

Ética y salud. Retos y reflexiones

José Narro-Robles,* José Rodríguez-Domínguez,**
Carlos Viesca-Treviño,*** Luis Felipe Abreu-Hernández****

Resumen

En este ensayo se revisan los conceptos de ética, bioética y deontología que con mayor frecuencia son aceptados. De igual forma se analiza la relación entre ética y medicina, así como algunas situaciones que generan dilemas éticos además de influir en la relación médico paciente, en el trabajo clínico del médico y en las decisiones que se toman tanto en el nivel individual como en el de las instituciones de salud. Se discuten también algunos factores que resultan de la relación entre la ética y la atención de la salud, en particular la necesidad de preservar y acrecentar la dimensión humana del trabajo médico. Se sostiene que para lograr lo anterior se deben superar tres retos fundamentales: vencer el reduccionismo en el análisis de los asuntos éticos médicos; saber manejar la incertidumbre en el trabajo médico; alcanzar niveles adecuados de equidad en la prestación de los servicios de atención a la salud.

Palabras clave: Ética médica; bioética; ética y políticas de salud.

Summary

In this essay, the concepts of ethics, bioethics, and professional ethics are reviewed. In addition, we analyzed the relationship between ethics and medicine, the conditions that can be source of ethical dilemmas, and the influence of ethics in the doctor-patient relationship, in the clinical work of the physician, and in an individual and institutional process of decision-making. Some factors that result from the interrelationship between ethics and health care, in particular the need for preserving and increasing the human dimension in medical practice, are discussed. Finally, the idea is supported that to achieve the purpose previously mentioned, three challenges must to be overcome: to defeat reductionism in analysis of medical matters, to accept the uncertainty of medical work, and the attempt to reach adequate levels of equity in the development of health services.

Key words: Medical ethics, bioethics, ethics, health policy.

Introducción

México es un país en proceso de cambio. A los conocidos conceptos de transición demográfica y epidemiológica, con sus manifestaciones claves: el envejecimiento poblacional y el recambio de las enfermedades infecciosas por las crónicas, se ha agregado uno más referido a los factores de riesgo. Es por esto que día a día cobran importancia creciente factores como el tabaquismo, la obesidad, la vida sedentaria o el consumo de sustancias adictivas. Otro tipo de transición es la social y política que se manifiesta en una mayor democratización, en una

creciente participación ciudadana y en la cada vez mayor exigencia en materia de rendición de cuentas.

No hay duda de que las condiciones de salud de la población mexicana han mejorado durante las últimas décadas. Uno de los indicadores que más ha cambiado es la esperanza de vida al nacimiento, que ha pasado de 42 años en 1940 a 75 en el 2000. Sin embargo aún persisten importantes desigualdades en materia de salud y de atención médica. Por su parte, el sistema de salud mexicano ha evolucionado hasta convertirse en un conjunto de instituciones con problemas de articulación y sin posibilidades de ofrecer una cobertura universal.

*Director de la Facultad de Medicina de la UNAM. Académico.

**Coordinador del Proyecto Colaborador OMS-OPS-Facultad de Medicina, UNAM.

***Jefe del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, UNAM. Académico.

****Secretario de Planeación y Desarrollo Institucional, Facultad de Medicina, UNAM. Académico.

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. José Narro-Robles. Facultad de Medicina de la UNAM. Ciudad Universitaria, México 04510, D. F. Correo electrónico: narro@servidor.unam.mx

También es claro que este sistema, sin una importante reestructuración en el financiamiento de sus servicios, continuará siendo incompleto, inequitativo e ineficiente.¹

Es por todo esto que a pesar de los logros alcanzados, las lagunas y carencias en materia de salud son todavía amplias, y resultan especialmente evidentes cuando se realizan comparaciones entre grupos de población y áreas geográficas. En este contexto general deben entenderse y analizarse los conceptos, argumentos y desafíos que en torno a la ética y la salud se plantearán en las páginas siguientes.

Algunos conceptos

En la literatura referente al tema de la ética en salud, con frecuencia se encuentra la utilización, casi como sinónimos, de ética médica, bioética y deontología médica. En cambio en los escritos especializados se analizan los fundamentos para distinguir cada término. Sin embargo en la práctica como en esta presentación tomamos la licencia de incorporar lo general de los tres conceptos como equivalentes, en la medida en la que todos ellos ofrecen un marco para la búsqueda del bien de los pacientes, sean estos individuos o comunidades. No obstante, se plantean las definiciones comúnmente aceptadas.

