

## BIOÉTICA Y LA PRÁCTICA ACTUAL DE LA MEDICINA

Ruy Pérez Tamayo

La práctica de la medicina en estos tiempos enfrenta numerosos problemas éticos, algunos tan antiguos como el arte mismo y otros que se han ido agregando a lo largo de la historia, sobre todo en épocas recientes. El aumento progresivo en los conocimientos científicos y en las distintas habilidades técnicas que exige la medicina ha hecho imposible resistir la especialización, lo que ha traído grandes beneficios, al aumentar la eficiencia de la atención médica en todas las áreas, pero al mismo tiempo ha creado nuevos problemas de ética médica. Pero la ciencia y la tecnología no han sido las únicas fuentes del aumento en la complejidad de la profesión; también han contribuido en forma importante sus transformaciones social y económica, que han crecido en importancia sobre todo en el siglo XX, a las que se han sumado la explosión demográfica y la globalización, para mencionar a sólo dos fenómenos más que también influyen en la problemática médica actual.

A lo largo de la historia, los médicos nos hemos enfrentado a los problemas éticos de nuestra profesión con más o menos éxito, casi siempre dentro del contexto cultural de la época, al principio apoyados en la mitología o en la religión prevalente, más tarde en códigos más profesionales y con más atención a los objetivos de la medicina, pero hasta mediados del siglo XX lo habíamos hecho solos, dentro de nuestra comunidad y de acuerdo con nuestro muy leal

saber y entender. Durante siglos el Juramento Hipocrático se sostuvo como el documento más representativo de la ética médica, a pesar de que data del siglo V a.C. y se refiere a una sociedad que en poco tiempo cambió radicalmente su estructura y sus valores; quizá su persistencia como el *sumum* de la moralidad médica se deba a que casi nadie lo leía, y los pocos que lo hacían lo reinterpretaban para adaptarlo a las necesidades y valores de sus respectivos tiempos. Ustedes lo habrán visto reproducido en la base de la estatua de Hipócrates que adorna el vestíbulo de esta sala; sería interesante hacer una encuesta entre los profesores y los estudiantes de medicina actuales de nuestra Facultad para saber cuántos han leído ese Juramento, y cuántos de ellos se acuerdan de lo que dice. Apuesto a que la primera cifra sería cercana a 0 y la segunda todavía menos que eso. Pero hasta principios de los 70s del siglo XX la ética médica fue asunto de los médicos. Quizá la voz de alarma, de que algo iba a cambiar pronto, la dió Toulmin en 1982 cuando escribió su famoso artículo titulado: *Cómo la medicina salvó la vida de la ética*. En ese texto Toulmin argumenta que a lo largo de su historia la ética como rama de la filosofía se fue haciendo cada vez más general, ocupándose principalmente de:

*“...reglas generales para la conducta del debate racional, o la expresión de actitudes morales, definidas en términos de metaética. Este era todavía el estado de cosas en la filosofía moral anglo-americana a fines de los 50s y principios de los 60s, cuando la atención pública empezó a enfocarse en problemas de ética médica. En esa época, los intereses centrales de los filósofos se habían hecho tan abstractos y tan generales – y sobre todo, tan*

*analíticos o definicionales – que en efecto habían perdido todo contacto con los asuntos concretos y particulares que surgen de la práctica real, ya sea en la medicina o en cualquier otro campo.”*

Toulmin cierra sus importantes reflexiones con un párrafo que parece profético y que se aplica a la reunión que hoy iniciamos en conjunto la International Association of Bioethics, el Colegio de Bioética y la Facultad de Medicina de la UNAM. Ese párrafo dice:

*“Al margen de lo que traiga el futuro, estos 20 años de interacción con la medicina, las leyes y otras profesiones han tenido efectos espectaculares e irreversibles sobre los métodos y contenido de la ética filosófica. Al reintroducir en el debate ético los tópicos complejos surgidos de casos particulares, han obligado a los filósofos a referirse una vez más a los problemas aristotélicos del razonamiento práctico, que se habían dejado de lado durante demasiado tiempo. En este sentido es que podemos decir que, durante los últimos 20 años, la medicina ha “salvado la vida de la ética” y que le ha devuelto a la ética la seriedad y la relevancia humana que – al menos en los escritos del período comprendido entre las dos guerras mundiales – parecía haber perdido para siempre.”*

