

EDUCACIÓN MÉDICA

I. Bioética y la educación médica	147
II. La formación humanística del médico y la interdisciplina	160
III. La bioética y dos conceptos de medicina	166

EDUCACIÓN MÉDICA

A lo largo de dos milenios, la ética médica ha sido continuamente reflejada en la previsión del comportamiento emitido por Hipócrates y a partir de él, los códigos subsecuentes han sido esencialmente seguimiento de este precepto.

La secularización de la medicina al separarse de las normas de la teología sacerdotal, el rescate de los postulados filosóficos de carácter humanista y, sobre todo, la vinculación entre su práctica y la vida humana, son aspectos que han generado la demanda social para establecer normas que regulen el ejercicio profesional de los médicos.

Esta demanda social ha dado origen a códigos, leyes y reglamentos de carácter universal en los que, por una parte, se atiende la preocupación del médico por regular su actividad profesional y, por otra, se garantiza a la sociedad el respeto a los valores consustanciales de la vida humana.

De esta forma, la ética médica se convierte en el sistema axiológico cuyas directrices permiten normar, regular y sancionar la actividad médica mediante tres mecanismos: *la norma clínica*, que regula la relación médico-paciente, incluye la norma hospitalaria y la higiénico-sanitaria; *la norma profesional*, que es el ordenamiento protector del rol profesional y del *status socioeconómico* de los médicos, y *la norma jurídica*, que es la concreción jurídica de la moral médica ubicada en un contexto histórico social determinado.

Actualmente, la ética médica se caracteriza por una mayor interacción entre la medicina como arte y la medicina como ciencia contemporánea, caracterizada por un dinámico desarrollo tecnológico que a su vez se ve influenciado por la organización social y los cambios en los valores humanos; sin embargo, hay principios que a pesar de esos avances tecnológicos y científicos

permanecen inmutables a través del tiempo, uno de ellos es el respeto a la vida y a la dignidad humana.

El significado de la vida humana es la esencia misma de la medicina. La moral médica empieza justamente al prestar al enfermo el mejor servicio que la medicina puede ofrecer. Junto al cultivo de la ciencia, se cultiva el humanismo con el único fin de servir mejor al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad. Por otra parte, la salud humana ha sido reconocida como uno de los componentes básicos del bienestar y, a su vez, elemento esencial para indicar y evaluar el desarrollo social de una nación, tanto en el nivel individual como en el colectivo, condición que la convierte en un derecho social.

La interrelación entre salud humana, práctica de la medicina y sociedad ha generado el resurgimiento de la ética médica, en la cual se incorporan tanto los valores propios de un grupo profesional como el consenso social en torno a la preocupación que genera la necesidad de legitimar y regular el ejercicio médico a nivel social. Lo cierto es que en cualquier profesión convergen ciencia y humanismo en íntima relación. El significado de la vida humana es la esencia misma de la medicina, por ello podemos afirmar que la medicina es de todas las ciencias, la más humana.

La crítica más grave que se ha lanzado contra la medicina contemporánea es la que señala su deshumanización, se menciona que la crisis de la estructura de atención a la salud y de la práctica de la medicina, en el seno de estas estructuras, es una crisis de los valores humanos.

Pensadores y críticos sociales han llegado al extremo de acusar a la medicina contemporánea de una metamorfosis que la ha convertido nada menos que en una de las mayores amenazas de salud, responsable de males aitrogénicos que superan a sus efectos benéficos.

Es cierto que los avances técnicos y científicos cimbran la vi- gencia de ciertos principios médicos, al surgir dilemas de difícil solución derivados de aspectos tales como el trasplante de ór- ganos, la implementación de órganos artificiales, la prolongación artificial de la vida, la selección genética y, por otra parte, la consideración de aspectos de orden social como son el recono- cimiento cada vez mayor de los derechos humanos, entre los

que figuran los derechos del paciente y el derecho a la salud, aunado a la prevalencia de principios éticos de carácter universal como son: la igualdad de los seres humanos, el de justicia para todos y el principio del bien común, definen el contexto actual en el que se inscribe el quehacer médico; pero también no es menos cierto que el médico, expuesto a experiencias como el nacimiento, la muerte o el dolor que tiene frente a sí, le proporcionan la oportunidad de desarrollar una serie de valores en torno a esas experiencias, al mismo tiempo que puede reflexionar y hacer un ajuste de sus propios valores personales.

Asimismo, la existencia de códigos y reglamentos reconocidos por organismos, agrupaciones profesionales medicas y organizaciones civiles de carácter internacional, son clara muestra del avance que se ha dado en materia de regulación de los servicios médicos, sobre todo en el presente siglo.

I. BIOÉTICA Y LA EDUCACIÓN MÉDICA

La educación es un medio que procura disminuir las desigualdades sociales, contribuye a la información de una sociedad más concientizada, transmite la herencia cultural, progresó en la evolución tecnológica y tiende al máximo a evitar la dependencia exterior, da, en suma, la posibilidad más directa al cambio.

Cuando un país comprende lo anterior y es capaz de transmitir ciencia, humanismo, cultura e innovación tecnológica a todos los niveles de los estudios previos a los profesionales y aun a la cultura popular, consigue que los alumnos, al llegar a ellos, no se sientan ajenos, extraños, en un mundo de ciencias, tecnología, humanismo, ciencias sociales y artes, que es el mundo en que debe desenvolverse la vida en los estudios profesionales. Es difícil imaginar un sistema educativo de excelencia floreciendo en un ámbito de cultura popular nutrido casi exclusivamente por la televisión. Sería exótico un nivel académico de excelencia en un país de ínfima cultura popular (Rivero).

