

Bioética y anatomía patológica

Jorge Alberto Álvarez-Díaz*

RESUMEN

El tema de la Bioética se ha relacionado poco con la Anatomía Patológica. El trabajo inicia con algunos aspectos epistemológicos de la Medicina respecto de la actividad clínica y la propia de la Anatomía Patológica. Como todo problema ético se refiere siempre a un caso concreto, se propone que la ética toma matices especiales para los problemas que pueden enfrentarse en la práctica de la Anatomía Patológica. Se habla de la labor del médico y se plantean problemas que enfrenta el especialista en Anatomía Patológica: su relación con los pacientes/usuarios, con otros patólogos y con otros profesionales médicos. Se menciona al patólogo como agente de cambio y la problemática ética que esto enfrenta, dentro de la propia especialidad y dentro de la estructura social. Por ello, el trabajo termina con un breve epílogo sobre la figura de Virchow y su legado para la Anatomía Patológica y para la Medicina Social.

Palabras clave: bioética, anatomía patológica, ética, patología.

ABSTRACT

Bioethical issues have been seldom related to the field of Pathology. This article begins with some epistemological reflections about Medicine regarding clinical activities and those ones specific to Pathology. Every ethical problem refers always to a specific case, and then it is proposed that Ethics has special tints to those problems faced in Pathologic Anatomy. Thinking about physician work, the article proposes specific problems faced by specialists in pathologic anatomy: their relation with patients/users, with other pathologists, and other health care professionals. There is a reflection regarding the pathologist as agent of change and ethical problems facing this, within the own specialty and inside the social structure. Because of this, the work ends with a brief epilogue on Virchow's figure and his legacy for the Pathologic Anatomy and for the Social Medicine.

Key words: Bioethics, Pathologic Anatomy, Pathological Anatomy, Ethics and Pathology.

El tema de la bioética es casi ubicuo en la medicina contemporánea. Sin embargo, se ha relacionado muy poco con la anatomía patológica. Basta con una exploración en la base de datos MEDLINE a través de su motor de búsqueda PubMed, ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos y conocido por todo profesional sanitario. Con la palabra clave “bioethics” se arrojan un total de 19 952 resúmenes

(al 9 de mayo de 2012; el resto de resultados que se mencionan más adelante son con el mismo motor de búsqueda y en la misma fecha). Si se combina esta palabra clave con “pathologic anatomy” (designación utilizada en el inglés norteamericano) no arroja ningún resultado. Si se combina “bioethics” con “pathological anatomy” (término en el inglés británico) se arrojan un par de resultados: uno de ellos hace referencia a reflexiones éticas basándose en trabajos del filósofo francés Michel Foucault respecto a la introducción de la anatomía patológica en la medicina moderna;¹ el otro hace referencia a opiniones éticas de las exhibiciones públicas de cadáveres plastinados mostrando anatomía normal comparándola con anatomía patológica.²

Si se quiere una búsqueda algo más general y se utiliza no la palabra bioética, sino la de “ethics” y se relaciona con “pathologic anatomy” aparecen dos trabajos más. Uno de ellos es una investigación respecto a la anatomía patológica del cáncer prostático, pero como fue necesaria la aprobación de un comité de ética para la realización de la investigación,³ aparecen las dos palabras clave en el artículo. El otro habla de una anatomopatóloga alemana

* Médico sexólogo clínico. Especialista, maestro y doctor en bioética. Becario Posdoctoral en Bioética, Área Estado y Servicios de Salud, Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, México, DF.

Correspondencia: Dr. Jorge Alberto Álvarez-Díaz, Edificio A, 2º Piso. Área de Postgrados en Ciencias Biológicas y de la Salud. Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, Del. Coyoacán. CP 04960. México. Correo electrónico: bioetica_reproductiva@hotmail.com Recibido: febrero 2012. Aceptado: mayo 2012.

Este artículo debe citarse como: Álvarez-Díaz JA. Bioética y anatomía patológica. Patología Rev Latinoam 2012;50(4):311-319.

que desarrolló su trabajo en Turquía, y fue elaborado en el actual Departamento de Ética Médica e Historia de la Medicina de la Universidad de Estambul,⁴ por lo que aparecen nuevamente las dos palabras clave de la búsqueda. Si ahora se utilizan como palabras clave “ethics” y “pathological anatomy” aparecen 6 resultados. Uno ya citado sobre Foucault¹ y otro que amplía opiniones de este filósofo sobre la percepción (en este caso, la anatopatológica).⁵ Uno más trata sobre el primer profesor de deontología médica en Turquía;⁶ el cuarto trata sobre la cardiomiopatía ventricular derecha arritmogénica, elaborado en el Instituto de Anatomía Patológica de la Universidad de Padua⁷ y, al tener que pasar por un comité de ética, reaparecen ambas palabras clave para la búsqueda. El penúltimo trata sobre la obra de Bichat y sus contribuciones a la anatomía patológica moderna;⁸ escrito en el Centro de Investigación en Ética Médica e Historia de la Medicina de la Universidad de Tabriz (Irán), contiene una vez más ambas palabras clave. El último de ellos trata brevemente algunas cuestiones de ética en patología,⁹ y se aborda más adelante. En resumen: de un total de 10 resultados en uno de los motores de búsqueda de hemerografía médica más grande e importante del que se dispone en la actualidad, solamente un trabajo aborda propiamente aspectos de la Ética en la Patología (y no cuestiones que se reducen a eventos históricos, investigaciones en departamentos de anatopatología, etc.). Resulta evidente que no se trata de un tema tratado suficientemente en la hemerografía contemporánea. De este modo, este trabajo pretende ser un primer esbozo para poder analizar de un modo más sistemático algunos problemas éticos específicos del quehacer de la anatomía patológica.

