

Noticias

El humanismo ilustrado y la medicina preventiva del siglo XVIII: ética social o justicia sanitaria¹

Dr. Edmundo ESTEVEZ M.

Director Escuela de Medicina, Centro de Biomedicina, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Quito-Ecuador.

En todo momento histórico se ha especulado con un interés muy especial sobre los problemas que aquejan al hombre en su vivir cotidiano, pero en ninguna época como en la nuestra la temática del mismo hombre como problema ha palpitado tan intensamente en cualquier manifestación de la inteligencia humana.

Existen numerosos testimonios antiguos de la preocupación ética asistencial en el ejercicio de la medicina y en la protección social organizada de la medicina, razón por la cual podemos afirmar que el asunto de la ética (Justicia Sanitaria) es tan antigua como la propia medicina.

La medicina preventiva iniciada en épocas anteriores, tuvo que atravesar por varias etapas a lo largo de varios siglos, siguiendo la misma marcha lenta de la evolución de la humanidad. Su organización se identifica en tres períodos importantes: 1) el período sacerdotal, 2) el período médico social o del empirismo hipocrático y 3) el período científico. Todo se inició con Moisés, el gran legislador del pueblo hebreo, quien comprendió la necesidad de poner en práctica ciertos preceptos de higiene social, con el fin de preservar la colectividad humana bajo su mando, previniendo al pueblo de las enfermedades contagiosas. En el siglo de Pericles, Hipócrates emancipa definitivamente la medicina del yugo de las creencias y supersticiones populares, negando el origen divino de las enfermedades, así como su intervención en la curación. La medicina griega se proyecta indómita hasta la Edad Media, donde las devastadoras epidemias invocaron nuevamente el recurso de la protección divina contra las calamidades. En el período científico iniciado con Hallé en 1802, los conceptos modernos de higiene sacan el mejor partido posible en beneficio de la salud pública, haciendo comprender a los Gobiernos la necesidad de proteger la salud de sus habitantes. Este avance humanitario, proclama los derechos del hombre entre los cuales figuran en primera línea el derecho a la vida y el derecho a la salud. Estas incipientes medidas de prudencia y prevención, bastaron para limitar la extensión de las epidemias, así como para disminuir su intensidad. La

¹ Ponencia presentada en la V sesión del Comité Internacional de Bioética de UNESCO. Noordwijk, The Netherlands. Diciembre de 1998.

Dirección para correspondencia: Dr. Edmundo Estévez M, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central, Iquique y Sodiro, Teléfonos 528810, 528690, Quito-Ecuador.

higiene induce a los parlamentos europeos para construir y ampliar las leyes de protección en contra de las enfermedades infecciosas (Salvat, A., 1936)

En las páginas de la historia nacional ecuatoriana, el protomédico de la colonia Eugenio de Santa Cruz y Espejo avizoró genialmente la tesis de la circulación del dinero en equilibrio inteligente con la justicia social. Con criterios biológicos avanzados y talentoso razonar, Espejo advertía que el organismo humano necesitaba de los glóbulos rojos de la sangre y los glóbulos blancos del dinero.

Espejo tuvo la admirable idea de combatir el contagio de las enfermedades por todos los medios. Llegó a proponer la intervención de la justicia en estos problemas, a la que nombra en sus numerosos escritos, señalándole sus deberes, fundamentando los deberes del Estado frente a la responsabilidad ineludible de la salud pública. Propone entonces la necesidad de crear la "Policía Médica", entendida hoy como la estructura de salud y la legislación sobre medicina social y preventiva, que tanto tiempo han tardado en instrumentarse en el mundo entero, pero particularmente en los países en vías de desarrollo. Este constituye un aspecto singular que aporta Espejo en sus trabajos y reflexiones (Garcés, E., 1996).

Espejo define la necesidad de que todos los habitantes de un barrio, una calle, una casa, una ciudad, deben velar por la higiene. A la época, a nadie se le ocurría que las enfermedades provenían de la antihigiene. Pidió angustiado que haya preocupación por contener el avance de los males venéreos. Además se preocupó de que los enfermos con entidades contagiosas fueran apartados de los otros para evitar la dispersión de la enfermedad devastadora en la colonia (Garcés, E., 1996).

En esta transición histórica del humanismo ilustrado al Estado moderno, éste asume progresivamente un notable interés por el bienestar; pero ¿hasta qué punto ha hecho del bienestar uno de sus principales campos de atención e intervención? El trasfondo de la pobreza extrema, la indigencia, mendicidad, la falta de higiene y las epidemias, han representado permanentemente las realidades individuales y colectivas que amenazan el orden y la tranquilidad pública y entonces, el Estado ha debido afrontarlas con medidas ya represivas, ya asistencialistas. Las dramáticas condiciones de vida derivadas de las grandes desigualdades sociales en amplios sectores de la población, han determinado una serie de presiones a favor de una intervención pública con la intención de contener y paliar tales intenciones. El proceso que se ha derivado de

estas intervenciones estatales encuentra sus pasos cruciales en la transición de la beneficencia pública al sistema contributivo de seguridad social. Titmuss, establece tres modelos tipológicos de políticas sociales: 1) Residual o de asistencia pública, 2) Particularista y 3) Institucional y redistributivo. (Ranci, E., y Juárez, M., 1990).

El bienestar social se ha ido configurando en las sociedades modernas como uno de los valores determinantes de su organización para mejorar las condiciones de vida de las personas. Esta finalidad ha sido una constante en la historia de la civilización. Esta noción de bienestar trasciende los aspectos exclusivamente culturales, e incluye actualmente como ingredientes a factores esenciales, inicialmente descuidados, y niveles de sofisticación que en un principio no eran exigidos respecto a otras dimensiones del hombre moderno.