Ética

La ética es la ciencia que estudia la moral del hombre en sociedad. Se trata de una ciencia práctica o normativa pero también de una ciencia teórica. Está constituida por una serie de reglas de conducta que señalan una obligación, un deber ser. Esta vertiente del pensamiento ético se denomina ética deontológica y se diferencia de la mera deontología en que ésta última no establece una reflexión sobre las obligaciones y deberes morales, sino solamente los presenta como códigos a cumplir.

La ética es normativa porque estudia las normas morales cuya naturaleza es eminentemente práctica, y además proporciona los elementos de reflexión que la fundamentan. Sin embargo, no se ocupa de prescribir normas para distinguir los hechos justos de los que no lo son, sino que se esfuerza en contestar preguntas más generales y fundamentales como ¿qué es lo que califica a una acción como buena o mala, como justa o injusta? Por otra parte, debe distinguirse entre el moralista que prescribe, crea normas y recomienda un modo de vida que cree justo y bueno, del ético, que tomando como base la moral históricamente determinada, se encarga de analizarla y explicarla.²

Más allá se encuentra lo que pudiera denominarse una ética filosófica, en la que priva la reflexión encaminada a identificar y definir aspectos de carácter general, universal

de ser posible, con los que se puede predicar su validez en lapsos prolongados y en culturas diversas.³⁻⁷

La profesión médica por largo tiempo se ha afiliado a una serie de afirmaciones éticas, desarrolladas para el beneficio de los pacientes. Esos principios adoptados por la profesión médica en todos los países definen lo fundamental de la práctica médica honorable. Al hablar de ética nos referimos a la reflexión filosófica sobre cuestiones relacionadas con la moral, entendida, según los usos y costumbres de una colectividad como lo bueno o lo malo, es decir, una serie de situaciones sancionadas de esa forma en alguna sociedad y tiempo concretos.

Simultáneamente con el nacimiento de la filosofía moral o ética, debido a Sócrates, un contemporáneo suyo, Hipócrates, iniciaba la reflexión de los médicos con respecto al bien de los enfermos y establecía, en textos como el Juramento y la Ley, algunos de los deberes que, desde entonces, la profesión médica ha hecho suyos. Dichos fines que la medicina ha reconocido como propios son: aliviar y de ser posible, curar las enfermedades y cuidar por el bienestar físico, mental y aun espiritual de los enfermos.⁸⁻¹⁰

Para conseguir sus fines, la medicina ha seguido entre otros, mecanismos como los siguientes: el estudio de la enfermedad, de las formas y recursos de que se dispone para tratarla; el análisis de la dinámica psíquica del ser humano, en especial del individuo enfermo; el respeto a la manera de ser de todos y cada uno de los enfermos, incluidos los elementos que provienen de su cultura, de sus experiencias personales y de su condición particular en el momento en que se le atiende, para, a partir de ellos, precisar como se puede beneficiar.

Esto conlleva un inmenso respeto por la vida, la que constituye un valor inapreciable e insustituible, pero también representa la necesidad de reconocer la dignidad para vivirla y la práctica de valores morales alrededor de esta premisa. En el momento actual, los grandes avances de la ciencia y la tecnología médicas nos obligan a plantear si el sólo aumento de la cantidad de años de vida es un beneficio *per se*, en contraste con la posibilidad de que no sea concebible esto sin una calidad mínima razonable para seguir viviendo. Se vuelve con ello a los conceptos de dignidad y de centralidad de lo humano, para definir los límites individuales de lo razonablemente vivible.¹¹⁻¹³

Para comprender el significado de lo ético, lo primero que hace falta es entender que la finalidad de la vida humana no estriba sólo en continuar viviendo. Si la vida fuese un fin en sí mismo, si careciese de un "para qué", no tendría sentido. Así se comprende la exhortación del poeta latino Juvenal: "Considera el mayor crimen preferir la supervivencia al decoro y, por salvar la vida, perder aquello que le da sentido".