Ni en su bibliografía ni en su texto Toulmin menciona a Potter, quien en 1971 había acuñado el término *bioética*, y lo había popularizado en su famoso libro *Bioethics: A Bridge to the Future*, publicado en 1972. El llamado de Potter había sido, como bien sabemos, la urgencia de incorporar los nuevos

conocimientos científicos, especialmente en biología, a la regulación del comportamiento humano en relación con el mundo que nos rodea con objeto de evitar el ecocidio cada vez más extenso, o sea derivar a la ética no de la filosofía sino de la ciencia, y en especial de la biología, para asegurar la supervivencia del mundo como lo conocemos.

He mencionado a Toulmin y a Potter porque, cada uno a su manera, vieron la importancia del tema que nos ocupa en este Simposio Internacional de Bioética, que es *Bioética, Salud y Justicia Social*. Se trata de los puntos de contacto de la bioética con dos aspectos eminentemente prácticos de la convivencia humana, que conviene examinar en forma analítica pero sin despegarnos de las circunstancias específicas de grupos humanos definidos, tal como ocurren en la realidad. Ni los problemas de salud y justicia social ni sus posibles soluciones (si es que las tienen) pueden entenderse y hasta debatirse en forma racional y constructiva a partir de generalidades abstractas que pretendan ser relevantes a casos particulares en distintas comunidades; los dilemas éticos de la salud en México tienen orígenes y expresiones muy distintas a los de Brasil o Nigeria, y no se diga con los propios de países desarrollados, como Holanda o Italia.

Yo voy a ocuparme brevemente de algunos problemas de bioética surgidos de la práctica actual de la medicina en México, con especial atención a la salud y a la justicia social. El campo es muy amplio, por lo que pretender cubrirlo en su totalidad obligaría a hacerlo con generalidades poco prácticas, que es precisamente de lo que queremos escapar. Voy a limitarme a sólo un aspecto

que es el de la ética (o bioética) de la accesibilidad a la atención a la salud de la población de nuestro país. Como veremos, este problema está íntimamente ligado con la justicia social, lo que desde luego no es privativo de nuestro país.

La protección de la salud es uno de los derechos humanos fundamentales. Así lo reconoce nuestra Constitución, que en el Artículo 4º , párrafo 4 dice: *“Toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción 16 del artículo 73 d esta Constitución.”* Este párrafo se agregó a la Constitución el 3 de febrero de 1983, con los siguientes propósitos: 1) lograr el bienestar físico y mental del mexicano, contribuyendo el Estado al ejercicio pleno de sus capacidades humanas; 2) prolongar y mejorar la calidad de vida en todos nuestros sectores sociales, sobre todo los más desprotegidos, a quienes es preciso otorgar los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de las condiciones de salud que contribuyan al desarrollo armónico de la sociedad; 3) crear y extender, en lo posible, toda clase de actitudes solidarias y responsables de la población, tanto en la conservación y preservación de la salud, como en el mejoramiento y conservación de las condiciones generales de vida, con la idea de lograr para el mexicano una existencia decorosa; 4) el disfrute de servicios de salud y asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de nuestra población; 5) impulsar los conocimientos técnicos y sociales para el

adecuado aprovechamiento y empleo de los servicios de salud; y 6) desarrollar la enseñanza e investigación científica para la salud.

En relación con este párrafo del artículo 4º de nuestra Constitución, el Dr. Sergio García Ramírez señala, en su magnífico libro *La Responsabilidad Penal del Médico*, lo siguiente: “Nótese que esta disposición no habla, ni podría hacerlo, so pena de caer en lo absurdo, de que toda persona tenga “derecho a la salud”. El derecho individual tiene otro alcance, para que sea accesible y racional: “protección a la salud”, es decir, derecho a condiciones que preserven ese bien precioso.” Para cumplir con este objetivo el Estado cuenta con el Sistema Nacional de Salud, constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas de los sectores social y privado, que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tiene por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud, de acuerdo con el artículo 5º de la Ley General de Salud.

