

Bioética, Salud Pública y Tecnología Médica

José F. García-Rodríguez

jfgr55@hotmail.com

RESUMEN

Hoy día, todo lo que tenga que ver con la salud de la población se ha convertido en tema de creciente interés público y de participación social. Una mayor educación, cultura y politización de la gente, aunado a la creciente penetración de los medios de comunicación en la sociedad, han contribuido a ello. Es por eso también, que en la medida en que se acentúa el carácter económico, tecnológico y político de la medicina, las sociedades modernas exigen más y mejores servicios de salud, y se discute abiertamente sobre quién debería ser responsable de las decisiones pertinentes a la salud, a la vida e incluso a una muerte digna. Aunado a ello, la tendencia irreversible que impone la globalización y el modelo económico actual, para bien o para mal, es hacia una menor participación del Estado en todas las actividades económicas, y la prestación de los servicios de salud no es la excepción, dando paso y promoviéndose abiertamente una mayor presencia del mecanismo de mercado en esta actividad de tanta trascendencia social y económica para una nación. Sin embargo, es importante llamar la atención sobre el hecho de que el eficientismo económico y la búsqueda de rentabilidad, características inherentes al funcionamiento del mecanismo del mercado en un área de tanta importancia estratégica para un país como lo es la salud, puede significar si no se establece una adecuada regulación y mecanismos compensatorios, una insuficiente cobertura de servicios a los más pobres; déficit en infraestructura médica básica; una mayor polarización social al enfocar la oferta a los segmentos de población con mayor poder adquisitivo; un encarecimiento de los servicios derivado del uso intensivo de tecnologías, medicamentos e insumos médicos; un mayor nivel de inflación en general, y lo peor, una caída del bienestar social de la población.

Palabras claves: *Ética, bioética, filosofía, economía de la salud.*

SUMMARY

Nowadays, all that has to do with the population's health has become topic of growing public interest and of social participation. A bigger education, culture and people's politization, joined to the growing penetration of the media in the society, they have contributed on that. It is for that reason also that in the measure in that the economic, technological and political character of the medicine is accentuated, the modern societies demand more and better services of health, and it is discuss openly on who should be responsible for the pertinent decisions to the health, to the life and even to a worthy death. Joined it, the irreversible tendency that imposes the globalization and the current economic pattern, for well or for bad, it is toward a smaller participation of the state in all the economic activities, and the benefit of the services of health is not the exception, taking step and being promoted a bigger presence of the market mechanism openly in this activity of such social and economic transcendency for a nation.

However, it is important to get the attention on the fact that the economic efficientism and the search of profitability, characteristic inherent to the operation of the mechanism of the market in an area of so much strategic importance for a country like it is health, it can mean if it doesn't settle down an appropriate regulation and compensatory mechanism, an insufficient covering of services to the poorest; deficit in basic medical infrastructure; a bigger social polarization when focusing the offer to population's segments with more purchasing power; a rise in the price of the derived services of the intense use of technologies, medications and medical inputs; a bigger inflation level in general, and the worst thing, a fall of the population's social well-being.

Keywords: *ethics, bioethics, philosophy, economy in health services.*

⁽¹⁾ Profesor investigador de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y candidato a Doctor por el Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de la Habana, Cuba.

INTRODUCCIÓN

En el momento actual de muchos de nuestros países, en el cual se cuestiona abiertamente la participación del estado en la actividad económica, los servicios públicos de salud ofrecidos a la ciudadanía son objeto de revisión y controversia, sobre todo ante la insuficiencia de recursos públicos para su financiamiento, lo que ha dado pauta a una tendencia encubierta de sus gobiernos hacia una menor participación en su provisión, a cambio de una cuestionable regulación y normatividad de la prestación a cargo cada vez más del capital privado, hecho que no se puede descontextualizar de los valores inherentes al hombre, es pertinente una profunda reflexión bioética, misma que puede conducir a la conformación de un marco filosófico y moral capaz de resolver estas cuestiones de una forma ordenada y justa, respetando y tolerando la ética y las diversas creencias profesionales y personales. La medicina y su aplicación en el cuidado y la promoción de la salud, son y serán siempre prácticas sociales de las cuales el estado no puede ni debe alejarse.