Cuando el hombre piensa a fondo en sí mismo, se da cuenta de que con vivir no tiene suficiente. Necesita vivir de una determinada manera, no de cualquiera. Dicho de otra

forma, vivir es necesario pero no suficiente. De ahí que surja la pregunta ¿para qué vivir? (la cuestión del sentido) y, en función de ello, ¿cómo vivir?

Bioética

Aún está vigente el concepto de: "Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales".¹⁴

A los dos grandes principios de la ética hipocrática, el de hacer todo por el bien del enfermo (beneficencia) y el de no dañarlo (no maleficencia), expresado éste último en el aforismo que dice *primum non nocere* (primero no dañar), se han sumado recientemente otros. Esto se debe, en parte a que los desarrollos en el pensamiento médico y la filosofía, en particular después de 1970, han dado nacimiento a lo que ahora se conoce como bioética. Esto es la ética aplicada a los problemas de la vida que han sido suscitados por los grandes cambios científicos y tecnológicos. Entre los filósofos estadounidenses de la medicina, en particular Beauchamp y Childers se desarrolló a principio de la década del ochenta, una teoría de cuatro principios en la que se sumaron la autonomía del individuo y la justicia, a los dos originados en el pensamiento hipocrático que ya fueron referidos.

La bioética se diferencia de la ética médica en que ésta última se refiere exclusivamente a la búsqueda del bien en los seres humanos enfermos y de aquellos en quienes se intenta promover la salud, mientras la bioética aborda todos los problemas inherentes a la vida, aunque debe reconocerse que la mayoría de los hasta ahora planteados, son médicos o propios de la investigación biomédica.^{15,16}

Deontología

En su acepción más habitual, el término deontología suele usarse para designar la "moral profesional", situándola así como una "moral especializada", aunque debe subrayarse el hecho de que también frecuentemente se limita a la expresión y exigencia de normas precisas de conducta. Es conveniente señalar que, ante todo, la deontología es un capítulo de la ética general, concretamente el campo de los deberes. Por su parte, los deberes profesionales son sólo un segmento de los deberes en general.

Lo que en primer término destaca en toda profesión y lo que le confiere su peculiar dignidad como trabajo ejercido por individuos, es el servicio a la persona, lo que implica tanto al beneficiario de la prestación, como al trabajador mismo e incluso a la sociedad. Se entiende que las profesiones, cada vez más especializadas, han de garantizar la calidad en la prestación del servicio correspondiente. Para

ejercer ese control de calidad, se han establecido colegios de profesionales que elaboran códigos de buena práctica profesional.

Para ponerlo en términos más claros y directos, conviene señalar que la deontología profesional es, según nos recuerda el Dr. Ignacio Chávez, la ciencia de nuestros deberes, la norma de nuestra conducta en tanto médicos. Al mismo tiempo nos señaló que no es algo inamovible, permanente o que tenga vigencia por sí sólo y menos para siempre.¹⁷

De la misma forma nos hizo notar que hay principios fundamentales que son, ellos si, parte inseparable de la moral médica de toda la historia. No matar, no dañar al enfermo, procurar la salud de las personas, respetar la confianza y el cuerpo de los pacientes son, desde la antigüedad y hasta nuestros días, principios éticos ampliamente aceptados. Sin embargo, también existen aspectos secundarios que han variado con el tiempo y con las culturas. La aceptación de las disecciones, la investigación en pacientes, el manejo de la información médica o el papel del paciente y de sus familiares en la toma de decisiones, son sólo algunos ejemplos.

Ética y medicina

No se puede hablar de un sistema de atención a la salud sin que vengan a la mente ideas relacionadas con su compromiso moral. En un muy amplio sentido, la atención a la salud lleva implícita la búsqueda del bien para seres humanos, sean individuos sanos o enfermos, sean grupos aquejados de algún problema o a los que se trata de evitarlo al realizar acciones preventivas.¹⁸

Algunos consideran que los problemas de la genética y la genómica no son médicos. A pesar de lo discutible del punto, se puede sostener que en esencia sí lo son, particularmente por los alcances de las posibles consecuencias de la aplicación de estos conocimientos. La preocupación central de la medicina y, por supuesto la del médico, es el bien de los pacientes y la responsabilidad moral que su búsqueda implica. En este sentido, la mayor parte de la problemática moral y de la reflexión ética que suscita, se dan alrededor de la relación médico-paciente.

