

tucional o legal, existen en diversos países de Latinoamérica, incluso de larga data: tal es el caso de Brasil, con su mandato de seguridad, Argentina, Venezuela y Uruguay, por citar sólo algunos ejemplos. El caso colombiano merece mención expresa: la acción de tutela instituida por la Constitución de 1991, ha dado lugar a numerosos pronunciamientos de la Corte Constitucional, exigiendo a los centros de asistencia médica prestaciones de carácter gravoso, con lo que ha planteado una serie de cuestiones apasionantes en el plano jurídico, que aquí sería imposible referir por su extensión.

Entre tanto, nuevas formas de prevenir y dirimir algunas de tales situaciones se instalan en el escenario del derecho comparado latinoamericano: el ejemplo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México es sin duda digno de ser examinado. Ustedes tendrán ocasión de hacerlo en estas jornadas, pero desde ya puede afirmarse que nos encontramos frente a un cuerpo normativo y a una institución que, reconociendo y afrontando la realidad existente, procura proveer –para ciertos conflictos eventuales– soluciones alternativas más eficaces, más equilibradas y más rápidas; y, sobre todo, propender al mejoramiento efectivo de la relación médico-paciente, a través de formas apropiadas también para la prevención y evitación de los problemas que podrían plantearse.

La experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México es seguida actualmente con interés en muchas partes de América Latina, según hemos tenido ocasión de verificarlo. Que ello esté ocurriendo, inclusive al punto de adoptarse o hallarse en vías de adopción normas relativamente semejantes en otros países, revela la enorme trascendencia que tiene en la actualidad el conocimiento por parte de los médicos del conjunto de disposiciones legales reguladoras de su actividad. En ese sentido, todas aquellas instituciones que, de una manera directa o indirecta, propenden a extender y difundir tales conocimientos cumplen sin duda una función de alta relevancia social.

### Fronteras filosóficas de la medicina

**DR. LUIS FERNANDO MACÍAS GARCÍA**

*Sociólogo por la Universidad Autónoma Metropolitana. Maestría en la Universidad de Lovaina. Doctorado en Sociología del desarrollo en la Universidad Católica de Lovaina (Bélgica), con una tesis sobre la modernización rural en México. Profesor titular "A" de la Universidad de Guanajuato y miembro del Sistema Nacional de Investigadores. Fue jefe de planeación y evaluación en la Secretaría de Educación del Estado de Guanajuato. Consultor sobre políticas comunitarias en la misión de México ante la Unión Europea en Bruselas. Es miembro del consejo directivo de la Fundación Ecológica de Guanajuato y de la Fundación Ecológica Oikos de Venezuela.*

*Consejero Electoral del Instituto Federal Electoral para el estado de Guanajuato, 1997, 2000 y 2003. Profesor en diversas universidades. Actualmente secretario técnico del Consejo Estatal de Población de Guanajuato.*

Los tiempos nuevos dirigen la atención hacia un conjunto de nuevos enfoques en los distintos ámbitos de la llamada ética aplicada –la bioética, la genética, la ética de la empresa y de la educación, la ética de la información y la ecoética–. Esta renovación conceptual ha sido inducida, en buena parte, por la necesidad de incluir esquemas multidisciplinarios para la comprensión del hombre como un interlocutor válido al que es imperativo tener en cuenta en las decisiones que le afectan, y que es en definitiva la exigencia de influir tanto en la dirección como en el ritmo de pautas democráticas en sus diversas manifestaciones.