No obstante, esta tendencia desregularizadora ha llegado a tal extremo en muchos países, que el mismo Banco Mundial ha expuesto públicamente lo contraproducente que resulta a la larga para los países pobres y en vías de desarrollo, el tratar de liberar totalmente sus actividades económicas y sociales, y sobre todo, poner los servicios públicos en manos del capital privado, ya que aunque los servicios públicos suelen presentar algunas deficiencias, es un error concluir que el gobierno debería dejarlos de lado y traspasar todo a manos del sector privado. Ello ante la tendencia de varios gobiernos latinoamericanos de una mayor privatización en las áreas de salud, educación e infraestructura social, lo cual no está libre de problemas, sobre todo en cuanto a la cobertura de los pobres. Los individuos si quedan a merced de sus propios recursos, no podrán conseguir los niveles de salud y educación que desean colectivamente. Además, el hecho de que existen países en los cuales los servicios públicos de salud funcionan satisfactoriamente demuestran que los gobiernos y los ciudadanos pueden hacer más.¹

1. BIOÉTICA Y PRÁCTICA MÉDICA

El concepto de bioética comienza a popularizarse a partir de los escritos de Potter, quien la consideraba como un sistema moral basado en conocimientos biológicos y valores humanos, dentro del cual el hombre debe aceptar su plena responsabilidad por nuestra supervivencia, tanto biológica como cultural, así como en la preservación del medio ambiente². Por su parte, la Encyclopedia of Bioethics define la bioética como el estudio sistemático de la conducta

humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que estas conductas se examinen a la luz de valores y principios morales.

En este contexto, y a medida que la ciencia y la técnica amplían nuestra capacidad para intervenir en los procesos que determinan y modifican la vida de los individuos y por lo tanto influyen en el presente y el futuro de las sociedades, aumenta la necesidad de subordinar su uso a las consideraciones éticas y filosóficas. Puesto que muchas decisiones conflictivas obligan al médico a hacer juicios de valor, la práctica de la medicina significa hacer frente constantemente a dilemas de tipo ético, teniéndose entonces que elegir entre la disyuntiva de respetar las esperanzas y los deseos del enfermo, o acatar las directrices y normas establecidas por quienes administran los servicios públicos tendientes a la racionalización de los servicios.

Por otro lado, un dilema actual que habrá que enfocar desde una perspectiva bioética, es decidir si enfocar los esfuerzos económicos, humanos y materiales en la atención primaria de la salud, misma que favorece más las inversiones para la sociedad en su conjunto, o invertir y fortalecer la atención médica para el individuo en particular. Habrá que buscar el justo equilibrio entre una mayor preocupación por la medicina primaria, comunitaria o de familia, y la práctica médica especializada, más costosa pero también necesaria ante la realidad que imponen la transición epidemiológica y demográfica presentes en nuestra sociedad, fenómeno al cual el Dr. Frenk ha denominado “modelo polarizado prolongado”.

Puesto que existe una fuerte tendencia a equiparar la bioética con la ética médica, vale la pena puntualizar que la bioética comprende en sí a la ética médica, pero que no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicional, trata únicamente de los problemas relacionados con juicios de valor derivados de la relación entre el médico y el paciente. Por el contrario, la bioética constituye en sí un concepto mucho más amplio y profundo, ya que además de incluir los aspectos relacionados con juicios de valor surgidos en el ejercicio de todas las profesiones relacionadas con la salud, se aplica también a las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, abordando una gama diversa de cuestiones sociales, como son las relacionadas con la salud pública, la salud ocupacional e internacional, y la ética del control de la natalidad, y finalmente, va más allá de la vida y la salud del ser humano, ya que considera también asuntos relacionados con la vida de los animales y las plantas.