La suma de la autonomía del paciente como concepto básico, permite modificar la posición tradicional del médico, paternalista, para buscar una corresponsabilidad en la toma de decisiones, misma que lleva en sí la ventaja de que los puntos de vista del paciente y su familia entran en juego. Las decisiones no pueden ser solamente técnicas. Involucran múltiples factores que dependen de las características y condiciones de todo ser humano, de cada caso médico en particular. Por ello, tomar en cuenta opiniones, saberes e inquietudes del paciente y su familia, en el caso en que esto sea factible, permitirá disponer de una mayor y mejor posibilidad de hacer las cosas de forma conveniente.

Por otra parte, la dimensión actual de la salud pública trae consigo otros problemas morales: se debe tener en cuenta la responsabilidad de la sociedad y del Estado en la búsqueda de la salud de sus miembros. Junto a este compromiso poblacional, también se debe considerar la necesidad de hacerlo con la intención de alcanzar condiciones de justicia social, en las que la distribución de los recursos para la salud sea accesible a todos, además de equitativa. En este sentido, los asuntos económicos, de costo-beneficio, de eficiencia y eficacia de las medidas terapéuticas y preventivas toman un papel preponderante.¹⁹

También es necesario considerar que la actitud moral del médico y su capacidad de reflexión ética, son principios básicos para que alguien sea considerado como un buen médico. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, por supuesto eso no basta, se requiere otro aspecto, el conocimiento adecuado, actualizado y pertinente para el contexto en el que desarrolle su actividad profesional.²⁰

La primera y fundamental obligación moral del médico tiene que ver con el conocimiento, con la capacidad, con el manejo de los procesos diagnósticos y de los esquemas terapéuticos más indicados, en una palabra, con su preparación. En ese sentido, se debe entender que esta es una responsabilidad que requiere de la actualización continua y sistemática del médico. No basta con haber sabido, con haberse formado en la escuela o en la residencia con un nivel adecuado. Privar a un paciente de una posibilidad terapéutica conveniente es algo inadmisibles. Actuar por omisión o por comisión es absolutamente rechazable.

Esto tiene que ver con todas las etapas del quehacer médico, con la prevención, con la fase diagnóstica, con la etapa de la instalación del tratamiento, con el seguimiento de los enfermos, con el manejo del dolor o de la fase terminal de la vida de un individuo, con el consejo a los pacientes y sus familiares, con todo el quehacer médico y no sólo con la terapéutica.

Se complica hoy más que nunca por la velocidad con que cambia el conocimiento, por los increíbles intereses económicos que hacen que, con soltura y cinismo, se hable de la industria de la salud, del mercado médico y de la salud. La sentencia de Chávez seguirá vigente por mucho tiempo. "Nunca sabrá el médico lo bastante, ni menos estará en posibilidad de dar siempre el mejor servicio". Su conciencia será su juez. Frente a sí deberá estar, constantemente, la frase de Louis Portes, que le define su situación y le sintetiza su deber: "una confianza frente a una conciencia".

Junto a los deberes individuales también se presentan los de orden familiar y cada vez más los de orden social, colectivo o poblacional. Esto tiene numerosas implicaciones. Por una parte, debemos reconocer que los asuntos de un paciente son muy importantes pero no los únicos. También están presentes los asuntos de otros enfermos, los asuntos de los otros, los de los demás. Al prolongar la agonía se deben tener en cuenta los aspectos económicos de la familia, las implicaciones en sufrimiento, en horas de angus-

tia, la disrupción familiar que necesariamente se originan.

También debe considerarse algo sobre lo que se ha escrito y meditado poco: el hecho de que hay una serie de deberes morales que tienen que ver con lo general, con lo intangible, con lo anónimo, con lo potencial, como opuesto a lo individual o particular, a lo concreto, lo personal, a lo real. En estas dimensiones se mueven, por una parte, el tomador de decisiones, el planificador o administrador de los servicios, el responsable de diseñar las políticas públicas y, por la otra, el médico clínico, el responsable de dar una consulta, de decidir y practicar una intervención quirúrgica, el que se enfrenta en la trinchera a los problemas que cotidianamente le plantean sus pacientes.