Los nuevos enfoques analíticos de la bioética pasan a ocuparse, principalmente, de la rica gama de fenómenos vitales, desde las cuestiones ecológicas a las clínicas, desde la investigación con humanos al problema de los presuntos derechos de los animales. Se trata, pues, de suministrar información útil para ejercer la doble dimensión de cada persona: la dimensión de *autonomía*, por la que se es capaz de conectar con todo otro hombre, y la de *autorrealización* que a cada uno conviene estableciéndose un espacio entre universalidad y diferencias, *comunidad humana e irrepetibilidad personal*. Hombre y Sociedad. En este contexto, –que se espera público– la educación sigue siendo ese ámbito conciliador donde los diálogos podrían empezar a ser los que nos ayuden a encontrar lo más entrañablemente humano (A. Cortina, 1993), y que auspician la investigación de la dimensión social de la ética aplicada y la democracia desde una perspectiva interdisciplinaria en el ámbito de las llamadas ciencias de la salud. Veamos en primer lugar, la bioética como un modo de enfocar la ética desde la defensa de la vida amenazada, que requiere, para ser responsable, operativizarse en derecho y política.

Para captar orígenes comunes, nos tenemos que remontar a las raíces de la bioética que descubre exigencias morales y que tales exigencias, reclaman un correspondiente bioderecho, que ponga las condiciones para hacer efectiva su satisfacción al interior de un ordenamiento jurídico, y una biopolítica, que organice internacionalmente las instituciones y mecanismos para dar cauce a la efectiva satisfacción de las exigencias morales (D. Gracia, 1991).

A su vez, los principios de la bioética, a diferencia de otras formas de ética aplicada, se han ido enriqueciendo con unos principios éticos específicos, que van siendo reconocidos universalmente. Con ello el procedimiento de la ética aplicada no puede consistir en tomar unos principios con contenidos de una supuesta Ética General y en aplicarlos a los problemas de decisión, sino en indagar en cada actividad concreta qué principios y valores se han ido gene-

rando, principios y valores que expresan de forma peculiar los mínimos socialmente compartidos y racionalmente fundamentados: el respeto a los derechos humanos y los valores implícitos en el procedimentalismo ético (A. Cortina, 1993) que además influyeron sobre la producción de las ciencias de la salud que, tanto a nivel teórico como de estudio de caso, han conformado a la bioética como un objeto básico de análisis de los fenómenos a que se refieren las ciencias de la salud y las biotecnologías, fenómenos que despiertan especial interés por serlo, de la vida humana. Esta influencia se acompañó de variaciones metodológicas significativas. Se trata, en el caso de la bioética, de los principios formulados explícitamente por primera vez en el *Belmont Report* (1978), elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de Experimentación Biomédica y que, habiendo nacido con este objeto, han pasado a convertirse en principios de la bioética.

El objetivo de su formulación consiste en proporcionar unos principios éticos amplios, que otorguen las bases sobre las que pueden formularse, criticarse e interpretarse reglas más específicas, que entran en conflicto en el caso de la investigación con humanos. Porque, sin duda, en las decisiones concretas entran en conflicto reglas morales.

La ola de redemocratización de la bioética se ha visto acompañada de tres de sus principios, a través de relacionar los principios generales como meramente orientadores para la toma de decisiones y con sus factores determinantes:

1. El respeto por las personas, que incorpora dos convicciones éticas: los individuos deberían ser tratados como seres autónomos y que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.
2. El principio de beneficencia, las personas son tratadas de una forma ética, no solo respetando sus decisiones y protegiéndolas del daño, sino haciendo un esfuerzo por asegurar su bienestar.
3. El principio de justicia, que en su convicción de que se debe *hacer el bien* al enfermo ha constituido ese bien interno a la praxis médica. Hasta el punto de que la historia de la medicina es en buena medida la historia de un paternalismo médico.

Las estrategias de investigación de los análisis sobre los procedimientos de una ética aplicada han minimizado la importancia de la esfera jurídica como uno de los determinantes del desarrollo de la bioética, no solo en la conciencia médica, sino en la conciencia social; donde un individuo sea capaz de darse a sí mismo sus propias leyes, ya que viene a entrar en pugna con cualquier paternalismo político o médico cuando se empeñan en hacer feliz al ciudadano o al paciente según su propio concepto. Por el contrario, el estudio sobre las nociones de justicia y autonomía se plasman de modo paradigmático en la exigencia del conocimiento informado del paciente. El consentimiento informado resulta indispensable dado el poder médico sobre el pa-

ciente en virtud del avance tecnológico y farmacológico; poder que podría llevar a transformar al paciente sin contar con su voluntad expresa. Conforme a esta óptica metodológica, el tema del consentimiento informado del paciente va introduciéndose como necesario y estará determinado por la acción política.