En lo que corresponde a la relación entre bioética y salud, su estudio se puede abordar desde dos grandes perspectivas: La **microética**, misma que estudia la ética tradicional de la medicina y otras profesiones afines, así como la ética de las investigaciones con seres humanos, esto es, la bioética médica. Por otro lado, la **macroética** se encarga de estudiar los fundamentos éticos y filosóficos que orientan la

asignación y distribución de recursos en un sistema de servicios de salud determinado. De esta manera, puede considerarse que las cuestiones abordadas por la microética tienen relación estrecha con los derechos humanos de las personas a la intimidad, dignidad e integridad, mientras que los asuntos sustantivos de la macroética se orientan más que nada a la sociedad en su conjunto, al análisis de los derechos humanos de la sociedad a la salud. Por ello, hablar de macroética es hablar de salud pública.³

2. ANTECEDENTES DE LA BIOÉTICA MÉDICA

Nuestra medicina occidental, cuyos inicios se remontan a los cada vez más olvidados escritos hipocráticos, desde un principio estuvo fundamentada en la ética médica para poder diferenciar lo bueno de lo malo, utilizándose para ello un criterio de carácter “naturalista”, y puesto que el dogma cristiano estableció que la naturaleza era una obra excelsa de Dios, lo bueno debía identificarse de manera normativa con el “orden” natural. Esta concepción de lo bueno permeó también a los hombres, a la sociedad y a la historia.

Bajo este contexto, todo uso desordenado o no natural del cuerpo humano y de sus órganos era considerado como malo. Por lo consiguiente, la relación médico-enfermo era considerada también como sujeta a este orden normativo. En dicha relación, el médico asumía el papel activo de sujeto agente, conocedor de los aspectos técnicos y morales de la salud, en tanto que el enfermo era considerado como el sujeto pasivo, ignorante y necesitado de ayuda técnica y ética. De ahí es que se origina el calificativo de paciente que se otorga al necesitado de atención médica.

Bajo este rol protagónico, el médico tenía la obligación de “hacer el bien”, procurando lograr la plena restauración del enfermo, quien debía aceptar de manera pasiva todas las recomendaciones y prescripciones médicas. La consecuencia lógica de esta relación de dependencia, fue la configuración de un enfoque médico de **beneficencia**, sustentado en una relación esencialmente **paternalista**, misma que hasta los años setenta privaba aún en el proceso de atención de la salud.

Con la reforma protestante se logra reemplazar la vieja idea del “orden natural” por las categorías de “autonomía” y “libertad” del individuo, lo que induce a cambios que permean profundamente en el orden religioso y en lo político y social, y que dan paso al segundo gran paradigma moral de la historia de Occidente, donde las antiguas relaciones humanas sustentadas en el orden jerárquico, fueron sustituidas por conceptos como pluralismo, democracia, derechos humanos y ética, mismos que son vigentes en la actualidad. Es de llamar la atención que en lo que corresponde a la práctica médica, no fue sino hasta hace pocos años que esta actitud basada en la noción de autonomía empieza a ser

aplicada.

Al respecto, Diego Gracia dice que hasta hoy, la relación médico-paciente ha continuado funcionando más que nada bajo las pautas antiguas del orden natural, y que los conceptos de autonomía y libertad, ampliamente arraigados en otras actividades, aún son de incipiente aplicación en el área médica⁴. Así, aún se asume que el enfermo no solo es incompetente físico, sino también moral, razón por la cual se cree que es el médico quien debe orientarlo en ambos campos, y es la causa de que la relación médico-enfermo continúe siendo por tradición paternalista y absolutista, tal como ya lo apuntamos con anterioridad.

Por otro lado, la aprehensión del enfermo en tanto sujeto moral autónomo y libre, es más visible en las áreas urbanas, donde priva el modernismo y es más fácil el acceso a los servicios de salud, en tanto que en las zonas geográficas rurales, alejadas de los grandes núcleos urbanos, continúa aún vigente la vieja relación paternalista. Probablemente, ello explique porqué el médico goza de un aprecio especial entre la gente del campo, así como el hecho de que en nuestros pueblos exista una baja participación de la gente en las actividades de autocuidado de la salud y prevención de las enfermedades, ya que para ello se cuenta con la presencia del médico en la comunidad, quien está obligado a velar por su salud.

Todo lo anterior explica también, porqué es hasta hace poco tiempo que se empieza a hablar propiamente de la ética médica, ya que anteriormente ésta tenía más que nada una fuerte connotación moralista. Puede decirse que más que una ética médica sustentada en la moral autónoma de los médicos y los enfermos, lo que prevaleció fue una “ascética de la medicina”⁵, enfrascada en los aspectos morales de la práctica médica.

En la actualidad, el panorama es muy diferente, puesto que la vieja idea paternalista ha ido cediendo terreno al enfoque de autonomía y libertad en la relación médico-paciente, de manera tal que en tanto agentes morales autónomos, con diferentes visiones sobre lo bueno y lo malo, su relación muchas veces presente un proceso dialéctico, tal como la experiencia diaria en la práctica de la medicina lo demuestra, ya que ahora el paciente opina y participa. Por otro lado, es visible también la presencia de un tercer elemento en la relación, mismo que es identificable como la sociedad (en ella se ubican la familia del paciente, la dirección del hospital, las autoridades sanitarias, etc.).

Ello es más que evidente durante una controversia médica, ya que ahora en la relación sanitaria participan tres agentes con intereses y significados morales diferentes: el enfermo, quien se atiene al principio moral de “autonomía”; el médico,

que se guía por el de “beneficencia”, y la sociedad, quien se orienta por el de “justicia”. Es justamente este cambio en el quehacer de la práctica de la medicina, lo que explica también en gran medida el estudio de la ética médica, cuya función central es tratar de hacer coincidentes los principios de autonomía, beneficencia y justicia, objetivo que como todos sabemos, es sumamente difícil de hacerlo cumplir en la práctica.

3. BIOÉTICA Y SALUD PÚBLICA. UN ENFOQUE BIOÉTICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En materia de salud, las discusiones sobre bioética se han enfocado normalmente en el quehacer médico, pero no se ha analizado suficientemente el rol protagónico que debería jugar el individuo en la protección y autocuidado de su salud, y en la prevención de riesgos sanitarios. Tradicionalmente, el papel desempeñado por él ha sido pasivo, y no ha ido más allá del cumplimiento de las indicaciones médicas en su papel de paciente. Si bien en otros tiempos el ciudadano común era menos culto y disponía de escasos recursos para el autocuidado de su salud, existía por tradición un conocimiento básico de la dietética que se transmitía de generación en generación. Además de ello, la sabiduría popular recomendaba evitar los extremos de la vida, y los estilos de vida y el ritmo de ésta eran tales, que en conjunto lograban reducir la exposición individual a los riesgos sanitarios y a las enfermedades que hoy día nos aquejan.

De esta manera, la tradicional dieta sana, fundamento principal de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, ha sido suplida por el concepto de atención médica, o medicina como intervención y reparación del deterioro en las condiciones de salud del individuo, con las consecuencias económicas y sociales que este cambio en el paradigma de la salud representa para una nación en su conjunto. Y es que cuando los servicios públicos de salud son fácilmente accesibles, su utilización tiende a ser exagerada, ello tanto por los usuarios como por los propios prestadores de servicios. Además, diversos conflictos emocionales, mismos que tienen que ver más con valores que con padecimientos reales, son frecuentemente atendidos como si fueran padecimientos reales, medicalizándose de esta manera los sentimientos de felicidad o tristeza, y los estados emocionales de malestar, frustración y desilusión. Esta medicalización de problemas no médicos, relacionados más que nada con los estilos de vida, representa un abuso de la práctica de la medicina, y es contraproducente como forma de afrontar y dominar las crisis existencialistas o las dificultades de la vida.⁶