Para empezar, hay que decir unas breves palabras sobre la bioética. Sobre este tema han aparecido textos y artículos en las últimas décadas de forma exuberante, se han creado sociedades y asociaciones, se ha discutido tanto que se ha legislado sobre temas que le competen a la bioética con herramientas del llamado bioderecho; se discute en medios de comunicación masiva y algunos términos se han popularizado e introducido al lenguaje cotidiano. ¿Por qué ha sucedido esto? Porque la relación clínica se ha modificado en los últimos 30 años más que en los últimos 30 siglos.^{10,11} Si bien la expresión más clásica ha sido la de “relación médico-enfermo”, el cambio que ha tenido la asistencia ha introducido otras expresiones tales como “relación médico-paciente”, “relación sanitario-

usuario”, “relación sanitaria”, “relación clínica”, etc. Está claro que en la actualidad en esa relación intervienen otros personajes además del médico, y que quien acude con un médico no necesariamente es un enfermo. De ahí que el concepto que probablemente engloba mejor esta serie de relaciones es la “relación clínica”.¹²

La bioética surge en los años 70 del siglo XX. La Anatomía Patológica puede analizarse desde los fundamentos mismos de la práctica médica, como lo es la ética de los hipocráticos;¹³ sin embargo, con el avance científico y tecnológico esto ya resulta claramente insuficiente. Al surgir la bioética como una ética aplicada aparecen los llamados “cuatro principios de la bioética”: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. Este modelo de bioética se mantuvo como hegemónico y prácticamente único durante la década de los 80. Sin embargo, en los 90 aparecieron serias críticas al modelo de los cuatro principios, y a mediados de los 90 puede considerarse que ese modelo ya no podía dar más (a pesar de que en Latinoamérica su uso se ha prolongado mucho tiempo más). En esas fechas aparecen textos donde se critica de forma dura y sistemática si la bioética puede reducirse solamente a esos cuatro principios,¹⁴ y textos donde se proponen múltiples principios.¹⁵ ¿Por qué se agotó el modelo? Dejando de lado aspectos no biomédicos (como cuestiones medioambientales, de trato con los animales, etc., donde no hay lugar para un “principio de autonomía”), la medicina se dio cuenta que es una disciplina mucho más compleja y que no es posible reducir todo problema ético simplemente a manejar un ábaco con cuatro principios.

Por un lado, la relación clínica se volvió más compleja del lado a quien van dirigidas las acciones del médico: la madre que acude con su hijo por una vacuna no lleva un enfermo; los seres humanos que acuden a rehabilitación portan una discapacidad y no una enfermedad; en Psiquiatría existen trastornos y enfermedades; las acciones en Salud Pública y en Epidemiología van encaminadas a grupos o hacia toda la población, no hacia individuos (de ahí la consolidación de áreas como la Medicina Social y la Salud Colectiva) etc. Por otro lado, la relación también se complicó del lado del profesional: ya no solamente hay médicos, sino que se incluyen psicólogos, biólogos, químicos, enfermeras, etc. (sin considerar figuras administrativas cuando se trata de instituciones de salud); y por si fuera poco, los médicos requieren cada vez más un grado de especialización en ciertas tareas que, por ejemplo, los

especialistas en imagenología ni siquiera se enfrentan de forma directa al paciente o usuario, sino que más bien se relacionan con los médicos responsables del cuidado directo de pacientes o usuarios. Todas estas nuevas relaciones ya no son pura o estrictamente “médicas”, pero tienen que ver con la atención clínica.

¿Qué ha sucedido con la Patología?

En el primer lustro de los años 90 del pasado siglo se disponía de los principios de la Bioética y poco más. Pero las críticas ya se gestaban. Un trabajo interesante de ese periodo ya denuncia que existirían al menos tres categorías de práctica dentro de la medicina: la del personal médico, la de la Salud Pública y la de la Patología.¹⁶ Aunque en ese trabajo pionero y en una reimpresión posterior¹⁷ el autor sucumbe a tratar los problemas bioéticos que presenta la Patología con el modelo de los cuatro principios, se trata sin duda alguna de un primer gran paso dentro de la relación Bioética-Patología.

¿Por qué es diferente la Anatomía Patológica? A lo largo de la historia de la Medicina se ha reconocido que dos disciplinas complementarias, pero distintas, han sido la “Patología” y la “clínica”.¹⁸ Por “Patología” se ha entendido la “ciencia de las enfermedades” (o lo que desde el galenismo se conoce como “especies morbosas”). Por clínica se ha entendido, desde tiempos hipocráticos, como el estudio del padecimiento de un ser humano concreto.

Esto resulta muy interesante, ya que si se recurre al mundo griego (donde nace no sólo la tradición de la medicina hipocrática, sino también la tradición filosófica, y dentro de ella la ética) puede observarse con claridad que en la filosofía aristotélica se empieza a hacer una distinción entre el “universal” y el “particular” (que en Medicina corresponderían a la “enfermedad” y el “enfermo”). Aristóteles considera que el saber propio del universal es la “ciencia”, y que el saber propio del particular es la “técnica” y la “prudencia”.¹⁹ La toma de decisiones concretas (como en el caso de la clínica) nunca puede ser estrictamente científica. La clínica no es una ciencia, es un arte, y como tal debe ejercerse: técnicamente (esto es, con saber, un saber hacer, el saber que da la ciencia) y además prudentemente (la virtud ética por antonomasia desde Aristóteles). La clínica es imposible sin la Patología. Antes del surgimiento de la sistematización del saber patológico, todos los enfermos, aunque similares, parecían al mismo tiempo distintos.