En este sentido, las investigaciones sobre el tema que hoy me ocupa, se adhieren a un principio descubierto por los filósofos ya hace dos siglos y que empieza a ser reconocido por la clase médica; allí donde la Filosofía postula la vertiente dinámica de esa idea metafísica, desde la que quedaba caracterizado el concepto de persona, que dotaba al hombre de dignidad otorgándole un rango cualitativamente superior al de cualquier otro ser vivo.

Por esto, y refiriéndome a lo que respecta en este orden de cosas considero que las cualidades de valor como "dignidad", deben cumplir una función mediadora entre ciertos hechos y determinadas obligaciones, ya que aquello a lo que se reconoce un valor determinado es objeto a la vez de determinadas obligaciones. La primera está relacionada con la necesidad de definir quienes son aquellos que, por su *condición*, tienen que ser tratados de acuerdo con ella, es decir, es digno de un determinado trato. En segundo término, la respuesta kantiana a estas cuestiones es bien conocida y ha venido a convertirse en el *marco racional de fundamentación de la idea de dignidad personal*. Por último, hay que reconocer que este marco axiológico del valor absoluto o interno de las personas, en virtud del cual les reconocemos una dignidad, es la constante de las corrientes *deontológicas* que atraviesan la ilustración y se preocupan en el mundo moral más por los *derechos* de las personas.

Sin embargo, esta opción kantiana cree encontrar el fundamento del valor interno de la persona en el hecho metafísico de que sea el único ser capaz de darse leyes a sí mismo, es decir, el único ser capaz de autonomía resulta razonable si se considera la capacidad universalizadora de cada individuo y su peculiar idiosincracia, atribuyéndose la dignidad a tal capacidad y no al hombre concreto. De ahí, que no sea casual una de las metáforas elegidas al titular este artículo como una *frontera*. Con la utilización de esta metáfora, también se subraya la idea de que el espacio propio de la bioética se constituye como una acción orientada hacia la definición de las reglas.

Pese a ello, el objetivo básico del estudio sobre la ética aplicada se articula en torno al análisis de la categoría básica para interpretar al sujeto no desde la conciencia de auto-determinación, sino la del reconocimiento recíproco de la autonomía, simbólicamente mediado. (J. Habermas, 1991). Desde esta perspectiva, el término nos permite acuñar un nuevo modo de entender las relaciones entre *yo, individuo, sujeto y autonomía*, lo que conlleva la sustitución de valores.

Ello implica que los procedimientos bioéticos no siempre se circunscriban a transformaciones políticas, sino que también pueden afectar otros ámbitos. Así, además de la esfera

política, habría que referirse a la tecnológica, o a aquella otra que afecta al paradigma de la pragmática lingüística donde el sujeto no aparece como un observador, sino como un hablante que interactúa con un oyente. Las dos dimensiones que constituyen al sujeto son entonces la *autonomía personal* y la *autorrealización individual*. En este sentido, la autonomía, por la que nos reconocemos como personas, es descubierta en la *acción comunicativa*, en las situaciones concretas del habla, que supera, entre otras cosas, la separación kantiana entre los dos mundos, ya que ahora la autonomía no consiste en la represión de los intereses empíricos de cada sujeto, sino que el contenido del discurso práctico son los intereses de los individuos, insertos en la historia.

En este nivel es necesario cuestionarse sobre cuáles son las posibles rutas que pueden presentarse en el marco de un procedimiento democrático en los diversos ámbitos de la ética aplicada. En estas líneas, hago referencia exclusiva a los procedimientos de transición entre las ciencias aludidas, si bien es evidente que no todos los procesos terminan en una reinstauración democrática de saberes. Por el contrario, existen, al menos, otras dos posibilidades: la estabilización de algún tipo de forma híbrida que combine ciertos componentes paternalistas con la existencia restringida de principios participativos, o el fracaso global del impulso globalizador con el consiguiente retorno del autoritarismo médico.