Bajo una perspectiva normativa, vale la pena reflexionar

acerca de la responsabilidad del ciudadano en el autocuidado de su organismo y su derecho a la salud, tanto como su obligación de velar por ella. Ello implica sobre todo, el deber de proteger la propia salud a través de la nutrición adecuada, el ejercicio regular y el solaz, además de eludir los riesgos ambientales y ocupacionales que pudieran perjudicarla. Y es que, en sentido moral, es sumamente difícil poder aceptar como ciudadanos, que las satisfacciones producto de estilos de vida nocivos sean para el consumo individual, en tanto que las consecuencias sociales y los costos económicos derivados del deterioro y atención de su salud como persona, que de ellos se derivan, tengan que ser pagados por la sociedad en su conjunto. Ello va en contra de la ya analizada autonomía del ciudadano en su calidad de paciente, toda vez que los asuntos relacionados con la atención de su salud no puedan ser resueltos de manera adecuada en el plano individual en el cual fueron generados.

4. BIOÉTICA Y TECNOLOGÍA MÉDICA

Es indiscutible que las restricciones presupuestarias que limitan la inversión en medicina especializada, están en conflicto permanente con los deseos de amplios sectores de la población, quienes tienen conocimiento a través de los medios de comunicación, de los avances tecnológicos de la medicina moderna, y dan por descontado su aplicación y acceso a la misma. Puede tratarse tanto de tratamientos brillantes como los trasplantes de órganos vitales; de diagnósticos obtenidos por medio de costosas metodologías; de las que los ejemplos más ostensibles son las técnicas de imagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, etc.), mismos que a pesar de sus indudables éxitos, su elevado costo encarece sobremanera los servicios médicos, sobre todo si su utilización no obedece a indicaciones precisas, tal como muchas veces sucede en la práctica.

Asimismo, hay que tomar en cuenta que normalmente el paciente desea ser tratado con la tecnología más avanzada, aspiraciones que muchas veces coinciden con los intereses personales del médico, quien tiende a privilegiar el uso de los adelantos tecnológicos, aún en contra de las políticas establecidas. Ello provoca el encarecimiento de la atención sanitaria, llevándola muchas veces a superar ampliamente las expectativas de inflación, sin que ello signifique necesariamente mejoras sustanciales en las condiciones de salud de la población atendida.

Por otro lado, el problema relacionado con el incremento en los costos de atención de la salud se ubica no solo en la incorporación de nuevas tecnologías, sino también en el mal empleo de las mismas y en su uso intensivo en

situaciones clínicas no del todo definidas. Ello es frecuente no sólo respecto a la alta tecnología, sino incluso en las técnicas tradicionales, ya que un simple estudio de rutina mal indicado en repetidas ocasiones, se traduce finalmente en elevados costos de la atención, más elevados incluso que la aplicación de unas cuantas pruebas diagnósticas sofisticadas también mal aplicadas. Lo peor de todo es que muchas veces el médico ignora las consecuencias presupuestales que ello implica, ante lo cual se impone la enseñanza y la capacitación médica.

Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de Norteamérica, en el que se analiza la utilidad de una serie de pruebas diagnósticas preoperatorias, indicó que de 6,200 análisis practicados a 2,000 pacientes, más de 60% no se justificaban por la historia clínica del enfermo o por su exploración física. En otra auditoría de carácter multicéntrico del mismo país, se demostró que el 17% de las endoscopias digestivas realizadas no tenían una indicación precisa, y en otros estudios similares se han señalado cifras aún más elevadas. Quizá más preocupante sea el descubrimiento de que en 17% de una serie de 1,677 angiografías coronarias no había una indicación clara.⁷