Precisamente esta diferencia entre la clínica y la Patología es una característica de la Medicina, y esto se observa también en muchas otras áreas, cuyo nacimiento puede rastrearse hasta el mundo griego clásico: el abogado ejerce el arte de la jurisprudencia (y no aplica directamente y sin mediaciones la ciencia del derecho); el político ejerce el arte de la política práctica (y no aplica directamente y sin mediaciones la ciencia de la teoría política); etc.

Aclarado esto, puede decirse ahora que los problemas éticos que enfrenta la clínica son diferentes de aquellos que se le presentan a la Patología. Desde luego hay intersecciones, toda vez que el clínico se apoya en la Patología para su labor.

La labor del médico

El médico al ejercer la clínica (anamnesis y exploración) establece un diagnóstico, con base en él realiza un pronóstico e instaura un tratamiento. Esto es lo que ha realizado en más de un par de milenios, si se ha de entender el nacimiento de la medicina con la actividad surgida en tiempos de los hipocráticos. Con la complicación de la clasificación de las enfermedades esto se ha vuelto más difícil, y se han vuelto grandes aliados de las clínicas los exámenes paraclínicos: de laboratorio y de gabinete (como pueden ser los casos de la Imagenología y la Patología). La exploración paraclínica ha cobrado un lugar cada vez más importante al desarrollarse mejor las ciencias sobre las cuales se apoya el arte de la clínica, sin poder sustituirla.

El especialista en Anatomía Patológica puede echar mano de datos clínicos, qué duda cabe; e incluso puede verificarlos y/o recogerlos él mismo (por anamnesis y/o exploración). Sin embargo, no es el centro del entrenamiento de la especialización en esta área del conocimiento, fundamentalmente porque el diagnóstico en Anatomía Patológica no se realiza exactamente de la misma manera. El anatómopatólogo diagnostica fundamentalmente con patrones observables,²⁰ aunque el diagnóstico en anatomía patológica es más complejo que la mera observación, ya que involucra dominios cognitivos, comunicativos, normativos y de conducta médica,²¹ cuando menos. Dado que esos patrones observados pueden ser muy claros para el anatómopatólogo, y no tanto para el clínico, es que se requiere que su descripción y diagnóstico final sean tan claros que sean comprensibles para todo profesional sanitario²² (y no solamente por otro especialista en Anatomía

Patológica). Este tema es fundamental para la comunicación con otros especialistas.²³

Así pues, dado que la base del tratamiento es establecer un diagnóstico adecuado, el papel del patólogo es crucial. Aquí otra diferencia con la práctica clínica: aunque el anatomicopatólogo puede hacer un pronóstico de acuerdo con el diagnóstico emitido, quien instaura el tratamiento es el clínico. Con este papel fundamental, el actuar del patólogo enfrenta múltiples facetas, que le plantean problemas técnicos y problemas éticos. ¿Por qué es esto así? Porque el actuar de un profesional (cualquiera, no solamente el relacionado con la salud y su atención) plantea, cuando menos, dos niveles: el primero es estrictamente técnico, y el segundo es ético.²⁴ La diferencia existe, ya que un acto que técnicamente es correcto, puede no serlo desde el punto de vista ético. En principio, para que un acto profesional (como el médico) sea correcto, debe ser técnicamente adecuado, pero no es suficiente. Ese componente adicional es el de la ética. Por ello los problemas que se plantean, a todo profesional, son tanto técnicos como éticos. Más allá del autocuidado como obligación ética²⁵ que debe tener el patólogo para consigo mismo debido a riesgos entrañados de la propia profesión,²⁶ en adelante se exponen problemas que pueden surgir de la relación del patólogo con otros, y no solamente consigo mismo.

La relación del patólogo con los pacientes/usuarios

La confidencialidad ha sido una característica de la relación clínica desde los orígenes de la medicina misma; ha sido definida como “secreto” desde códigos como el Juramento Hipocrático. En la actualidad, con lo complejo que se han vuelto estas relaciones en la asistencia sanitaria, el concepto y los límites de la confidencialidad han ido modificándose.

En principio, el patólogo debe asegurarse de que su reporte sea enviado (física o electrónicamente, no importa) a la persona que tenga el derecho legal, social o moral de recibir tal información.²⁷ Desde luego, quién tiene el derecho legal lo establece la legislación del país correspondiente (ya sea a nivel nacional, regional y/o local). Quién tiene el derecho social lo establece el grupo social del cual se trate (que en cuestiones de derecho administrativo puede darse bajo el argumento de los “usos y costumbres”). El derecho moral es otra cosa. En principio, correspondería a un derecho que le asiste en primer lugar al paciente; la

información es de él; pero sólo en principio. También le asiste ese derecho al llamado médico tratante. En casos donde el paciente ha dejado de serlo (como los reportes de autopsia), tal derecho recae en los familiares. Hasta aquí parece que todo el mundo estaría más o menos de acuerdo, pero, ¿cuándo entran en conflicto estos escenarios? Cuando aparece algo que desgraciadamente ocurre en medicina, aunque no sea deseable y trate de evitarse: el error médico. Se ha visto que es necesario reducirlo al mínimo,²⁸ pero que es imposible su reducción hasta la probabilidad cero. Cuando se habla de “error” y se relaciona con la anatomía patológica suele referirse al error diagnóstico del clínico. Pero aquí en lo que se quiere hacer énfasis es en el error diagnóstico en anatomía patológica. El tema ha sido poco tratado, aunque se ha intentado distinguir de las variaciones diagnósticas,²⁹ e incluso clasificar los tipos de error en Anatomía Patológica.³⁰ Desde hace tiempo se trabaja en modelos computarizados para mejorar la eficiencia de un diagnóstico en Patología,³¹ pero en estos sistemas siempre se arroja un resultado probable, solamente.