Sin embargo, y de acuerdo a lo expuesto hasta ahora, sólo se hace referencia al estudio de los factores de carácter genérico que influyen o no en la redemocratización de las ciencias de la salud. Por lo tanto, esta estrategia analítica supone una taxonomía previa de las posibles *fronteras*, siendo necesario analizar cuales de sus combinaciones presagian un espacio de inclusión.

Una primera *frontera* de democratización tiene como dimensión central los *factores universalizables*, ya sean éticos o jurídico-políticos capaces de dar respuesta al reconocimiento como personas los interlocutores por ser afectados con capacidad de decisión o porque son capaces de asumir la perspectiva de la universalidad.

Una segunda *frontera* contempla, como dimensión central, los factores de naturaleza distintiva entre intereses que son defendibles con argumentos, y por lo tanto, aceptados por los demás interlocutores, y aquellos que por pertenecer a la propia idiosincracia, no son defendibles con argumentos que tengan que ser universalmente aceptados. En este marco, conviene seguir manteniendo la distinción entre *éticas de mínimos normativos universalizables*, y *éticas consiliatorias de máximos*, referidas a la especificidad idiosincracia de los individuos y los grupos, que han de ser respetadas en la medida que no violen los mínimos universalizables.

Finalmente, un tema al que hay que referirse desde el punto de vista democrático, la necesidad de construir una *técnica parlamentaria de saberes* que sugiera tanto la idea

de que el paciente es un sujeto capaz de y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones que le afectan vitalmente, como la idea de que el personal sanitario no tiene derecho a arrebatarse tales decisiones, salvo en los casos en que el grado de autonomía del paciente no sea suficiente como para dejar la decisión en sus manos. Y tiene derecho a ello porque *"desde una autonomía dialógicamente entendida, el paciente, tiene derecho a ser un interlocutor válido"* (A. Cortina, 1993).

### Tópicos selectos en la relación médico-paciente

DR. GABRIEL MANUELL LEE

*Médico cirujano por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) con especialidad en Medicina Interna, certificado por el Consejo de Especialidad. Asimismo ostenta el grado de master en dirección de Empresas (MEDEX-IPADE). Entre otras responsabilidades cabe mencionar que se desempeñó como subdirector médico del Hospital General «Dr. José María Rodríguez» (1988-1989), y director del Hospital General «Dr. Gustavo Baz Prada» (1989-1993), ambos hospitales de 144 camas, de la zona metropolitana. Más tarde director de operación y de servicios de salud del DIF del Estado de México (1993-1994). Ocupó el cargo de coordinador de asesores del subsecretario de servicios de salud y posteriormente del subsecretario de coordinación sectorial (1995-1999), y el de titular de la Dirección General de Extensión de Cobertura, en la Secretaría de Salud (2000). Es profesor de la Universidad Nacional Autónoma de México y autor de diversos artículos, y capítulos de libros científicos. Desde enero de 2001 se desempeña en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como Subcomisionado Nacional «A» de Arbitraje Médico.*

La Medicina y su práctica, han experimentado con el tiempo cambios muy importantes y actualmente observamos situaciones que hace pocos años no se presentaban o eran muy raras. Me refiero a que la relación médico-paciente era de franca confianza, credibilidad y por que no decirlo, fiabilidad, ya que, por lo general, el paciente admitía un margen de error y de posibles desviaciones o complicaciones esperadas, propias de la práctica de la medicina. *"Para mi médico toda mi consideración y respeto"* decían algunos.

El acto médico se ha visto y debe verse desde dos puntos de vista. El primero, se refiere al componente científico-técnico-ético (*lex artis*) y el segundo, se refiere a la relación interpersonal, que necesariamente existe: entre el que brinda la atención y el que la recibe. Toda esto en un contexto de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía o