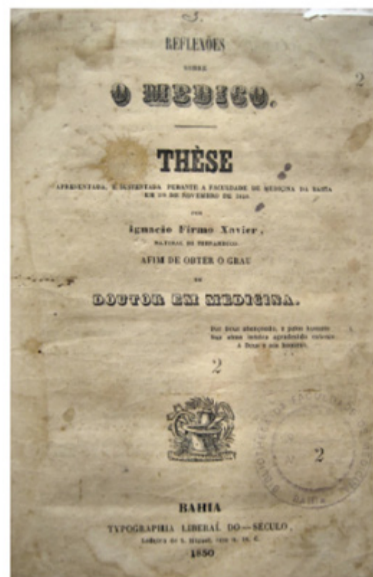
15 Blumhagen, Dan W. “The Doctor’s White Coat: The Image of the Physician in Modern America” *Annals of Internal Medicine*, Jul 1, 1979. The American College of Physicians

16 Marianne M Lill, Tim J Wilkinson “Judging a book by its cover: descriptive survey of patients’ preferences for doctors’ appearance and mode of address” *BMJ* 2005;331:1524–7.

17 Ley 15.737 de 1985: Artículo 15.-Apruébase la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica de 1969.

18 DRAE 2014: honra. (De honrar).

19 MMartins ALVES. “Breves Reflexões sobre a Philosophia Moral do Médico”, Typographia de Camillo de Lellis Masson, Bahía, 1853.



Nuestro Código del CMU lo describe, al establecer que debemos procurar siempre el más alto nivel de excelencia de conducta profesional, o al decir que la debida transparencia y obligada declaración pública ante potenciales conflictos de intereses no solo representa una salvaguarda de la relación entre médico y paciente, sino que también de la confianza que el público en general deposita en la profesión médica. En 1853 el médico brasileño decía: “*Luego también el deber de que el Médico perfeccione sus facultades intelectuales se encuentra en la palabra de su juramento - Honra.*”

NUESTRA IMAGEN COMO MÉDICAS.

La feminización de una profesión implica el crecimiento del número de mujeres en una profesión que tenía hegemonía de personal masculino y/o que también tenía cualidades juzgadas necesarias por la sociedad para ejercerla.²⁰ Algunos autores observan desde la sociología “*La fin d’un «métier d’homme»*” para llegar a “*un «métier de femmes»*”, donde las mujeres estarían más acordes con el cuidado de la salud, sin dejar de plantear una posible deserción masculina de la profesión.²¹ Se observa que las carreras de mujeres son más intermitentes y más lentas que las masculinas progresivas y acumulativas. El cambio más espectacular en el mundo se dio en la segunda mitad de los 70, cuando las mujeres entraron masivamente al campo del trabajo (entre otros factores, por anticonceptivos, elevación de su nivel educativo y eclosión de proyectos personales). La feminización de los estudiantes universitarios en Uruguay se da a partir de 1968: las mujeres eran 40% entre 60 y 68; pasaron a 50% alrededor de 1980.²² Las

20 Guillaume Malochet, « La féminisation des métiers et des professions. Quand la sociologie du travail croise le genre », *Sociologies pratiques* 2007/1 (n° 14), p. 91-99.

21 Anne-Chantal Hardy-Dubernet, « Femmes en médecine: vers un nouveau partage des professions? », *Revue française des affaires sociales* 2005/1 (), p. 35-58.

22 Rosario Aguirre, Profesora titular, Departamento de Sociología Facultad de Ciencias Sociales Universidad de la República. “Una visión sociológica de la feminización de las profesiones.”. Mesa “Feminización de la Psiquiatría”, IX Congreso Uruguayo de Psiquiatría, 7 de mayo de 2011.

mujeres médicas diferimos de los hombres en la elección de especialidades, distribución territorial, jornada de trabajo y modo de ejercicio profesional,²³ lo que influirá en la imagen ante la sociedad.

La primera mujer médica en Uruguay se graduó en 1908, tardíamente respecto a otros países de América. Paulina Luisi era la excepción en su generación de hombres médicos. Al comenzar 2018, las Colegiadas del CMU alcanzan hoy el decisivo 59,08% del total de médicos activos en el ejercicio de la profesión.

La tendencia va en aumento: los ingresos de nuevas estudiantes a Facultad de Medicina en 2016 llegaron al 69,85%.²⁴ Incluso el Padrón del SMU en 2018, que contiene también jubilados de generaciones anteriores, muestra predominio femenino: 54,75%.

En el siglo XX, la imagen que los medios daban de las mujeres, por ejemplo, en el cine de guerra, eran generalmente idealizadas como Madonnas, apoyando o esperando a los combatientes. En el cine norteamericano hubo muchas enfermeras, y pocas médicas.²⁵ En el cine romántico, o en la ficción televisiva, proliferan acriticamente relaciones de pareja médico-paciente que están prohibidas por la ética. Desde Ingrid Bergman en “Spellbound/Cuéntame tu vida”, se muestra a muchas médicas que se enamoran y relacionan con su paciente (aunque en la vida real la transgresión sea menos frecuente por las profesionales que por los hombres médicos).

Las médicas integran las características generales de la imagen del médico, pero se agregan otras de género. Respecto a las preferencias del público, en algunos casos, los usuarios optan por una profesional femenina, principalmente para la atención ginecológica o pediátrica, mientras que, en muchas circunstancias, los relatos de médicas refieren que se la elude o abiertamente se cambia la cita, al enterarse que ese apellido corresponde a una mujer, o que, al llegar médica y enfermero en una ambulancia de atención prehospitalaria, los usuarios se dirigen al “doctor” masculino. En algunas especialidades, ellas narran que los colegas hombres revelan tener una imagen desvalorizada de la habilidad profesional de ellas.

23 Mário César Scheffer, Alex Jones Flores Cassenote “A feminização da medicina no Brasil” Rev. bioét. (Impr.). 2013; 21 (2): 268-77.

24 Porrini et al. “Estadísticas Básicas 2016 de la Universidad de la República” Dirección General de Planeamiento, Universidad de la República, Montevideo. ISSN: 1510-8031 (impresa), 1510-804X (en línea). <http://gestion.udelar.edu.uy/planeamiento/>

25 R.Donald, K. MacDonald. “Women in War Films: From Helpless Heroine to G.I. Jane” Rowman & Littlefield, 2014, 344 p.

Nuestra imagen como médicas, desde el punto de vista de la bioética, se puede relacionar fácilmente con un enfoque de la Ética del Cuidado, que significa responsabilidad, atender a las necesidades de otros, evitar el daño a los otros, valorar las relaciones personales. Esta bioética, decisiva en la profesión de enfermería, también fue apoyada por filósofas feministas que han opuesto esa “otra voz” de la atención al caso concreto y sus circunstancias, del “otro concreto” sobre el “otro generalizado”, que llevan a valorar más el contexto, la primacía de la experiencia, criticando las teorías racionalistas, utilitaristas y universalistas predominantes. Teresa López de la Vieja propone desde el feminismo una ética del cuidado que parta de reconocer todos los puntos de vista, ir más allá de la diferencia y buscar un cuidado que no retroceda a tesis paternalistas, resaltando principios complementarios entre individualismo y comunitarismo, entre la racionalidad neokantiana y la ética dialógica, construyendo, o intentándolo al menos, una alternativa a las grandes teorías, una “ética feminista que no interese solamente a las mujeres”, *“las críticas al modelo liberal tendrían que ser compatibles con las ventajas que aporta el modelo liberal, el principio del ‘cuidado’ tendría que ser compatible con el principio de justicia.”*²⁶ Las posiciones más actuales de la ética del cuidado feminista están acordes con propuestas educativas que pueden realizarse desde el personalismo, resaltando el principio bioético de la solidaridad.²⁷

(Endnotes)

1 La autora declara no tener conflicto de intereses. Integra las comisiones de bioética en forma honoraria.

Los conceptos vertidos en el artículo reflejan la opinión de la autora y no necesariamente del Colegio Médico del Uruguay.

²⁶ Teresa López de la Vieja de la Torre. “Ética de la diferencia”. Universidad de Salamanca. http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario/E/etica_diferencia.htm Acceso 5 abril 2011.

²⁷ Francisco J. León. “Ética del cuidado feminista y bioética personalista” *Persona y Bioética*, Vol 12. 1 (2008). <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/viewArticle/960/1771> Acceso 21 marzo 2011.

Cuadernos de Bioética 2

Año 1, número 2 / Julio 2018