Aún más, hay por lo menos otras dos situaciones sobre las que se debe reflexionar: en primer lugar la realidad originada por el hecho de que los problemas que enfrenta o las facilidades de que dispone el clínico, con frecuencia derivan de las determinaciones y acciones que toma el administrador. La segunda, la realidad de que muchos de los asuntos que se ven en el nivel superior, son analizados por profesiones con ética y formación diferentes a las del médico: la de los administradores, los economistas o los abogados por sólo poner algunos ejemplos.

Retos fundamentales sobre ética y salud

Merced a su vinculación con la salud, la ética ha transitado del terreno especulativo, al campo de las decisiones en salud y ha adquirido un carácter fáctico indudable. Ante el cambio vertiginoso nos preguntamos ¿cómo preservar y acrecentar en el trabajo del médico su sentido humano? El éxito en la tarea depende de superar tres retos fundamentales.

El reto de la superación del reduccionismo

El primer reto es el desarrollo de un pensamiento complejo y la superación del reduccionismo. Preguntas como la validez de la clonación con fines terapéuticos, o si la ingeniería de tejidos a partir de células madre es correcta, o cuáles pueden ser las repercusiones de la terapia génica sobre la sociedad del futuro deben contemplar, indispensablemente, a la ética. No obstante, ésta por si misma no puede abordar exitosamente estos problemas. Para establecer posibles respuestas es indispensable abordar por lo menos cuatro ejes distintivos en el problema.

Primero, el sustento biomédico, es decir la comprensión de los mecanismos y procesos biológicos involucrados en el hecho real o potencial. Así, el apremio para discutir sobre la clonación proviene de la existencia de la técnica biológica capaz de hacerla posible. Segundo, el contexto social, esto es, se trata de un hecho biológico que reta a la sociedad y que debe analizarse integralmente en el contexto económi-

co, sociológico, político y psicológico que prevalecen en la colectividad. Tercero, la ética propiamente dicha, en este sentido se debe verificar lo correcto o incorrecto de las acciones, con la intención de preservar la esencia humana. Por último, se deben considerar los derechos humanos y los aspectos jurídicos involucrados en el problema.

Así por ejemplo, el aborto es un hecho real o potencial porque existen los recursos quirúrgicos o farmacológicos para inducirlo. Es un hecho social que en buena parte depende de condiciones económicas como la miseria, o la escolaridad y el acceso a los servicios de salud reproductiva. Tener un hijo fuera de matrimonio puede ser considerado un estigma y ello puede ejercer una presión considerable para que algunas mujeres aborten. Las creencias religiosas pueden asimismo influir en la decisión.

También podemos abordar el problema desde el punto de vista filosófico y preguntarnos ¿cuándo se inicia la existencia de la persona humana y si ésta principia con la concepción o posteriormente? De la misma forma, convendría establecer si el embrión humano es una persona, si su eventual destrucción afecta a la especie humana y nos aleja del bien. Por otra parte nos puede interesar saber si el embarazo es resultado de una violación, o si el producto presenta malformaciones genéticas graves. Finalmente, debemos evaluar si al impedir o favorecer el aborto violentamos los derechos humanos de alguien y valorar la legalidad o ilegalidad jurídica del acto.²¹

En suma, la relación de la ética con la salud se construye sobre la base de un enfoque multidisciplinario que posee al menos cuatro grandes ejes: el biomédico, el social, el filosófico y el relacionado con el derecho. Quien obvia un análisis riguroso y es incapaz de mirar la complejidad de los problemas éticos, adoptando un enfoque reduccionista, terminará por cometer graves errores.

El reto de la incertidumbre

Casi todos los libros de ética hablan de la necesidad de hacer el bien y evitar hacer el mal. Nadie puede estar en desacuerdo con unas y otras afirmaciones. El problema surge cuando comparamos nuestros propósitos con los resultados. La conexión entre lo que queremos y lo que en verdad ocurre, se relaciona con nuestra capacidad para predecir el resultado de nuestras acciones.