Es fácil imaginar la magnitud del problema en los países pobres, cuyos gobiernos intentan ampliar y mejorar el acceso de su población a los servicios médicos, ya sea importando directamente nuevas tecnologías de punta ó promoviendo la participación de la medicina privada, actividad que normalmente no es del todo regulada por las autoridades sanitarias, pero que en la actualidad es impulsada como parte de las políticas neoliberales. Los problemas que se plantean por el uso indebido de tecnologías diagnósticas son de varios tipos: utilización de pruebas cuando ninguna de ellas está justificada; excesivo número de pruebas, varias de las cuales son superfluas; y empleo de pruebas de escaso rendimiento cuando hay otras disponibles para el mismo fin y que son más eficaces y menos costosas.

No obstante, ante un caso en el cual hay que tomar una decisión en cuanto a la conveniencia o no de su aplicación, la experiencia indica que la decisión se orienta, no a la abstención, sino a su empleo, ya sea porque el médico desea cubrirse ante cualquier controversia legal, o porque lo considera benéfico para el paciente. El resultado final, resulta ser un uso intensivo de tecnología y una escalada constante de costos de la atención médica.

5. CONSECUENCIAS ECONÓMICAS DE LA INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA SALUD

El notable incremento en los costos de atención médica,

explicados en gran medida por el uso de nuevas tecnologías, ha tenido un impacto directo en los presupuestos públicos y en el gasto de bolsillo de los usuarios que acuden a la medicina privada. La respuesta ante este problema, ha sido una profunda revisión crítica de los métodos y las formas de empleo de las nuevas técnicas, tanto diagnósticas como terapéuticas, y su impacto en la mejora de las condiciones del paciente.

Ello tiene un significado más relevante en nuestros países, donde normalmente la tecnología de punta se importa de naciones desarrolladas, y es incorporada sin tomar en cuenta el contexto local en cuanto a organización de los servicios, la capacidad del personal médico y técnico, e incluso las posibilidades presupuestales y económicas para su aplicación en el mediano y largo plazo, de modo tal que en poco tiempo se hacen presentes los problemas de insuficiencia presupuestal para su mantenimiento y reparación derivados del mal uso, e incluso la desilusión de usuarios y prestatarios acerca del incumplimiento en las expectativas planteadas.

No obstante, esta tendencia hacia la tecnologización y medicamentación de la salud parece ser irreversible, canalizándose hacia ella importantes flujos de inversión que pudieran ser más eficientemente aplicados en la promoción de la salud y el saneamiento ambiental, pilares de la atención primaria de la salud. En este proceso, la publicidad intensiva acerca de las virtudes de las nuevas tecnologías y fármacos desempeña un papel fundamental, siendo que frecuentemente los resultados no cumplen con las expectativas planteadas. Sin embargo, cualquier análisis simple demuestra que año con año, los costos de la atención de la salud crecen muy por arriba del índice inflacionario general.

Desgraciadamente, esta escalada de precios no se refleja necesariamente en una mayor eficacia en la atención, ni en un claro beneficio para el paciente. La situación se torna más apremiante en los países pobres y en los de ingreso medio, en los que además empieza a prevalecer una población anciana, cuya atención resulta ser más especializada, y por lo tanto más costosa. Como podemos ver, la incorporación de nuevas tecnologías y procedimientos al mercado de la salud representa un serio riesgo, no sólo desde el punto de vista clínico sino también económico, lo que conlleva a la necesidad de realizar análisis de costo beneficio, a efectos de garantizar su superioridad sobre otros procedimientos empleados con éxito ya comprobado.

De una revisión de todo lo anterior, y bajo un enfoque de equidad y justicia social, son válidas las siguientes preguntas: ¿Es justificable la utilización de una nueva

tecnología o fármaco en función de su precio, rendimiento y eficacia?; ¿Existe personal suficientemente capacitado para su óptima utilización?; ¿Los beneficios en salud derivados de su aplicación superan a los ya obtenidos?; ¿Suponen ventajas económicas para la sociedad?; ¿Mejorarán la calidad de vida de los pacientes?; ¿Será accesible para toda la población, o estará reservada solo para unos cuantos?; ¿Se han estudiado los riesgos asociados con su utilización?; ¿Existe alguna alternativa tecnológica disponible a un costo menor y con resultados similares?.

El presidente del Colegio Real de Médicos del Reino Unido ha clasificado los avances tecnológicos médicos en tres categorías: los que permiten la curación de enfermedades a un costo moderado; los que facilitan la prevención de enfermedades y promoción de la salud con poco dispendio; y los que permiten mantener la salud y una calidad de vida razonable, pero que para su éxito requieren considerables recursos, tanto materiales como humanos. De cara a la sociedad, son evidentemente estos últimos los que motivan polémicas, ya que los factores económicos son los que decidirán a la larga si el advenimiento de una nueva tecnología debe o no tener una repercusión inmediata en una comunidad, ya sea facilitando, limitando o rechazando su uso.

Dadas las restricciones enfrentadas en nuestros países para el crecimiento del gasto público, tal criterio de racionamiento de los recursos para la salud debería ser aplicado como una norma y no como una excepción, teniendo en cuenta que normalmente la tecnología es importada de otros países a un gran costo. Además, el hecho de que exista una nueva tecnología en el mercado no significa que ésta forzosamente deba ser incorporada a los servicios, máxime si los recursos presupuestales con que se cuenta son escasos y existen otras necesidades de salud pública insatisfechas, puesto que su aplicación podría, en un momento dado, afectar negativamente a los de por sí limitados presupuestos destinados a la salud pública asistencial, afectando de esta manera la operación de los programas de atención primaria de la salud, base fundamental de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

CONCLUSIÓN

Como corolario de todo lo anterior, habría que decir que es difícil para cualquier sociedad moderna resolver la disyuntiva que le plantea el hecho de tener que decidir entre ofrecer a la sociedad más tecnología y medicalización, aunque su acceso sea limitado solo para unos cuantos, o más intervenciones de salud pública y estilos de vida sana para la gran mayoría. Quizá la respuesta más adecuada la pudiéramos encontrar volviendo la vista a las raíces y orígenes de la medicina occidental, y más específicamente en la aplicación precisa del precepto hipocrático: *“Aconsejo no incurrir en un exceso de inhumanidad, sino atender a las condiciones de vida y los recursos del paciente. Y que, a veces, se practique gratis la medicina, trayendo a la memoria el recuerdo pasado de un favor o el prestigio presente. Y si llegara la ocasión de atender a quien es extranjero y pobre, ayúdese sobre todo a los de tal condición, pues, si hay amor a la humanidad, también hay amor a la ciencia”*.

REFERENCIAS

- 1 Artículo periodístico: “Hacer que los servicios funcionen para los pobres”, en diario La Jornada, publicación del lunes 22 de septiembre. México, 2003; pág. 20.
2. Acosta J. Bioética para la sustentabilidad. Publicaciones Acuario, Cuba, 2002; pág. 12.
3. Scholle S. y Hernán F. En colectivo Bioética. Temas y Perspectivas, Organización Panamericana de la Salud. Publicación científica No. 527. Washington, D.C., 1999, IX.
4. Gracia D. La Bioética Médica, en colectivo Bioética. Temas y Perspectivas, Organización Panamericana de la salud. Publicación científica No. 527. Washington, D.C., 1999.
5. Diccionario de Filosofía. Ed. Diana, México, 2002; pág. 27.
6. Martín-Sass H. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación, en colectivo Bioética. Temas y Perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, publicación científica No. 527. Washington, D.C., 1999.
7. Vilardel F. Problemas éticos de la tecnología médica. En colectivo de autores Bioética. Temas y perspectivas, Publicación Científica No. 527. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990; pág. 26.

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS

Artículo 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

8. Asociarse para promover sus intereses profesionales. El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la ley.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Continúa en la página 258...