En nuestro país existen tres grandes sistemas de atención a la salud, que pueden caracterizarse como 1) las instituciones privadas, que atienden al sector económicamente más favorecido de la población, que representa un porcentaje no mayor del 10%; 2) las organizaciones paraestatales conocidas como IMSS, ISSTE, los organismos equivalentes de las Fuerzas Armadas y algunos otros servicios públicos descentralizados, cuyos afiliados son los trabajadores asalariados y sus familiares, que suman cerca del 40% de la población, y 3) la SS, con los Institutos Nacionales de Salud y otras dependencias, así como las

instituciones dependientes de los servicios de salud de los estados, que se encargan de la salud del resto de los habitantes del país, que constituyen un 60% de la población actual. Desde luego, el presupuesto *per capita* en cada una de esas instituciones es muy diferente, lo que se refleja no sólo en la distinta accesibilidad a tecnologías diagnósticas y terapéuticas de segundo y tercer nivel sino también en la calidad de la atención médica de primer nivel, como se lleva a cabo en clínicas y consultorios rurales. Las carencias económicas afectan principalmente a los sistemas de salud 2 y 3 mencionados en forma muy distinta pero siempre grave, dependiendo sobre todo de la región geográfica de que se trate: no es lo mismo para un campesino enfermarse en el estado de Morelos que en el estado de Oaxaca. Todo esto lo sabemos muy bien los médicos mexicanos, aunque debo decir que los que tenemos ya más de 50 años de practicar la medicina en nuestro país y podemos comparar la situación de hace medio siglo con la actual debemos estar no sólo satisfechos sino orgullosos de lo mucho que se ha logrado en ese lapso de apenas diez lustros.

¿Qué tiene que ver lo anterior con la bioética? ¿De qué manera se establece una relación entre los problemas de la accesibilidad desigual a servicios de salud de excelencia de diferentes sectores de la población y la bioética? ¿No es esta compleja problemática un síntoma de la verdadera enfermedad, una manifestación más de algo más profundo, que también afecta a otros aspectos igualmente importantes de la vida de la sociedad, como la educación, la participación cívica, la autonomía cultural, la libertad de expresión, etc.? Creo que la respuesta a estas interrogantes es siempre la misma, es la *injusticia*

*social*. El problema es tan antiguo como la nación mexicana, o sea que se inició en 1521, con la derrota de Tenochtitlán y el surgimiento de México, que entonces se llamó la Nueva España. El propio Hernán Cortés diseñó la llamada *traza* de la ciudad de México: en la parte central, y construida sobre las ruinas (y en gran parte con las mismas piedras) de los templos aztecas, estaban las viviendas de los españoles conquistadores, mientras que en la periferia se localizaban las habitaciones de los indígenas, que entonces eran esclavos, sirvientes y animales (pues se discutía, por el padre Sepúlveda, si tenían o no alma). Dos clases de sociedad, dos niveles de humanidad, dos tipos de privilegios: la discriminación entre dos grupos de individuos basada en los criterios de la época: poder y religión, aunque ninguno de esos dos criterios ocultaba su verdadero objetivo, que era (naturalmente) económico.

La Nueva España conservó durante los 3 siglos siguientes la misma desigualdad social. Cuando en 1810 estalló el movimiento de independencia, el único principio esgrimido por los revolucionarios para reivindicar su condición de seres humanos era la abolición de la esclavitud, que México tiene el orgullo de ser el primer país del continente americano de haberla logrado, por lo menos en un documento oficial, en 1811. Como todos sabemos, la revolución de independencia casi fracasó por completo, con la captura y muerte de sus principales líderes, Hidalgo y Morelos, y sólo se consumó gracias a un general español, Agustín de Iturbide, quien igual que Napoleón, en cuanto probó el triunfo se olvidó de sus ideas liberales y se declaró Emperador. El Primer Imperio Mexicano no hizo nada por aliviar las graves y profundas diferencias en

la sociedad mexicana (los gachupines dueños de todo y los indios dueños de la miseria) pero por fortuna duró muy poco. Desde 18XX hasta 1910 la estructura económica y política de México sufrió muchos cambios (guerras, invasiones, pérdida de la mitad del territorio, otro Imperio (esta vez austriaco), guerras, las leyes de Reforma, más guerras, el Porfiriato) pero sin cambiar su estructura feudal clasista, tan discriminativa y tan rigurosa como la de las castas en la India. Con la Revolución carrancista (la maderista fue puramente política) se inició un primer intento de reivindicar al indígena mexicano como ciudadano de primera clase, pero fue Vasconcelos quien encendió la mecha del nacionalismo en nuestro país, a principios de los años 30s. Aclaro que no soy vasconcelista (de hecho, soy antivasconcelista en casi todo, menos en su insistencia en la cultura popular), pero Vasconcelos patrocinó la creación de las escuelas primarias populares, creó cientos de bibliotecas públicas y miles de escuelas primarias en los sitios más alejados e improbables de nuestro país, y apoyó el desarrollo del muralismo mexicano. El resultado de su actividad casi mesiánica fue un impacto permanente no sólo en México sino en otros países del Continente, lo que le valió el sobrenombre de "Maestro de América", que en mi opinión le queda un poco grande.

Pero nuestro tema era la injusticia social, la separación de los miembros de una misma comunidad humana en dos clases con diferentes personalidades civiles, derechos legales y oportunidades de desarrollo, basada en criterios como origen racial y familiar, dominio del idioma oficial, color de piel, distribución del vello facial, costumbres, religión, y hasta relaciones personales. Una clase

era la privilegiada y dominante: españoles blancos, barbados y ricos, comerciantes, católicos y descendientes de sujetos con las mismas características. La otra clase era igualmente característica: nativos morenos y lampiños, guerreros y/o campesinos (aunque también hubo príncipes y altos dignatarios de sus dioses, y con ancestros similares) que fue brutalmente sometida a obediencia siguiendo los estándares de la época.

Con la Revolución de 1910 se abrió por primera vez la posibilidad de iniciar una reducción progresiva de la injusticia social, pero con el triunfo de los caudillos sonorenses este objetivo se diluyó hasta casi olvidarse, ocupados como estaban en la disputa por el poder político. El único presidente de México que hizo un intento genuino y sostenido durante todo su sexenio por reducir las enormes diferencias entre las distintas clases sociales y económicas del país fue Lázaro Cárdenas, quien revivió varias de las iniciativas vasconcelistas e intentó implantar una estructura socialista en la educación y en otros aspectos de la sociedad, pero su proyecto se interrumpió al terminar su gobierno y en los siguientes sexenios se regresó al sistema capitalista, con énfasis en la industrialización y más recientemente al neoliberalismo, con abandono del campo y de los campesinos.

Una consecuencia de esta política de crecimiento económico fue el desarrollo desigual de las instituciones de atención a la salud y a la seguridad social. Las primeras en surgir fueron las dependientes directamente del Estado, que siempre tuvieron presupuestos totalmente insuficientes para enfrentar la demanda de servicios de la población entera con una oferta adecuada y de alta

calidad. Instituciones como el Ejército, PEMEX y los Ferrocarriles Nacionales establecieron sus propios servicios de salud, y a mediados del siglo pasado surgieron primero el IMSS y pronto después el ISSSTE, para cubrir las necesidades de los trabajadores asalariados. El resto de la población debió conformarse con la atención proporcionada por la SS y las dependencias estatales correspondientes.

En su famoso libro *Principles of Biomedical Ethics* (cuya 5ª ed se publicó en 2001), Beauchamp y Childress presentan una lista de los principios morales que han servido para construir la mayor parte de los códigos de ética médica contemporáneos, que son: 1) respeto por la autonomía del paciente, 2) veracidad, 3) no hacer daño, 4) hacer el bien, 5) vigilar que el acceso a las facilidades médicas se haga con toda justicia, porque todos los seres humanos tienen los mismos derechos a una atención a la salud oportuna y de la misma calidad, 6) confidencialidad. Es el punto 5 el que nos interesa en este momento, porque es precisamente lo que no ocurre en la realidad. La distribución de la atención a la salud en nuestra sociedad es injusta y viola los derechos de una parte muy importante de la población, por lo que representa una falta de ética por parte de los responsables, o sea del Estado. Es claro que la situación señalada no ocurre por sí sola, sino que es uno de los componentes de la injusticia social, que también incluye la atención insuficiente a la educación, a las comunicaciones, al saneamiento ambiental, y a todos los beneficios que la incorporación a la sociedad de todos los miembros que la componen debería implicar.

En México, la toma de conciencia de esta situación ha llevado al presente régimen a intentar hacer algo para remediarla, en la medida de lo posible. Me refiero al Seguro Popular, cuyo objetivo es hacer accesible la atención a la salud al sector de la población que hasta ahora lo ha tenido más alejado, o de plano no lo ha tenido. Los problemas que deben resolverse son muchos y complejos, empezando por la limitación de los recursos y siguiendo por la insuficiencia de instituciones y equipos para enfrentar la demanda con una oferta de buena calidad. El trabajador libre que adquiere un Seguro Popular puede asistir, cuando su salud lo necesite, a las instituciones ya existentes para ser atendido; el problema es que estas instituciones ya se encuentran sobrecapacitadas por la demanda de servicios, siempre mayor que sus capacidades de atención, y no se están construyendo nuevas no sólo para aliviar a las que ya existen sino para poder ofrecer servicios de calidad a la nueva avalancha de pacientes creada por el Seguro Popular.

El problema del acceso desigual a la atención médica sí es, en mi opinión, un problema de ética *médica*, porque interfiere con los objetivos específicos de la medicina. Estos objetivos son solamente tres: 1) preservar la salud, 2) curar, o cuando no se puede curar, aliviar, y siempre acompañar y consolar al enfermo, y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias. Estos objetivos se cumplen mejor cuando la relación médico:paciente es óptima, o sea cuando se establece en forma oportuna, el médico está capacitado para identificar el problema y manejarlo con eficiencia, y la institución cuenta con los medios para ello. Por lo tanto, todo lo que favorezca este tipo de relación médico:paciente será

éticamente bueno, y todo lo que interfiera con ella será éticamente malo. La escasa o nula accesibilidad a este tipo de servicios de salud de un sector muy importante de la población, sea por problemas educativos, geográficos o económicos, interfiere con todo el proceso y por lo tanto es una falta de ética médica.

Pero el problema de accesibilidad discriminatoria a los servicios de salud también le corresponde a la bioética, porque esta incluye a la ética médica aunque no se agota con ella ni mucho menos. De hecho, es la percepción de este tipo de problemas más generales, que afectan a la medicina pero que van más allá de los aspectos estrictamente específicos de la profesión, lo que hizo a Potter crear el término *bioética*. Porque la injusticia social no sólo se refleja en acceso limitado a la salud sino también a otras muchas cosas que también afectan a los seres humanos, y a través de ellos al resto del mundo vivo. Potter inició su famoso artículo *Bioethics: A Bridge to the Future*, con las siguientes palabras:

*“La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y la mejoría de su calidad de vida. Este concepto de la sabiduría como guía para actuar – el conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social – podría llamarse la “ciencia de la supervivencia” y sería un requisito para mejorar la calidad de la vida. Yo postulo que la ciencia de la supervivencia debe cimentarse en la biología, ampliada más allá de sus límites*

*tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y de las humanidades, con énfasis en la filosofía en sentido estricto, o sea en el “amor a la sabiduría”. La ciencia de la supervivencia debe ser más que una ciencia, y para ello propongo el nombre de “bioética” con objeto de subrayar los dos ingredientes más importantes para alcanzar la nueva sabiduría que necesitamos tan desesperadamente: el conocimiento biológico y los valores humanos.”*

Muchas gracias.