A modo de ejemplificación valga un escenario imaginario donde un gastroenterólogo envía varias biopsias de estómago al patólogo; muestran una superficie ulcerada de forma difusa, inflamación marcada y atipia. Una de ellas muestra un anillo que sugiere un adenocarcinoma. El diagnóstico se vuelve a confirmar con la opinión de otro patólogo. Al revisar el historial, ya se habían enviado previamente otras biopsias del mismo paciente, y al contrastarlas evidenciaban el adenocarcinoma desde otra muestra recibida con ocho meses de antelación. Se contacta con el gastroenterólogo, con la finalidad de informar al paciente correspondiente que su diagnóstico ha tenido un error; el gastroenterólogo enfáticamente dice que no es necesario, dado que no modifica las opciones terapéuticas disponibles por ofrecerse a “su” paciente.³² ¿Qué debe hacerse? La pregunta ética por autonomía es “¿qué debo hacer?”. Por otra parte, a modo de reflexión, ¿los pacientes tienen “dueños”? Evidentemente no. Tienen un equipo de salud que debería, en principio, mejorar las estrategias de comunicación entre sí y mejorárlas con los pacientes. Es claro que la formación del médico en pregrado y en posgrado no suele incluir estrategias de comunicación, aspecto que está presente de forma constante en la atención sanitaria, a todos los niveles. Sin una comunicación adecuada no son posibles las relaciones humanas en general; las clínicas, tampoco.

Lo cierto es que a pesar de que el patólogo sea considerado a veces el “médico del médico” en tanto que apoyo fundamental para establecer un diagnóstico con mayor certeza, la comunicación con los pacientes y sus familiares también resulta importante para los propios pacientes,³³ quienes siempre desean empatía y valoran la relación clínica como un encuentro personal. Aunque se mencionen casos de que la comunicación debe ser idónea con los profesionales de la salud a cargo del paciente y con los pacientes mismos en Hematopatología, Dermatopatología, Hepatopatología y Uropatología,⁹ lo cierto es que esto podría extenderse a toda la patología.

La relación del patólogo con otros patólogos

La comunicación científica de los patólogos desde luego también es fundamental, con otros patólogos y con el resto de los profesionales sanitarios. Resulta casi una obviedad que no es éticamente aceptable que una imagen sea distorsionada en un artículo publicado; es mentir, intencionadamente, lo cual no hay nadie que lo acepte como comportamiento ético. Sin embargo, desgraciadamente ha ocurrido también en el terreno de la Patología: una imagen crucial para la comunicación científica de un trabajo que incluso tenía financiación de los *National Institutes of Health* de Estados Unidos³⁴ resultó alterada y publicada así. Aunque pasó más de una década para darse cuenta de ello, finalmente la publicación hizo del conocimiento de los lectores tal hecho.³⁵ El caso de la llamada “mala conducta científica” ha sido poco tratado en Patología.³⁶

Por otra parte, el mundo contemporáneo ha creado varias metáforas con las nuevas tecnologías digitales; una de ellas es la del “aplanamiento” del mundo en la era de la globalización: la revolución digital hace que la transmisión de la información sea inmediata, de modo que las imágenes de lo que ocurre en Asia pueden conocerse en ese mismo momento del otro lado del mundo.³⁷ Las imágenes se transmiten desde cualquier sitio y pueden recibirse en cualquier otro (siempre que se cuente con los recursos tecnológicos). ¿Qué tiene que ver esto con la patología? Pues que esta transmisión de imágenes está trayendo modificaciones en las especializaciones médicas que tienen que ver con el diagnóstico por imagen, tanto la Radiología como la Patología. Actualmente existen hospitales en Estados Unidos que prescinden de especialistas en radiología porque cuentan con otros tantos en países menos desarrollados, pudiendo obtener una descripción y

un diagnóstico por imagen a un coste mucho menor. Esto, además de que roza con temas tan complejos como el de la justicia social, no cabe duda que pueda llegar a modificar la práctica de la Patología.³⁸ Las connotaciones éticas de la relación con otros patólogos alcanzarán de esta forma el nivel global.

La relación del patólogo con otros profesionales médicos

Existen temas clásicos en bioética referidos a los problemas al inicio y al final de la vida humana: la interrupción voluntaria del embarazo,³⁹ el estatus del embrión,⁴⁰ las técnicas de reproducción asistida;⁴¹ la determinación de la muerte,⁴² el trasplante de órganos cadavéricos,⁴³ etc. Un punto de unión entre los polos de la vida humana surge por la aplicación del desarrollo tecnológico en la “reproducción *post mortem*”. Desde 1980 se describió por primera vez la posibilidad de extraer espermatozoides viables en seres humanos en condiciones posmórtas.⁴⁴ La posibilidad de esta forma de reproducirse se hizo conocida al mediatizarse el caso de una francesa que la solicita,⁴⁵ alcanzando al Comité Nacional de Ética,⁴⁶ el cual falló en favor de la solicitante.⁴⁷ Aunque no hubo embarazo,⁴⁸ se visibilizó públicamente la técnica novedosa. Es hasta 1998 que se consigue el primer embarazo⁴⁹ y parto⁵⁰ consecutivos a una fecundación *post mortem*. Aunque la literatura especializada recomienda que la extracción se haga después de 24 horas lo cierto es que pueden obtenerse espermatozoides casi en el 100% de los casos, y hasta con un 80 a 90% de motilidad, 36 horas después del paro cardiorrespiratorio (independientemente de la causa de la muerte y de la técnica de extracción).⁵¹ La técnica utilizada ha sido la inyección intracitoplasmática del espermatozoide al ovocito (ICSI).⁵² ¿Quién facilitaría las condiciones o realizaría la extracción de los espermatozoides? Evidentemente podría ser el patólogo. ¿Debería hacerlo? Uno de los debates más intensos sobre el uso de gametos en reproducción asistida ha sido precisamente la reproducción *post mortem*, y aunque se ha analizado ampliamente e incluso existen algunas recomendaciones éticas por sociedades de especialistas,⁵³ no suele tocarse el tema del papel del patólogo como un agente moral que decidiría si realiza ese tipo de actos o no.

Desde luego, hablar de un tópico tan específico como la reproducción *post mortem* puede no percibirse como una actividad cercana. Sin embargo, hay algunas que atañen a

la labor diaria del patólogo. Una es la propia actividad en sí misma: no es suficiente en el momento actual que los patólogos realicen unos diagnósticos certeros e impecables desde el punto de vista técnico y científico; es necesario que tales actividades sean, de diferentes modos, sustantivas para la actividad docente, de investigación, asistencial e incluso de control de calidad. Es una labor de los patólogos el reconocerlo y difundirlo; es una forma de optimizar todo el servicio de patología.⁵⁴ Es, en el fondo, un deber moral en tanto que profesionales.

Un ejemplo de la búsqueda de esa optimización sería a través de promover e incentivar las sesiones clínico-patológicas. En ellas el patólogo (y la Medicina en general, por extensión) rinde tributo al devenir histórico que hizo en buena medida posible que el método anatomoclínico fuese base de un salto científico en la práctica médica;⁵⁵ se promueven valores como el de la autocrítica, la veracidad y la humildad; se aprende y se enseña del error médico (generalmente del diagnóstico clínico, y en ocasiones pudiera ser del diagnóstico anatomoapitológico); se promueve la formación continua a través del aprendizaje que se desprende de ellas; en resumen, se mantiene viva la llama del conocimiento médico.⁵⁶

El patólogo como agente de cambio

En la historia de la patología hay un “antes” y un “después” del siglo XIX (como en muchas otras áreas de especialización médica). Sin embargo, si hubiese que hablar de períodos y escuelas, probablemente existirían cuatro períodos:⁵⁷ el primero previo al desarrollo de la especialidad como tal, desde que empezaron a practicarse disecciones (con la majestuosa obra *De humani corporis fabrica* de Vesalio, cumbre de la anatomía de su época), hasta 1761 en que Morgagni publica *De Sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* (“Sobre las localizaciones y las causas de las enfermedades investigadas desde el punto de vista anatómico”). Antes de este evento no se puede hablar de “autopsia” en un sentido contemporáneo, aunque se utilice la palabra, debido a que no existía una sistematización en el conocimiento de la correlación entre la enfermedad y sus manifestaciones en la lesión anatómica; efectivamente podían encontrarse hallazgos importantes, pero solamente como eso: hallazgos, no diagnósticos propiamente dichos.

Posteriormente, el entusiasmo de la escuela italiana pasaría a París, al menos durante las primeras cuatro décadas del siglo XIX, con avances tales como el logrado con

Bichat al acuñar la palabra “tejido”, y unir este concepto a la teoría celular de Schleiden y Schwann, constituyendo el microscopio el gran aliado para sentar las bases histológicas del diagnóstico patológico.

El tercer periodo vendría después de esa escuela francesa, iniciándose con la escuela de Viena, teniendo a Skoda como clínico y Rokitansky como anatomopatólogo. La cúspide se alcanza con la escuela alemana y Rudolf Virchow a la cabeza, con su obra de 1858 *Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre* (“Patología celular basada sobre histología patológica y fisiológica”) se consagra como la máxima obra de la patología del siglo XIX, hasta la última década de ese siglo.

Después de ese periodo, la Anatomía Patológica tiene un desarrollo vertiginoso en Estados Unidos⁵⁸ y su configuración como especialidad ha variado en diferentes contextos; el mexicano, uno de ellos.

Sin embargo, hay que recordar algunos puntos como ejemplos de cambios de paradigmas en este devenir histórico. Virchow no confiaba mucho en la biopsia. Se sabe que el Káiser Federico III cursó con una lesión laríngea que Virchow analizó repetidamente por biopsias seriadas durante nueve meses. Hasta entonces fue Waldeyer quien advirtió malignidad, pero Virchow no. Poco tiempo después, cuando Federico III yacía en la mesa de autopsia, Virchow pudo corroborar cómo un carcinoma escamoso de laringe la había destruido y se había extendido a los linfáticos del cuello.⁵⁹ La gran figura de la Patología fue centro de este cambio en el paradigma: si bien el referente por antonomasia era la autopsia, la biopsia aún no contaba con el lugar que actualmente ocupa; se lo ha ganado a pulso en los años subsecuentes. Esto puede verse como un cambio de paradigma desde dentro de la Patología.

Desde fuera, cuando la Anatomía Patológica empieza a configurarse como especialidad escolarizada en el siglo XX, ocurre la gran aplicación de lo que ha hecho “científica” la actividad clínica: el desarrollo exuberante del ensayo clínico. Después de la gradual introducción de los métodos matemáticos en la ganancia del conocimiento médico la Farmacología cuenta con una herramienta para desarrollarse como nunca antes en la historia. Esto ha tenido grandes avances, qué duda cabe. Sin embargo, ha sido una desgracia que el mundo farmacéutico haya infravalorado la Patología por no parecerle una actividad económica “rentable”; al menos, no para esa indus-

tria, criticada y criticable. Esto contrasta con la calidad científico-profesional de los especialistas en Anatomía Patológica y el desarrollo que ha alcanzado la patología, calidad que debería seguir siendo mostrada en esas sesiones clínico-patológicas ya citadas.

Así como los patólogos han sido agentes de cambio desde dentro (reconociendo el valor de la biopsia al lado de la autopsia, lo cual toca todo el tema de la ética de la inclusión de nuevas aplicaciones científicas y tecnológicas), lo están siendo al no mantener esa imagen infravalorada que tiene la industria farmacéutica de la Patología; también deben mantener el valor de todo lo expuesto hasta ahora a pesar de los grandes avances científicos y tecnológicos en otras áreas. Si bien existen entidades en las que no es fácil que evidencie alguna lesión macro o microscópica, como la muerte súbita de origen cardiovascular en donde actualmente suele recomendarse una “autopsia molecular”,⁶⁰ también es cierto que este tipo de actividades son meramente complementarias. Su desarrollo ha dependido de las limitaciones propias de la Patología (todo campo de conocimiento las tiene) pero es indudable que sin el desarrollo de la anatomía patológica no hubiese sido posible la aparición de una “autopsia molecular”. Por poner un ejemplo fuera del campo de la patología, si se hubiese descubierto primero la imagen por resonancia magnética y alguien descubriera los rayos X, seguro merecería el Nobel una vez más. Todos estos deberes, qué duda cabe, tienen connotaciones éticas; el patólogo fue, es, y debe continuar siendo (si bien que de diferentes modos) un agente de cambio.

Antes de terminar, hay que destacar algo en este sentido. Es por todos sabido que la Medicina, si bien tiene unos fines que las sociedades de todos los tiempos en todos los lugares han tenido considerados por buenos, ha llegado a utilizarse en un sentido totalmente contrario. A propósito de la Ética y la Bioética suelen recordarse los juicios de Nüremberg:⁶¹ los médicos participaron aplicando sus conocimientos para realizar actos atroces. Esto no es solamente historia. Desgraciadamente, sigue ocurriendo en la actualidad, aunque en menor medida y de una forma difícil de cuantificar y evaluar. Sin embargo, con conocimiento médico o sin él, lo que sí que ha aumentado en muchos sitios (y todo mundo parece estar más o menos consciente de ello) son abusos y violaciones a los derechos humanos (DH). No hay duda de que el patólogo puede denunciar esto con fundamento suficiente gracias al examen micro-

cópico y macroscópico de víctimas (vivas o muertas).⁶² Las lesiones que pueden evidenciarse y fundamentarse científicamente en su mecanismo de aparición pueden y deben ser denunciadas en el marco de respeto a dichos derechos. Uno de los grandes logros del mundo contemporáneo ha sido el fomento al respeto de los DH; tratándose de un acuerdo a nivel global el patólogo no puede hacer menos que seguir colaborando en su promoción al denunciar posibles abusos y violaciones.

Epílogo: Medicina Social

Tal vez al hablar de derechos humanos no se pensaría, en primera instancia, en patólogos y Anatomía Patológica. Como acaba de analizarse, resulta importante el papel del patólogo en la denuncia de abusos y violaciones a los DH. Tampoco suele pensarse, de primera mano, en el papel del patólogo al denunciar enfermedades causadas socialmente. ¿Cómo es esto? Un caso paradigmático: la asbestosis. Por más de un siglo Sudáfrica ha sido el principal productor y exportador de asbesto.⁶³ Evidentemente esto ocasiona una patología laboral condicionada por el entorno laboral y social de esos trabajadores. La correlación anatomoclínica de la asbestosis no sería posible sin el patólogo, y se podría llegar así a un diagnóstico “social”: los no expuestos, los no trabajadores, no desarrollan la condición.

¿Por qué suena un tanto abstracto o ajeno este tipo de asociaciones? A raíz de la definición de salud de la OMS suelen considerarse aisladamente (como si esto fuese posible) los factores biológicos, psicológicos y sociales que intervienen en la salud y en los procesos de enfermedad y atención. No debería parecer ajeno que existieran relaciones entre Patología, DH y diagnósticos sociales.

Por ahondar un poco más. Si se preguntara a los estudiantes y profesionales de ciencias de la salud en general cuáles han sido las causas de enfermedad y muerte más comunes en el siglo XX se escucharán sin duda las enfermedades infectocontagiosas en la primera mitad de ese siglo (con las infecciones respiratoria agudas y la enfermedades diarreicas entre los niños, por ejemplo); en la segunda mitad se haría referencia a la transición epidemiológica y a enfermedades tales como obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, insuficiencia cardíaca congestiva, cáncer... y esto sería incorrecto. La principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte durante el siglo XX ha sido la guerra: en el siglo XX murieron más personas a consecuencia de conflictos armados (en los que

generalmente no tenían nada que ver las víctimas respectivas), que como resultado de las enfermedades citadas.⁶⁴ Este hecho, dramático, no fue ajeno al mismísimo Virchow, quien además de ser el gran referente para la patología actual, fue el primero que propone algo que la medicina debe repensar en la actualidad muy seriamente: la medicina es una ciencia social. Aunque no se ha otorgado el crédito suficiente a Virchow,⁶⁵ los constantes descubrimientos y redescubrimientos en torno a su obra⁶⁶ hacen pensar que si el gran aporte de Virchow a la medicina del siglo XX fue la configuración de la Anatomía Patológica, su aporte para el siglo XXI podría ser la Medicina Social.⁶⁷ Nuevamente, la Patología se encontraría en el eje del cambio paradigmático: si hubo un giro en el pensamiento médico con el método anatomo-clínico gracias a la Patología, puede ocurrir otro giro del pensamiento, ahora de tipo “socioclínico”.

REFERENCIAS

1. Scott CE. The power of medicine, the power of ethics. *J Med Philos* 1987;12(4):335-350.
2. Raikos A, Paraskevas GK, Tzika M, Kordali P, Tsafka-Tsotskou F, Natsis K. Human body exhibitions: public opinion of young individuals and contemporary bioethics. *Surg Radiol Anat* 2012 Jan 1 [Epub ahead of print] DOI: 10.1007/s00276-011-0925-4
3. Testa C, Schiavina R, Lodi R, Salizzoni E, Corti B, Farsad M, Kurhanewicz J, Manferrari F, Brunocilla E, Tonon C, Monetti N, Castellucci P, Fanti S, Coe M, Grigioni WF, Martorana G, Canini R, Barbiroli B. Prostate cancer: sextant localization with MR imaging, MR spectroscopy, and ¹¹C-choline PET/CT. *Radiology* 2007;244(3):797-806.
4. Namal A. Dr. Rosa Maria Rössler (Wien 1901 – İstanbul 1954): Ihr Wirken in Istanbul und ihr Beitrag zur türkischen Medizin [Dr. Rosa Maria Rössler (Wien 1901 – İstanbul 1954): her work in Istanbul and her contribution to Turkish medicine]. *Wien Klin Wochenschr* 2007;119(21-22):663-668.
5. Hick C. The art of perception: from the life world to the medical gaze and back again. *Med Health Care Philos* 1999;2(2):129-140.
6. Yıldırım N. Mekteb-i Tıbbiye-i Şâhâne'nin İlk Deontoloji Hocası Rusinyan Efendi [Nahabed Roussignan, the first professor of deontology at the Royal School of Medicine]. *Yeni Tip Tarihi Arastirmaları* 1995;1:148-161.
7. Basso C, Wichter T, Danieli GA, Corrado D, Czarnowska E, Fontaine G, McKenna WJ, Nava A, Protonotarios N, Antoniades L, Włodarska K, D'Alessi F, Thiene G. Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy: clinical registry and database, evaluation of therapies, pathology registry, DNA banking. *Eur Heart J* 2004;25(6):531-534.
8. Shoja MM, Tubbs RS, Loukas M, Shokouhi G, Ardalan MR. Marie-François Xavier Bichat (1771-1802) and his contributions to the foundations of pathological anatomy and modern medicine. *Ann Anat* 2008;190(5):413-420.
9. Montironi R, Lopez-Beltran A, Cheng L, Scarpelli M. Words of wisdom. Re: "No pay, no play": the end of professional ethics in pathology? *Eur Urol* 2012;61(2):424-425.
10. Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. *Med Clin (Barc)* 1989;93(3):100-102.
11. Lazaro J, Gracia D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An Sist Sanit Navar* 2006;29(Supl. 3):7-17.
12. Gracia D. La relación clínica. En: Gracia D. *Ética y Vida. Estudios de Bioética No. 2. Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 2001. p. 61-67.
13. Val-Bernal JF, Garito MF. Hipócrates y su vigencia en la anatomía patológica actual. *Rev Esp Patol* 2003;36(1):95-100.
14. DuBose ER, Hamel RP, O'Connell LJ. (Eds.) *A matter of principles? Ferment in U.S. bioethics*. Valley Forge, Pennsylvania: Trinity Press International; 1994.
15. Gillon R, Lloyd A. (Eds.) *Principles of health care ethics*. Baffins Lane, Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons; 1994.
16. Baron DN. Ethical issues and clinical pathology. *J Appl Phil* 1992;9(2):189-202.
17. Baron DN. Ethical issues and clinical pathology. *J Clin Pathol* 1993;46(5):385-387.
18. Gracia D. *Bioética clínica*. En: Gracia D. *Ética y Vida. Estudios de Bioética No. 2. Bioética clínica*. Bogotá: El Búho; 2001. p. 13-18.
19. Gracia D. The structure of medical knowledge in Aristotle's philosophy. *Sudhoffs Archiv* 1978;62(1):1-36.
20. Foucar E. Diagnostic decision-making in anatomic pathology. *Am J Clin Pathol* 2001;116(Suppl 1):S21-S33.
21. Pena GP, Andrade-Filho Jde S. How does a pathologist make a diagnosis? *Arch Pathol Lab Med* 2009;133(1):124-132.
22. Heffner DK, Adair CF. Clarity on the diagnosis line (the devil is in the details). *Ann Diagn Pathol* 1999;3(3):187-191.
23. Ruby SG. Clinician interpretation of pathology reports: confusion or comprehension? *Arch Pathol Lab Med* 2000;124(7):943-944.
24. Gracia D. Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Bioética* 2000;8(1):79-87.
25. Gracia D. *Medice, cura te ipsum. Sobre la salud física y mental de los profesionales sanitarios*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina; 2004.
26. International Agency for Research on Cancer. La OMS considera cancerígeno el formaldehído. *Rev Esp Patol* 2005;38(1):62-63.
27. Dada MA, McQuoid-Mason DJ. Medico-legal aspects of pathology – current dilemmas regarding confidentiality and disclosure. *S Afr Med J* 2005;95(11):875-877.
28. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (Eds); Committee on Quality Health Care in America, Institute of Medicine. *To err is human: Building a safer health system*. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
29. Foucar E. Error in anatomic pathology. *Am J Clin Pathol* 2001;116(Suppl 1):S34-S46.
30. Foucar E. Classification of error in anatomic pathology: a proposal for an evidence-based standard. *Semin Diagn Pathol* 2005;22(2):139-146.
31. Aporta R, Molina MA, García JR, Moreno I, Chamorro C, Esquivias JJ. Sistemas expertos en anatomía patológica: un futuro común para la Medicina. *Rev Esp Patol* 2001;34(3):233-241.
32. Dintzis SM, Gallagher TH. Disclosing harmful pathology errors to patients. *Am J Clin Pathol* 2009;131(4):463-465.

33. Hernandez JS. "No pay, no play": the end of professional ethics in pathology? *Arch Pathol Lab Med* 2011;135(10):1246.
34. Brodie SJ, de la Rosa C, Howe JG, Crouch J, Travis WD, Diem K. Pediatric AIDS-associated lymphocytic interstitial pneumonia and pulmonary arterio-occlusive disease: Role of VCAM-1/VLA-4 adhesion pathway and human herpesviruses. *Am J Pathol* 1999;154(5):1453-1464.
35. Note of concern. *Am J Pathol* 2010;177(4):2147.
36. Jargin SV. Russian pathology and scientific misconduct. *Indian J Pathol Microbiol* 2009;52(3):443.
37. Friedman TL. The world is flat. The Globalized World in the Twenty-First Century. London: Penguin Books; 2006.
38. Ariza A. La Patología y los cambios de paradigma: de vuelta al futuro. *Rev Esp Patol* 2007;40(1):1-2.
39. Álvarez-Díaz JA. El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética. *Rev Fac Med UNAM* 2008;51(6):249-251.
40. Álvarez-Díaz JA. El estatus del embrión humano desde el gradualismo. *Gac Med Mex* 2007;143(3):267-277.
41. Álvarez-Díaz JA. El derecho a la salud y el acceso a las técnicas de reproducción humana asistida (TRHA). En: Saint Martin F. P. y León Parra, B. La medicina social en México II. Globalización neoliberal. México, DF: ALAMES Región México A. C., ENAH - Cuerpo Académico "Diversidad bio-social contemporánea"; PromeP y Ediciones y Gráficos Eón; 2010. p. 35-44.
42. Gracia D. Determinación del momento de la muerte. Consecuencias éticas. En: Gracia D. Ética y Vida. Estudios de Bioética No. 3. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Búho; 2001. p. 331-343.
43. Gracia D. Extracción de órganos a corazón parado. En: Gracia D. Ética y Vida. Estudios de Bioética No. 3. Ética de los confines de la vida. Bogotá: El Búho; 2001. p. 345-353.
44. Rothman CM. A method for obtaining viable sperm in the postmortem state. *Fertil Steril* 1980;34(5):512.
45. Dionne EJ. A French widow sues over sperm. *N Y Times (Print)* 1984 Jul 2:A7.
46. Ambroselli C. France: A National Committee debates the issues. *Hastings Cent Rep* 1984;14(6):20-21.
47. Dionne EJ. Widow wins Paris case for husband's sperm. *N Y Times (Print)* 1984 Aug 2:A9.
48. El médico de Corinne Parpalaix confirma el fracaso de la inseminación artificial con el esperma de su marido fallecido. *El País*. 12 de enero de 1985. Disponible en URL: http://elpais.com/diario/1985/01/12/sociedad/474332405_850215.html
49. Allen JE: Woman pregnant by sperm from corpse. Associated Press. July 15 1998. AP Online REF5618.
50. Lota L. Baby Born from Dead Father's Sperm. Associated Press. March 26 1999. AP Online REF5876.
51. Shefi S, Raviv G, Eisenberg ML, Weissenberg R, Jalalian L, Levron J, Band G, Turek PJ, Madgar I. Posthumous sperm retrieval: Analysis of time interval to harvest sperm. *Hum Reprod* 2006;21(11):2890-2893.
52. Christensen GL. Sperm preparation for artificial insemination. En: Carrell DT, Peterson CM (Eds.). Reproductive endocrinology and infertility: Integrating modern clinical and laboratory practice. New York: Springer; 2010.
53. ESHRE Task Force on Ethics and Law, Pennings G, de Wert G, Shenfield F, Cohen J, Devroey P, Tarlatzis B. ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction. *Hum Reprod* 2006;21(12):3050-3053.
54. Anaya A. Aprovechamiento completo de la patología en el hospital. Un problema de cultura. *Rev Esp Patol* 2002; 35(2):123-125.
55. Estañol B. La invención del método anatomoclínico. México: UNAM; 1996.
56. Anaya A. CPC, la sesión clínico patológica. Un índice fácilmente valorable de la vida hospitalaria y del arraigo en ella de la patología. *Rev Esp Patol* 2002;35(3):243-246.
57. Gutiérrez Hoyos A. La historia de la Patología en quinientas cincuenta palabras y monosílabos. *Rev Esp Patol* 2004;37(3):353-354.
58. Rothstein WG. Pathology: the evolution of a specialty in American medicine. *Med Care* 1979;17(10):975-988.
59. Lin JI. Virchow's pathological reports on Frederick III's cancer. *N Eng J Med* 1984;311(19):1261-1264.
60. Michaud K, Fellmann F, Abriel H, Beckmann JS, Mangin P, Elger BS. Molecular autopsy in sudden cardiac death and its implication for families: discussion of the practical, legal and ethical aspects of the multidisciplinary collaboration. *Swiss Med Wkly* 2009;139(49-50):712-718.
61. Álvarez-Díaz JA, Lolas-Stepke F, Outomuro D. Historia de la ética en investigación con seres humanos. En: Lolas F, Quezada A, Rodríguez E. (Ed.). Investigación en salud. Dimensión ética. Santiago: Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile; 2006. p. 39-46.
62. Thomsen JL. The role of the pathologist in human rights abuses. *J Clin Pathol* 2000;53(8):569-572.
63. Braun L, Kisting S. Asbestos-related disease in South Africa. The social production of an invisible epidemic. *Am J Public Health* 2006;96(8):1386-1396.
64. Lipton J. New vital signs: Social medicine and the crossroads between clinician and community. *Einstein Quart J Biol Med* 2000;17(2):98-99.
65. Pridan D. Rudolf Virchow and social medicine in historical perspective. *Med Hist* 1964;8:274-278.
66. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social* 2006;1(1):5-10.
67. DeWalt DA, Pincus T. The legacies of Rudolf Virchow: Cellular medicine in the 20th century and social medicine in the 21st century. *Isr Med Assoc J* 2003;5(6):395-397.