En el campo de la educación, diversos movimientos han originado que la enseñanza de la ciencia a partir de la segunda mitad del siglo XX se haya manifestado en tres momentos, mismos que han repercutido en la educación médica:

- El primero caracteriza la década de los sesenta y enfatiza la enseñanza de la ciencia en su relación teórico-práctica, dando peso a la metodología del quehacer científico y donde la estructura de contenidos resulta densa y masiva. Se privilegia así el punto de vista científico sobre el docente, dando como resultado que la lógica, la integridad y la estructura de las disciplinas se mantuvieran en todos los proyectos.
- El segundo ocupa los años setenta y se caracteriza por un acentuado desarrollo curricular en la enseñanza de la ciencia integrada; la productividad teórica y práctica de la multidisciplina e interdisciplina se traslada al campo de la educación para que la enseñanza de la ciencia como investigación, métodos, adquisición de habilidades y destrezas dentro de su medio ambiente, sirvieran de enlace a las diferentes disciplinas científicas que, en su fenómeno de integridad, buscan nuevas formas de organización de los contenidos curriculares alternos al concepto de asignatura.
- En el tercero, en la década de los ochenta, se pone énfasis en el conocimiento científico, en su naturaleza y su relación con la sociedad; se identifican en él las limitaciones y consecuencias del desarrollo en la aplicación de la ciencia y adquiere importancia la conservación del ecosistema. En esta fase destacan las aplicaciones reales que el área del conocimiento tiene dentro de su contexto, que es finalmente lo que determina su eficiencia externa en función de la enseñanza, considerando como objetivo trascendental que los estudiantes alcancen mediante el aprendizaje de la ciencia la posibilidad de participar razonablemente en la solución de problemas profesionales, sociales y personales.

Reconocemos que, para mejorar nuestra educación, se han llevado a cabo esfuerzos para hacer del nuestro, un país culto, en el que a los valores históricos y tradicionales se sumen, a nivel de cultura popular, la ciencia, la tecnología y el valor, sin discusión de los derechos humanos y sociales. De ahí hemos logrado conformar no sólo escuelas de medicina de alto nivel sino, en forma simultánea y como corresponsables naturales del

fenómeno educativo, escuelas primarias, secundarias y preparatorias, sin embargo, el esfuerzo no es suficiente. Por otra parte, se ha impulsado la mística del médico, a fin de integrar servicios de atención a la salud que tengan nivel académico, donde la atención médica preventiva y curativa se ejerza con prontitud, eficiencia y alto grado de humanismo.

Los últimos treinta años revelan grandes cambios en la educación médica, así como la reforma del sistema de salud, mismo que en México ha generado nuevas formas de trabajo y nuevos derroteros. Dos enfoques cuando menos los han condicionado.

En el Simposio de Educación Médica, promovido por la Academia Nacional de Medicina en 1990, Soberón y Álvarez Manilla señalaban: en un mundo que tiende a la globalización, lo que antes eran problemas locales tienden a su diseminación. La migración de la población, aun de la parte calificada, como son los médicos, es un hecho; el intercambio comercial desborda los ramos tradicionales y se intensifica en productos biológicos-humanos como la sangre y los órganos; asimismo, la transnacionalización de las industrias altera la producción y la distribución de productos; esto, y sin duda muchos otros factores, crean el marco en el que hay que situar a la medicina y por ende a la educación médica. El problema es cómo regular este intenso intercambio internacional. Es importante identificar los problemas que hay que atender.

Los cuerpos técnicos de los organismos gubernamentales internacionales se ven desbordados por los problemas; sus mecanismos tradicionales de acción, con frecuencia, han quedado rezagados. Por otra parte, sus representaciones nacionales, sin una guía técnica, atienden a lo inmediato; es una época de limitación económica, se les ve como una fuente de recursos extrapresupuestales, y esto, en conjunción con otros factores, contribuye al establecimiento de clientelas y a la atomización de los recursos disponibles para la acción a nivel nacional.

Las entidades filantrópicas tienen acción en zonas francas, no sujetas a normatividad que, en ocasiones, pueden ir en contra de las políticas nacionales o locales.

La circulación de la programación recreativa, cinematográfica y televisiva es irrestricta, en particular con el advenimiento del

satélite, lo cual se apoya en la libertad de prensa y, en nuestra opinión, así deberá seguir siendo. Pero no hay que soslayar que esa programación es portadora de valores y de modos de vida.

La apertura del comercio hacia países o bloques va a ser un marco inescapable y, no cabe duda, se intensificará la llegada de productos de la alta tecnología y así aumentará el prestigio de la práctica médica basada en ellos.

La educación médica pues, además de las influencias determinantes intrínsecas y locales, tiene determinantes supranacionales, algunas se manifiestan ya con gran intensidad, otras se comienzan a insinuar. Es conveniente caracterizarlas y sujetarlas a mecanismos reguladores.

Por otro lado, con base en las tendencias internacionales en cuanto a la educación médica, destacan las conclusiones obtenidas durante la conferencia mundial de educación médica, celebrada en Edimburgo, Escocia, en agosto de 1988. Pueden mencionarse las siguientes:

- La finalidad de la educación médica es producir médicos que promuevan la salud para todos y no simplemente otorgar servicios curativos a aquellos que puedan pagarlos o para quienes sean de fácil acceso.
- La educación médica debe asegurar:
 - a) Que los programas de enseñanza incluyan todos los ámbitos y recursos de la comunidad y no únicamente los hospitales.
 - b) Que los programas de estudio reflejen las prioridades de salud nacionales y la disponibilidad de recursos económicamente accesibles.
 - c) Que la educación teórica se integre con la práctica mediante la solución de problemas como base para el aprendizaje, tanto en sedes clínicas como en la comunidad.
 - d) Que las actividades de enseñanza permitan la consecución tanto de la competencia profesional como de los valores sociales de la medicina.
 - e) Que el aprendizaje, la investigación y los servicios se lleven a cabo de manera conjunta con otras profesiones de la salud y las relaciones con la misma.