En septiembre del año 2002 dos investigadores franceses trabajando en el Hospital Necker de París, informaron que por segunda ocasión un paciente sometido previamente a terapia génica para resolver un caso de inmunodeficiencia severa ligada al cromosoma X, desarrolló leucemia de células "T₁".²² Ello condujo a que en los Estados Unidos de Norteamérica se suspendieran tres ensayos clínicos al respecto y se dictaminaran requisitos adicionales antes de aprobar dicho estudios.

En este caso apreciamos que, pese al propósito de hacer el bien que animaba a los investigadores, sus acciones desencadenaron un cuadro de leucemia y no fueron capaces de anticipar el resultado de sus actos.^{22,23} En salud prácticamente no existe la unicausalidad y en cambio tenemos una múltiple determinación de los fenómenos. Además, los sistemas biológicos y de salud presentan verdaderos saltos cuánticos y respuestas no lineales, que dificultan la capacidad de predecir el resultado de las acciones e intervenciones que se ejecutan. Negar la incertidumbre y tratar a los sistemas biológicos y sociales como si fueran un mecanismo de relojería totalmente transparente y predecible, nos da una falsa certeza y lo que es más grave, puede conducir a la acción irreflexiva.

El reto de la equidad

Con frecuencia se piensa que la aplicación de la ética a la salud se restringe a estudiar temas considerados de frontera: la terapia génica, la clonación, la reproducción asistida, el encarnizamiento terapéutico. No obstante, existe un reto general que se encuentra por encima de todos ellos y que frecuentemente ignoramos. Imaginemos que merced a la terapia génica se puede curar el asma, sin embargo, no basta con ello. Queda un reto inmenso que consiste en hacer accesible este avance terapéutico a todos los que lo requieren.

Es posible que existan el conocimiento y la tecnología para resolver un problema de salud, es decir que la técnica esté disponible, pero que sólo sea accesible a una minoría de la población. La falta de accesibilidad puede deberse a los altos costos, al hecho de que los médicos tratantes desconozcan esta opción terapéutica, o bien, porque los pacientes de baja escolaridad ignoran sus derechos y cómo ejercerlos.

Aún más, la existencia de este tipo de problemas éticos no requiere de tecnología de punta para presentarse. Así, la decisión de asignar un ventilador mecánico único, a alguno de dos pacientes que lo requieren, constituye un dilema ético para aquel que ha de tomar la decisión. Estas decisiones cotidianas, que implican dar una oportunidad a unos por encima de otros, son más frecuentes en países con carencia de recursos.

Este punto cobra mayor relevancia en la era del libre mercado, porque se considera que una mano invisible se encargará del bien común, al margen de las decisiones. En sentido estricto, lo contrario es lo cierto, sólo mediante una intervención conciente y deliberada se pueden abatir las asimetrías, porque la equidad se alcanza cuando se da más a los que menos tienen, en un acto de elemental justicia.^{24,25} Desafortunadamente hoy vemos lo contrario porque, por ejemplo, mediante el seguro popular se busca cobrar los servicios de salud a los que menos tienen, para darles a cambio acceso a aquello a lo que ya tenían derecho.

Conclusiones

A 25 años, la declaración de Alma Ata nos trae la frescura de la más firme resolución para esforzarnos en la lucha por un sistema eficiente y efectivo de "Salud para Todos". Recordemos parte de ese pronunciamiento: "La salud es un derecho humano fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es, política, social y económicamente, inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países. El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud".²⁶

En efecto, esta declaración buscó significar la denuncia de la grave desigualdad que se ha registrado en la atención a la salud, sobre todo a partir del desarrollo científico y tecnológico de las ciencias médicas durante el siglo pasado. Esto es tan evidente, y su impacto en la calidad de vida de los pobres tan atroz, que tal descuido o negligencia debe verse como un crimen de ética social.

Es razonable que ante esta situación de injusticia, se espere que las profesiones médicas y sociales participen en la corrección de las políticas públicas que se deben modernizar. Al mismo tiempo, para que los médicos, enfermeras, epidemiólogos, administradores, economistas de la salud y demás profesionales vinculados al campo sanitario puedan cumplir cabalmente con este compromiso, se ve la necesidad de involucrar a las universidades y centros de educación superior, en el fortalecimiento de los programas de aprendizaje que capaciten a los estudiantes a identificar el fenómeno, sus determinantes y a desarrollar las destrezas para diseñar, promover e implantar los cambios necesarios.