- f) Que la selección de estudiantes utilice métodos que trasciendan la capacidad intelectual y los logros académicos de los aspirantes, para incluir sistemas de evaluación de sus cualidades personales.
- Las reformas anteriores requieren de un compromiso generalizado para la acción; un enérgico liderazgo y voluntad política. Deberá buscarse la mayor cantidad de esfuerzos sostenidos y organizados para modificar las características de la educación médica, de tal forma que ésta realmente satisfaga las necesidades de la sociedad en que se sitúa.

Si reparamos mentalmente en el concepto de salud a través de la historia de la medicina científica, todos sabremos a lo que nos referimos. Sin embargo, es posible que en pocos conceptos tengamos tantas diferencias como en el concepto de salud o de educación médica, en los que quizá sólo coincidamos en que constituyen el objeto central de la práctica médica. Particularmente, la definición precisa de términos como salud, medicina, enfermedad, muerte y bienestar humano, sólo se puede lograr a partir de un trabajo interdisciplinario que incorpore la mayor cantidad posible de enfoques. La bioética en sí misma encierra esta propiedad.

La bioética nos debe conducir a una reflexión sobre la enseñanza y la investigación en las universidades; es la respuesta a una serie de preguntas sobre los fines y las funciones de las instituciones de educación superior, sobre el estado del conocimiento más que de las visiones de éste.

La ética y la bioética

La ética en la acción médica consiste en la estrategia básica que debe fortalecer la responsabilidad de los profesionales de la salud, lo que no puede concebirse sin conocimientos básicos de filosofía, sociología, psicología, biología y economía.

Su propósito estriba en que las decisiones médicas sean meditadas mejor para que sean más rigurosas intelectualmente, de manera tal que se pueda construir una teoría integral y coherente para la atención médica, basada en principios universales aplicables a todas las situaciones y que justifiquen plenamente una línea de conducta aplicable en cada caso en particular.

Por otra parte, debemos señalar que la ética se identifica con la moral en cuanto que las dos se ocupan de hábitos y costumbres, considerando lo que es bueno hacer o lo que es obligación y el deber hacer.

Es obvio que la ética no se puede limitar al campo de una normatividad concreta, no es fija, inmutable, debe adaptarse con el tiempo, las circunstancias y el medio —es por ello que conviene periódicamente detenerse a revisar las normas éticas que nos guían—, teniendo siempre presente que, en suma, la ética es invariable, en cuanto a la necesidad de concretar prácticamente estos valores. Es variable en cuanto al desarrollo comprensivo de tales valores y en cuanto a los distintos modos de implantar en concreto tales valores.

En el lenguaje de la atención médica actual hay un término que surgió hace más de dos décadas, el de bioética: neologismo, resultado de la unión de dos conceptos, vida (*bios*) y ética (*ethos*). Dichos conceptos son perennes y universales, de siempre y para todos.

El principal responsable del neologismo fue Potter, quien, en 1971, en el Instituto de Ética Joseph and Rose Kennedy de la Universidad de Georgetown (en Washington, D. C.) se ocupó de los aspectos éticos de la reproducción humana. A partir de 1973, en Estados Unidos, la bioética fue objeto de innumerables estudios, se efectuaron congresos, se publicaron artículos y se editaron revistas especializadas. En 1978, hizo su aparición una obra magna, la *Encyclopedia of Bioethics*, compuesta de cuatro volúmenes, en la que se presentaron cuestionamientos y diversas facetas éticas de la vida y de las ciencias de la medicina y la salud. Para 1980, había, en Estados Unidos y Canadá, quince organismos ocupados de la bioética, situación semejante se presentó en los países de Europa Occidental y en unos cuantos de América Latina y Asia.

La *Encyclopedia of Bioethics*, también en 1978, definió a la bioética como el “estudio sistemático” de la conducta humana, en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, en cuanto a que esta conducta es examinada a la luz de los valores humanos y de sus principios.

Parece una definición más precisa la presentada por E. Sgrecia: “La bioética puede concebirse como aquella parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos relacionados con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”.

La ética aplicada a la resolución de problemas de la atención médica favorece para:

1) *Ampliar perspectivas*. El estudio de problemas de la atención médica teniendo en cuenta que la dimensión ética da lugar a panoramas más completos.

2) *Desarrollar capacidades analíticas*. La aplicación de los conocimientos éticos permite diferenciar las mismas e interrelacionarlas con las de orden técnico, político y económico.

3) *Crear conciencia ética*. La toma de decisiones teniendo en cuenta los valores éticos crea un “sentido” especial y la reafiración de los valores éticos mismos. La ética así considerada tiene un inapreciable valor formativo.

4) *Estimular la creatividad*. La aplicación de la ética en los servicios médicos estimula la imaginación, dando lugar a posibilidades no esperadas, como es el caso de tecnologías sencillas de uso cotidiano.

5) *Aceptar opiniones o criterios diferentes*. La utilización de la ética en la resolución de problemas permite aceptar con más facilidad (tolerancia) diferencias y minimizar la tendencia en cuanto a calificar otras opciones como negativas.

La ética de la atención médica tiene tres objetivos estratégicos:

a) Catalogar y determinar éticamente las innovaciones de la atención médica en cuanto a sus usos (fomentar, aprobar, permitir o autorizar), límites de aplicación, conveniencia de financiamiento y disponibilidad. Es necesario evaluar éticamente todos los nuevos procedimientos e intervenciones en la atención médica, dando oportunidad a que los

hombres, agentes y receptores, puedan participar y determinar su propio destino en lugar de someterse ciegamente a los "progresos tecnológicos".

b) Proteger los derechos humanos frente a los avances en biología y medicina. El desarrollo de las investigaciones sobre nuevos medicamentos, procedimientos y aparatos conlleva la obligación paralela de proteger los derechos humanos, personales y sociales. Para ello debe darse énfasis:

—A la formación y adiestramiento del personal de salud en cuanto a los problemas éticos en las investigaciones en seres humanos y animales.

—Al fomento y actualización de normas éticas.

c) Establecer organismos, consejos, grupos de estudio, etcétera, encargados de conocer y estudiar los problemas éticos y morales planteados por los nuevos y los futuros adelantos en materia de biología y medicina.

Durante las últimas dos décadas, los conocimientos, técnicas y destrezas en medicina, la mejor comprensión de su fundamento anatomo-funcional, la genética y la inmunología han abierto posibilidades insospechadas anteriormente. Desafortunadamente, los elementos éticos que debieran conformar estos notables avances no han corrido parejo con ellos, resulta obvio, aunque parezca una tarea difícil, ocuparse de nuevo, con esta imprescindible labor, de revisar las normas de conducta que deben guiar nuestra actuación como médicos y, como tales, guías de las enfermeras, técnicos y demás personal paramédico y que, en suma, dependen de la actuación de nosotros los médicos.

Los aspectos relacionados con la enseñanza de la ética en medicina han despertado gran interés durante los últimos años. Esto se debe en gran parte al extraordinario avance científico y tecnológico que se ha generado en el campo de la medicina, y que ha ocasionado importantes cambios de actitud de la sociedad,

que han conducido a una serie de observaciones y reflexiones respecto a la relación médico-paciente.

Se ha discutido profusamente si la ética, parte fundamental de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre, debe enseñarse o no dentro de la carrera de medicina. Las opiniones varían, sin embargo, un gran número de escuelas y facultades de medicina en todo el mundo, como es el caso de Suecia, los Países Bajos, España, Estados Unidos, la Unión Soviética, Brasil y Venezuela, se han preocupado por brindar al estudiante de medicina la oportunidad de familiarizarse con los principios éticos básicos durante el transcurso de su carrera, ya que considera que el conocimiento y entendimiento de éstos constituye un elemento fundamental para el buen desarrollo del ejercicio profesional.

Lo cierto es que en cualquier profesión se presentan problemas de tipo moral que resolver, pero también es cierto que en la medicina, como en ninguna otra profesión, convergen ciencia y humanismo en íntima relación. La medicina es, de todas las ciencias, la más humana.

La ética médica atañe a todos aquellos que tienen que ver con el ejercicio de la medicina, es decir, incluye tanto a instituciones prestadoras de servicios médicos como a instituciones educativas. En ambas consiste en facilitar la organización y el equipo necesario para poder, en el primer caso, prestar una adecuada atención médica y, en el segundo, enseñar medicina.

Existen diversas corrientes del pensamiento respecto a la manera en que debe enseñarse esta disciplina; para algunos, la ética se aprende o se asimila con el ejemplo del profesor; otros insisten que si bien el ejemplo puede ser una fuerte influencia en la vida del estudiante de medicina, en la actualidad los principios y conceptos éticos son de tal complejidad, que no pueden ni deben ser manejados de esta forma.

Otros opinan con gran insistencia que el permitir que los alumnos de medicina se reciban de médicos y obtengan su título profesional sin tener conocimiento de cómo actuar con ética, sería

tan grave e imperdonable como el permitir que un médico egrese de la escuela de medicina sin saber cómo diagnosticar un simple caso de apendicitis.

Es así, que en el caso de las escuelas de medicina, sería inaceptable abrir las y admitir alumnos sin contar con los recursos necesarios o suficientes para poder ofrecer una enseñanza adecuada. Se debe disponer de aulas, laboratorios, bibliotecas, personal docente debidamente capacitado y presupuesto suficiente, con el fin de mantener un equilibrio entre estos recursos y el número de alumnos inscritos. Un desequilibrio en esta relación no sería ético.

En términos generales, la enseñanza de la ética en las escuelas de medicina está ligada a la ética misma de la medicina del país; por lo que ambas partes comparten una responsabilidad única y formal frente a la sociedad y es por ello que si existen problemas éticos en la medicina en ejercicio, las escuelas de medicina tienen la obligación de realizar observaciones y críticas constructivas al respecto, con el fin de coadyuvar a la solución de los problemas que se presenten.

La ética médica ha sido desde épocas remotas y continúa siendo, parte fundamental del ejercicio de la medicina. Por ello es esencial enfrentar al estudiante de medicina con los problemas éticos de esta profesión. ¿Pero quién debe enseñarla?

Según diversas opiniones, la enseñanza es más fructífera cuando participa un grupo interdisciplinario de expertos, integrado por médicos, filósofos, profesores de ética y teólogos, que están a la vanguardia de lo que ocurre en el campo de la investigación y de la práctica médica, y por el mismo paciente, ya que cada uno de ellos tiene un punto de vista válido.

La ética médica no debe verse como una materia aislada dentro del currículum, pues su campo de acción está enlazado en forma ineludible con el hecho de tomar decisiones clínicas todos los días. Es materia eminentemente práctica, mas no asignatura. Debe tener su base en la convicción de qué es lo correcto o lo incorrecto, en un sistema de valores y en perspectivas de responsabilidad.

La ética no es de momento o de sentido común, necesita del análisis cuidadoso del problema, con el fin de distinguir entre cuestiones morales y técnicas, y una vez que el problema se define claramente se toman decisiones lógicas de manera sensible y responsable.

Esto es lo que se debe enseñar al alumno, y no pretender formar médicos eticistas profesionales.

Tenemos la responsabilidad de impartir ética a los estudiantes de medicina. Los problemas morales no desaparecen sólo porque los ignoremos, cada día serán de un orden más complejo. Sin embargo, la educación de este tipo tiene sus límites y no debemos sobrevalorar los resultados. Los estudios de ética y de humanidades pueden aumentar la sensibilidad con respecto a las dimensiones humanas y personales de la atención médica; pueden también facilitar la capacidad intelectual necesaria para poder adoptar decisiones con un mayor sentido de responsabilidad moral; pero no puede esperarse que esos estudios hagan de todos los estudiantes seres humanos dotados de sensibilidad exquisita, puesto que no pueden corregir, por ejemplo, los trastornos de la personalidad, las motivaciones inadecuadas o simplemente la grosería.

Según señala Tiberius en su artículo sobre ética médica, en los próximos 25 años: "Un curso puede enseñar conocimientos sobre ética, la comprensión de los principios éticos, o razonamientos morales, pero todo el razonamiento moral del mundo es inútil en la cabeza de un estudiante que carece de buenos reflejos morales".

Enseñar ética no garantiza el comportamiento ético.

En relación con la forma de enseñar esta materia, de acuerdo con las experiencias obtenidas por las diferentes escuelas, se ha propuesto que la enseñanza se dé en grupos pequeños de alumnos, dentro de una unidad clínica, y que exista gran discusión y participación de los estudiantes, quienes deben estar conscientes que si van a practicar la medicina no escaparán de decisiones difíciles en su quehacer diario, las cuales varían desde problemas menores y sencillos hasta puntos cruciales y críticos como son el aborto, la eutanasia o los trasplantes.

Sería realmente satisfactorio que los alumnos, al término de sus estudios, estuviesen capacitados para resolver, cuando me-

nos, los problemas éticos que con mayor frecuencia se presentan en la práctica médica y que incluyen cuestiones sobre métodos anticonceptivos, control del dolor, aspectos sexuales, consentimiento bajo información, confidencialidad, utilización de medicamentos para controlar la conducta, decir la verdad al paciente y hacerle saber sus derechos.

El significado de la vida humana es la esencia misma de la medicina. Exponer al estudiante a experiencias del nacimiento, de la muerte, del dolor, es una oportunidad para que desarrolle una serie de valores, al mismo tiempo que le permite reflexionar y hacer un ajuste de sus propios valores personales en torno a esas experiencias, y quizá poner fin a la deshumanización de la medicina, fenómeno que con el paso del tiempo se ha acentuado de manera importante.

La moral médica empieza justamente en prestar al enfermo el mejor servicio que la medicina puede ofrecer. Junto con el cultivo de la ciencia, busquemos el del humanismo con el único fin de servir mejor al individuo sano o enfermo, a la familia y a la comunidad.

La enseñanza de la ética se relaciona con el respeto a la dignidad humana, por lo que debe de impartirse con el ejemplo ético de cada uno de los profesores; se sustenta en la protección de los derechos humanos, por lo que debe exponerse en forma estructurada con absoluta independencia y con la garantía de hombres morales que aclaren las preguntas propias de la juventud; comprometido, ya que no asumir la responsabilidad de atacar problemas éticos es incurrir en el descrédito, uno de los problemas éticos más difíciles de nuestros tiempos.

ASPECTOS A CONSIDERAR POR EXPERTOS Y REALIZADORES DE POLÍTICAS EN BIOÉTICA MÉDICA*

- Cristalizar consensos o definir puntos de desacuerdo.
- Identificar problemas emergentes.
- Desahogar controversias o tomas de decisiones no atendidas.
- Proponer regulaciones, desarrollar líneas de acción o formular decisiones políticas.
- Supervisar la implementación de las leyes y políticas existentes.
- Apoyar las decisiones judiciales emitidas.
- Educar a los profesionistas y al público en general.
- Promover la investigación interdisciplinaria.

POSIBLES ASPECTOS DE LA BIOÉTICA PARA UNA AMPLIA BASE DE ACCIÓN*

- Modelos animales.
- Dilemas relacionados con situaciones de cuidados de emergencia.
- Eutanasia.
- Privacidad genética.
- Provisión de cuidados de salud, equidad y sistemas de referencia.
- Trasplante de órganos, incluyendo su disponibilidad.
- Modelos en tejidos humanos, células o DNA.
- Colaboración en la investigación y en conflictos de interés.

* Fuente: "Biomedical Ethics in U. S. Public Policy", *Background Paper*, Congress of the United States, Office of Technology Assessment, 1993.

TÓPICOS DE LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA QUE INCREMENTAN ASPECTOS ÉTICOS NO RESUELTOS*

- Pruebas clínicas para medicaciones antiadictivas.
- Pruebas clínicas de la hormona sintética del crecimiento humano en niños; uso cosmético *versus* uso terapéutico.
- Usos paliativos de la terapia genética sin el sustento de pruebas clínicas controladas.
- Pruebas clínicas en las mujeres y en minorías.
- Conducción de pruebas de vacunas contra el SIDA.
- Pruebas farmacológicas y estudios clínicos de individuos con demencia.
- Pruebas farmacológicas y estudios clínicos de individuos con enfermedades mentales como, por ejemplo, la esquizofrenia.
- Investigación en embriones.
- Investigación en fetos.
- Investigación del genoma en poblaciones humanas aborígenes.
- Inclusión de mujeres en edad fértil en pruebas farmacológicas.
- Investigación genética sobre el árbol genealógico ("pedigree") en un número amplio de familias.
- Investigación por mandato gubernamental, donde los pacientes pagan los servicios médicos a través de su participación en la investigación clínica.
- Actualización de los conceptos "riesgo mínimo", "terapia innovadora", "tratamiento experimental" y otros términos incluidos en las regulaciones en función.

II. LA FORMACIÓN HUMANÍSTICA DEL MÉDICO Y LA INTERDISCIPLINA

Las universidades han tenido una participación cada vez más directa en la génesis misma del cambio político y social del país. Existen, asimismo, miles de universitarios que con su esfuerzo cotidiano contribuyen a formar cuadros profesionales calificados,

*Fuente: "Biomedical Ethics in U. S. Public Policy", *Background Paper*, Congress of the United States, Office of Technology Assessment, 1993.

a mejorar sus procedimientos de estudio y sus mecanismos de investigación para que el nivel de sus miembros continúe en ascenso.

Uno de los apoyos a este desarrollo en las universidades y en los sistemas educativos lo ha representado la interdisciplina, que se manifiesta como un requerimiento innovador.

En realidad, la interdisciplinariedad tiene probablemente un significado diferente cuando se aísla como mera definición. Por tanto, la manera que hemos encontrado para conceptualizarla es abordar el problema y analizar lo que es la interdisciplina en la medida en que ésta favorece realmente una enseñanza y una investigación adaptadas a la evolución del conocimiento y de nuestra sociedad.

Entendemos que el trabajo interdisciplinario se da cuando un grupo de personas que han recibido formación en diferentes dominios del conocimiento, manejan diferentes conceptos y métodos, datos o términos, se organizan en un esfuerzo común alrededor de un problema común y generan, por medio de la intercomunicación continua, resultados innovadores. En pocas palabras, se da la integración de los métodos y los conceptos de las disciplinas.

Tenemos presente también que el punto clave de innovación de la interdisciplina se encuentra con dificultades, incluso, en universidades nuevas. Y ello se explica por las barreras educativas en la educación básica y media en donde los estudiantes se identifican con distintas disciplinas y profesiones; otra razón es la “departamentalización” en las universidades y su correspondiente aislamiento con patrones de trabajo individual. También la tendencia a otorgar fondos prioritariamente a disciplinas muy establecidas, motivada por la incertidumbre del trabajo interdisciplinario, son factores que no favorecer esta práctica: en la docencia, incrementar el número de experiencias en métodos didácticos así como la necesidad una nueva mentalidad del potencial interdisciplinario hará ceder la resistencia a dejar viejos patrones.

Hablar de educación médica e interdisciplina puede parecer ocioso en una época en la que prácticamente ninguna actividad científica del hombre puede realizarse sin el concurso de verdaderos equipos de profesionales pertenecientes a los más variados campos del saber humano.

A cada momento podemos observar cómo el trabajo grupal desarrollado interdisciplinariamente tiene impactos incommensurablemente mayores que la acción profesional individual. Incluso, ya no sólo no es deseable sino prácticamente imposible el trabajo del profesionista en lo individual, por lo menos cuando hablamos de acciones médicas a gran escala.

Con esto último, quiero decir que existe aún un reducto que difícilmente, en el caso de la práctica médica, podrá ser sustituido a mediano plazo; me refiero a la consulta médica. Salvo esta última, pero también primordial actividad, tal parece que no existe ninguna otra que no tienda junto con el resto de profesiones actuales hacia la colectivización interdisciplinaria.

En el caso de la salud, quizá un ejemplo muy cercano pueda aportar mayor luz a lo arriba señalado. Pongamos por caso la creación de la vacuna contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Estoy seguro de que la tendremos más pronto de lo que algunos piensan. Cuando ello suceda, con toda seguridad, la sociedad podrá, quizás con justicia, hablar de un nuevo triunfo de la medicina. Pero, visto un poco más de cerca, podremos notar que su creación, producción, distribución y aplicación entre la población general, no puede ser un problema resuelto ni por un sólo hombre, ni por una sola disciplina.

Su descubrimiento será competencia no sólo de un equipo de virologos, ya que seguramente requiere de biólogos moleculares, químicos, ingenieros en genética, infectólogos e inmunólogos. Su producción y distribución requerirá, a su vez, de ingenieros, economistas, administradores, geógrafos y quizá antropólogos. Su aceptación entre la población será motivo de un intenso trabajo entre psicólogos, sociólogos y comunicólogos. Establecer su obligatoriedad será motivo del trabajo conjunto entre epidemiólogos y especialistas en derecho. En todos los casos, además del médico, estará ---o debería estar--- un especialista en ética.

Este ejemplo exagera, a propósito, la importancia de la participación interdisciplinaria para el logro de acciones sanitarias a gran escala, tal como se llevan a cabo actualmente, pero quizás valga como ejemplo si pensamos cómo debería ser idealmente.

Como quiera que sea, el hecho es que en este momento miles de profesionales de diversos campos del conocimiento diseñan, ejecutan y evalúan acciones de salud conjuntamente. Parece también cierto que existe consenso, entre las comunidades científicas y humanísticas de los países, de que éste es el camino que el futuro de las profesiones nos depara y que entre más pronto lo aceptemos y estimulemos será mejor.

Dice Lewis Thomas que "la medicina siempre ha estado bajo presión para que explique públicamente las enfermedades de las que se ocupa". Por este motivo, señala Thomas, la formulación de teorías unificadoras ha sido la preocupación más antigua y con más gusto acogida por la profesión médica. De hecho, es posible que ningún otro campo del saber haya sido tan popularmente conocido como el de las teorías médicas sobre el origen de la enfermedad, formuladas a lo largo de los siglos.

Práctica médica

¿Cuáles son las propuestas que denotan un parteaguas entre la práctica médica tradicional y la práctica médica del futuro inmediato? En primer lugar, es necesario dejar sentado que existen, por lo menos, dos tipos de trabajo interdisciplinario. El primero es aquel que se desarrolla en las instituciones encargadas de la atención de la salud y que posee distintos niveles de acuerdo con el alcance de sus acciones. Aquí se encuentran las propuestas sobre el equipo de salud comunitario, el equipo jurisdiccional o estatal de salud y los distintos equipos que diseñan las políticas sanitarias de un país.

El segundo es aquel que trabaja, sobre todo, en la formulación de nuevos modelos conceptuales y metodológicos sobre el proceso salud-enfermedad y cuyo trabajo no sólo consiste en la resolución práctica de problemas operativos, sino en la creación y transmisión de conocimiento nuevo, cualitativamente superior

al elaborado por las disciplinas aisladas y que se realiza primordialmente en el ámbito universitario.

Hemos señalado que la interdisciplina en la educación superior, esencia de este último tipo de trabajo, radica en que trasciende el trabajo individual, ya que sólo puede ser construido a partir del esfuerzo intelectual colectivo. Para que sea posible la suma e incorporación progresiva del conocimiento generado interdisciplinariamente es imprescindible pasar, en el proceso de enseñanza, de la simple asimilación mecánica del conocimiento hasta la producción de los mismos a partir de la investigación.

Esto último presupone la formación de individuos "sensibles" al trabajo interdisciplinario y la formación de equipos de trabajo que se encarguen de la generación de nuevos conocimientos, realizando investigación interdisciplinaria. Este sería el objetivo primordial del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Salud y Derecho del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

El reconocimiento explícito de las disciplinas aisladas y de los límites de su conocimiento es lo que el doctor Medawer ha bautizado como la "humanidad de ciencias", tan necesaria en un mundo vertiginosamente sorprendido por el crecimiento desmesurado del conocimiento en los distintos campos del saber. Y la construcción de un cuerpo lingüístico común, que permita la comunicación unívoca entre las distintas disciplinas que participan del estudio del proceso salud-enfermedad, son factores que debemos considerar en el desarrollo de la interdisciplina, la salud y el derecho.

La trascendencia de ambos puntos radica en que, delimitando convencionalmente los campos del saber de cada disciplina y estableciendo precisamente los conceptos que orientan su trabajo, estaremos en mejores condiciones para comprender el desarrollo evolutivo de las ciencias y de la sociedad. Por este motivo afirmamos que la interdisciplinariedad no diluye las disciplinas individuales, sino que las refuerza, otorgándoles identidad, pero,

al mismo tiempo, las trasciende constituyéndose en una actitud distinta de interpretar la realidad.

He tocado con particular énfasis el punto de la terminología, porque me parece que pocas veces le otorgamos la importancia que merece.

La constitución de una terminología propia marca, en toda ciencia, la aparición de una concepción nueva y con ello, señala un punto decisivo de su historia. Hasta podría decirse que la historia de una ciencia se resume en la historia de los términos que le son propios.

Por esta razón, una ciencia no comienza a existir más que en la medida en que hace existir o impone sus conceptos a través de términos precisos. No tiene otro modo de establecer su legitimidad sino especificando, a partir de su denominación, sus objetos de estudio. Las herramientas conceptuales de la ciencia no son sino el inventario de términos de los que hace uso cotidianamente. Por lo tanto, denominar, es decir, crear un concepto, es la operación primaria y última de la ciencia.

Si reparamos mentalmente el concepto de salud a través de la historia de la medicina científica, todos ustedes sabrán a lo que me refiero. Sin embargo, es posible que en pocos conceptos tengamos tantas diferencias como en el concepto de salud, en el que quizás sólo coincidamos en que constituye el objeto central de la práctica médica.

Particularmente, pienso que la definición precisa de términos como "salud", "medicina", "enfermedad", "muerte" y "bienestar humano" sólo puede lograrse a partir de un trabajo interdisciplinario que incorpore la mayor cantidad posible de enfoques.

Sabemos bien que la interdisciplina todavía no ha sido cimentada, un acercamiento bien pensado, riguroso y sistemático podrá ser capaz de despejar el desconcierto o las contradicciones en relación al término; en realidad, respetando la universalidad del término, ya que no estamos en competencia para distinguir niveles mayores y menores de acuerdo con las concepciones de multipluri y transdisciplina, y establecer un rigor de interdisciplina.

La interdisciplina nos debe conducir a una reflexión sobre la enseñanza y la investigación en las universidades; es la respuesta a una serie de preguntas sobre los fines y las funciones de

la universidad, sobre el estado del conocimiento más que de las divisiones de éste.

La interdisciplina no parece un reajuste o mejoramiento de las divisiones tradicionales de la ciencia, es decir, de las disciplinas, entendido, esto último, como la búsqueda científica especializada de una materia determinada y homogénea, exploración que genera conocimientos nuevos que desplazan a los antiguos en una dinámica de formulación incesante.

Nuestros propósitos no han sido, ni podrán ser, la capacitación de individuos "interdisciplinarios". A lo más que podremos aspirar es a formar un nuevo profesional médico, capaz de compartir sus propias experiencias con otros profesionales, profundamente humanista y consciente de que la ciencia es sólo un reflejo de la realidad y, como tal, sólo una aproximación, más o menos precisa, de la forma en que éste se organiza y funciona.

III. LA BIOÉTICA Y DOS CONCEPTOS DE MEDICINA

Dos grandes movimientos caracterizan a la medicina de nuestro tiempo, el primero de ellos es el cambio en la concepción de los problemas de salud. Estos han dejado de considerarse como hechos exclusivamente biológicos, ahora se entienden como totalidades de carácter biopsíquico y sociocultura. El segundo movimiento está, en cierto modo, relacionado con el anterior, consiste en una inmensa ampliación de su campo, de una medicina eminentemente curativa, individualista, que veía la enfermedad únicamente como una alteración de la estructura, composición o funcionamiento del cuerpo, hemos pasado a una medicina que ve los problemas de salud orientados hacia la conservación y mejor disfrute de la salud, hacia el bienestar social, hacia esa percepción se dirige la bioética: el conocimiento biológico y los valores humanos.

El estudio del proceso salud-enfermedad, su concepto y su práctica, permite reconocerlo como un fenómeno colectivo cuya de-

terminación no puede encontrarse al margen de las condiciones políticas, económicas y sociales en el cual se presenta. Tal carácter social del proceso salud-enfermedad nos lleva a considerar el carácter histórico de su génesis, evidenciado además, por los cambios en el perfil patológico de los pueblos, como consecuencia de las modificaciones de la estructura social en su conjunto.

Este concepto, sin embargo, es relativamente reciente. No obstante la existencia de propuestas similares durante el siglo XIX, a partir del desarrollo de la microbiología médica —inaugurada por Louis Pasteur en Francia a finales del siglo XIX— determinó el triunfo de las teorías unicausales de la enfermedad sobre las concepciones salubristas de buena parte de la medicina europea.

La infatigable energía y despierta inteligencia de Virchow le llevaron a adentrarse en otros campos vecinos a la *patología, antropología, arqueología, historia, política, salud pública y sociología*. Su celo por la reforma se basaba en la idea de que las condiciones sociales eran las responsables de las epidemias; así mismo, defendió una organización de la enseñanza y práctica de la medicina, haciendo énfasis en el papel social de ésta, lo cual era inusitado en esa época.

En el siglo XX, a partir de la década de los sesenta, se inicia un movimiento mundial de crítica hacia la práctica médica curativa, hospitalaria, individual y fragmentada que la teoría unicausal provocó como consecuencia del acento casi exclusivo en las consideraciones biológicas del proceso salud-enfermedad.

A partir de ese momento, paulatinamente, la comunidad médica mundial ha iniciado una reconsideración profunda sobre el carácter del concepto, la práctica y el saber de médicos tradicionales.

En ese sentido, Velasco Suárez, en 1939, señalaba “el desconocimiento absoluto de la higiene y salubridad entre nuestra gente de la población rural, es el problema dominante en el servicio social, allí está la causa de su pobreza biológica, de su miseria espiritual y de muerte”.

Las enfermedades transmisibles han sacudido a sus anchas esos conglomerados humanos, que no saben de otras defensas fuera de las propias a su naturaleza lisiada y, mermadas, aún más, por sus supersticiones y abusonismo.

...la investigación en los ejidos tuvo necesidad de sobrepasar la cuestión médica para conocer de la vida social y económica de los ejidatarios, quienes hasta la fecha, descuidan los factores que intervienen para hacer de un conglomerado de gente, una verdadera sociedad y, en muchos lugares, el estudiante de medicina es quien ha llevado por primera vez la idea de las cooperativas.

Sin embargo, todavía pueden encontrarse, por lo menos a nivel discursivo, prácticamente impregnadas de lo que se ha dado en llamar biologicismo entre los profesionales de la medicina, la total autonomía de la medicina de la estructura social o de sus partes ya no es postulada, hoy día, por las corrientes importantes de las ciencias sociales.

Al respecto, algunos críticos han señalado diversos errores cometidos por la "corriente social" de la medicina, entre los que destacan: el abandono del acto clínico como elemento fundamental de la práctica médica; la "sobreideologización" del proceso salud-enfermedad; la sobresimplificación de las explicaciones causales de la enfermedad y el rechazo de los avances técnicos aplicados a la medicina.

Aunque resulta muy evidente que tales errores condujeron a una situación estacionaria en el desarrollo científico de la "corriente social" de la medicina, nos parece, sin embargo, que el esfuerzo encabezado por ella ha determinado algunos hechos que resultan de la mayor significación. Entre ellos, los más importantes son los siguientes:

- La ruptura de las estructuras tradicionales de pensamiento médico y las repercusiones políticas y sociales que tal ruptura conlleva.
- La modificación de las tendencias en la prestación de servicios de salud, caracterizados en el modelo flexneriano por su alto costo, su baja accesibilidad, su complejidad técnica creciente y su pobre impacto sobre la salud colectiva.

- El surgimiento de una conciencia, cada vez más extendida, acerca de las relaciones entre la salud de la población, la práctica médica, la estructura económica y la política general de las sociedades.

Con todo, estamos seguros que aún es necesario continuar en la búsqueda de un concepto claro y operativo de salud, que se desprenda del carácter ideológico impreso por los teóricos de la "corriente social", pero que considere su carácter histórico, su determinación socioeconómica, en última instancia, y primordialmente los valores humanos ---la dignidad del hombre---.

Visto por otro lado, no podemos estar de acuerdo con aquellos pensadores y críticos sociales que han llegado al extremo de acusar a la medicina contemporánea, como una de las mayores amenazas de la salud, sin tomar en cuenta que el hombre de este siglo vive un periodo histórico de densa oscuridad. Los desastres demográficos y ecológicos y, por consiguiente, la desintegración de la persona. La ciencia, con todo su progreso, sólo nos dice lo que es, mas no lo que debe ser; describe, mas no prescribe.

No debemos permitir que la flaqueza de la memoria, el olvido, la miseria, el dolor y la enfermedad que han acompañado al hombre a lo largo de su historia, empañen lo que sólo la ciencia moderna, unida al humanismo, ha empezado a aliviar. En la intimidad de los consultorios, en las salas de hospitales, en todo lugar y momento en que se encuentran el paciente y el médico, ocurren continuos actos de amistad y compasión; lo vemos todos los días, lo continuamos viendo.

También, debemos tomar en cuenta que la ética profesional es la que marca la conducta del médico, no es algo fijo o inmutable, cambia con el tiempo y con el medio, y es por ello que lo que en otros tiempos se consideraba ético, desde el punto de vista médico, hoy no lo es o carece de sentido y, conforme si-

gamos avanzando en el terreno científico, los principios éticos también cambiarán.

Por último, pienso que siempre habrá enfermedades porque la disposición a la enfermedad y la enfermedad misma pertenece por modo constitutivo a la condición humana y tengo por seguro que, estando enfermo, el hombre necesitará casi siempre recurrir a la asistencia del médico. Mientras haya seres humanos, habrá enfermedades y habrá médicos.

Si éstos llegan a entender que la bioética no es de momento o de sentido común, que el estudio sistemático de la conducta humana necesita del análisis cuidadoso del problema para distinguir entre cuestiones morales y técnicas, una vez definido el problema, se pueden tomar claramente las decisiones lógicas de manera sensible y responsable, entonces estaremos realmente velando por la preservación de los derechos humanos, en particular, el *de la salud humana*.