En abundancia a los principios de Alma Ata, en 1986 se hizo pública la declaración de Ottawa para la promoción de la salud, en la que se define a ésta como el proceso de capacitar a las personas para mejorar y aumentar el control sobre su salud.

Como parte de este enfoque, la salud es vista como un recurso para la vida diaria, no el objetivo de vivir. La salud se interpreta así como un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, al igual que las capacidades físicas. Por ello, la promoción de la salud no es únicamente responsabilidad del sector salud, sino que va más allá de los estilos de vida saludables. Las condiciones y recursos fundamentales para la salud, son entonces, entre otros, la paz, la educación, la alimentación, el ingreso

económico, la ecología estable, la vivienda, la justicia social y la equidad. La buena salud es un recurso fundamental para el desarrollo personal y una dimensión importante de la calidad de vida.

Finalmente, conviene señalar que para tener una visión equilibrada y capaz de impulsar las transformaciones que el sistema de salud demanda, deberemos estimular el desarrollo del pensamiento complejo, considerar la incertidumbre y favorecer la equidad. Es imprescindible tomar en cuenta estas tres dimensiones, para construir un saber capaz de impulsar el cambio que fortalezca nuestra esencia como profesionales de la salud, al tiempo que nos permita recuperar la verdadera dimensión de lo humano.

Referencias

1. Barraza-Lloreny M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutiérrez JP. Addressing inequity in health and health care in Mexico. *Health Affairs* 2002;21(3):47-51.
2. Rivero P. De la moral a la ética: por una apología de la inmoralidad (ponencia presentada en el Seminario: La Práctica Actual de la Medicina). México: Universidad Nacional Autónoma de México;2003.
3. Engelhardt T. The foundations of bioethics. New York: Oxford University Press;1986. pp. 23-29.
4. James R. Ethical theory and bioethics: En: Singer P, Kuhse H, editores. A companion to bioethics. London: Blackwell;1998. pp. 15-24.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 5a ed. New York: Oxford University Press;2001. pp. 1-9.
6. Gafo J. Diez palabras claves en bioética. Navarra, España: Editorial Vista Divina;2001. pp. 11-20.
7. González J. Ethos, destino del hombre. México: UNAM-FCE;1996. pp. 72-92.
8. Pellegrino E, Thomasma D. Philosophical basis of medical ethics. New York: Oxford University Press;1981.
9. Veatch R. A theory of medical ethics. New York: Basic Books;1981.
10. Jonsen A. A short history of medical ethics. New York: Oxford University Press;2000. pp. 1-12.
11. Callahan D. What kind of life: the limits of medical progress. New York: Simon and Schuster;1990.
12. Callahan D. Setting limits: medical goals in an ageing society. New York: Simon and Schuster;1990.
13. Quill T. Death and dignity. New York: W.W. Norton;1993. pp. 43-56.
14. Encyclopedia of bioethics. Garrad PS, editor. 3a ed. MacMillan;2003.
15. Engelhardt T. The foundations of bioethics. ed. cit. p. 66.
16. Pérez-Tamayo R. Ética médica laica. México: El Colegio Nacional- FCE;2003.
17. Chávez I. Ética, deontología y responsabilidad del médico. Conferencias y discursos. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina;2003. pp. 40-52.
18. Rivero-Serrano O. Ética o bioética (Ponencia presentada en el Simposio Conmemorativo de los 425 años de la Inauguración de la Primera Cátedra de Medicina en la Universidad de México). México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México, 7 de enero de 2004.
19. Danis M, Glancy C, Churchill L. Ethical dimensions of health policy. New York: Oxford University Press;2002.
20. Pérez-Tamayo R. Ética médica laica, ed. cit.
21. Valdés M (compiladora). Controversias sobre el aborto. México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM-FCE;2001.
22. Harsgreaves S. Rules on gene therapy are tightened after leukaemia alert. *Br Med J* 2002;325:791.
23. Marwick C. FDA halts gene therapy trials after leukaemia case in France. *Br Med J* 2003;326:181.
24. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health. London: Oxford University Press;2001.
25. Buchanan D. An ethic for health promotion. New York: Oxford University Press;2001.
26. Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma Ata. 6-12, Septiembre, 1978.