Las relaciones entre los profesionales de la salud y los enfermos se fortifica a inicio de la década de los 70 con la aprobación de la *Carta de los Derechos de los Enfermos de los hospitales en Estados Unidos de Norte América*, y que logra una rápida difusión en otros países como en España con la refrendación de la Ley de Sanidad (1984), que incluye una *Carta de Derechos y Deberes de los Enfermos*. Antes de entrar en el problema de la humanización de la práctica sanitaria individual y colectiva, la Bioética irrumpe rescatando los principios de beneficencia, autonomía y justicia. Estos principios tienen total vigencia y validez en el conjunto de la vida social, es decir en el compromiso social del ejercicio público y privado de la medicina científica.

Desde la perspectiva de la ética de la vida, el Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, promulga la Carta de los Agentes de la Salud para abordar complejos problemas implicados en la inseparable relación existente entre medicina y moral. La Carta establece que el ámbito del bienestar social, asume una categoría particular en el escenario social, dando prioridad a la prevención y a la protección de la salud individual y colectiva. La protección de la salud compromete al agente de salud prioritariamente en el campo de la prevención. Prevenir es mejor que curar, dice la Carta, porque evita a la persona la molestia y el sufrimiento de la enfermedad y a la sociedad le exime los costos, no solo económicos, sino del tratamiento y recuperación. Es competencia esencialmente de los agentes de la salud la prevención propiamente sanitaria, la cual consiste en el suministro de medicamentos especiales, vacunación; ejecución de exámenes y pruebas de tamizaje para investigar predisposiciones; prescripción, información e instrucción sobre comportamientos y hábitos que tienen como propósito evitar la aparición, difusión o el agravamiento de enfermedades. La prevención puede ser orientada a todos los miembros de una sociedad, a grupos específicos o a personas individuales. Existe también una prevención sanitaria en sentido amplio, en la cual la acción del agente de la salud es solo un componente del compromiso profiláctico puesto en marcha por la sociedad. Es la prevención que se practica con las enfermedades llamadas sociales, como la tóxico-dependencia, el alcoholismo, el tabaquismo, el

SIDA; las alteraciones peculiares de grupos sociales específicos como los adolescentes, los que tienen alguna limitación, los ancianos; los riesgos para la salud ligados a las condiciones y modalidades del estilo de vida moderno relacionados con la alimentación, el ambiente, el trabajo, el deporte, el tráfico urbano, el uso de medios de transporte, de máquinas y electrodomésticos (Carta de los agentes de salud, 1995).

Pobreza, marginalidad y desigualdad social

El Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española expresa el significado del adjetivo *pobre* como "necesitado, menesteroso y falta de lo necesario para vivir, o que lo tiene con mucha escasez". Igualmente define el sustantivo *pobreza* como "necesidad, estrechez, carencia de lo necesario para el sustento de la vida". El término *pobreza* lleva implícito la comparación entre una persona, familia o grupo humano y la concepción de quien habla o escribe, sobre lo que es necesario para vivir o sustentar la vida (Boltvinik, J., 1990).

Al referirse sobre la pobreza en el mundo, Dower, N., señala que la quinta parte de la población mundial vive en la pobreza absoluta. Este trasfondo de desigualdad social determina: hambre, desnutrición, enfermedad generalizada, elevada mortalidad infantil, deterioro de las condiciones y calidad de vida, insatisfacción de las necesidades básicas, temor e inseguridad. La mayoría de estas personas viven en los países más pobres del mundo (países en vías de desarrollo). La pobreza extrema exhibe al menos tres facetas que la convierten en un mal grave: En primer lugar, supone un significativo acortamiento de la vida. En segundo lugar, supone un gran sufrimiento y dolor (a causa de la enfermedad y el hambre). Y en tercer lugar, hace imposible llevar una vida digna y decente.

Los programas gubernamentales y no gubernamentales de lucha contra la pobreza pretenden ayudar a quienes viven en la miseria a escapar de la miseria e incorporarlos al incipiente proceso de desarrollo en el tercero y cuarto mundos. El arzobispo Helder Camara, señaló en una ocasión que "cuando ayudo a los pobres me llaman santo, pero cuando pregunto por qué son pobres me llaman comunista". Lo que en realidad muestra esto es que la verdadera ayuda no consiste meramente en la respuesta paliativa de compasión inmediata, sino en buscar las causas de la pobreza y eliminar aquellas de estas causas que puede eliminar la acción humana. Lo que se hace por misericordia o caridad suele considerarse algo que está más allá del deber o de lo exigible moralmente. El aliviar el sufrimiento, satisfacer las necesidades básicas, instituir los derechos fundamentales y aplicar el principio de justicia social son todos ellos aspectos complementarios del bien que podemos y debemos hacer (Dower, N., 1995).

Todos tenemos una obligación de contribuir a aliviar la pobreza mundial. La asistencia esperada tiene una dimensión no cuantificable de la responsabilidad moral de todos.

Dado que la vida pública surge con el contrato social o civil. Este lo contraen libremente los ciudadanos, y tiene por objeto, de una parte proteger los derechos de todos

los individuos, y de otra, promover la igualdad de oportunidades y la equidad básica. Esta promoción se realiza mediante la formulación y el establecimiento de otros derechos humanos (derechos económicos, sociales y culturales). La función del Estado es la justicia. Si en un sentido justicia significa protección de la privacidad de las personas mediante los derechos civiles y políticos, en otro sentido justicia significa promoción de la igualdad de oportunidades o de la equidad mediante los derechos económicos sociales y culturales. La idea de justicia no engloba simplemente lo que los individuos se hacen unos a otros sino también las estructuras y relaciones generales que existen, o deben existir en una sociedad (Dower, N., 1995; Gracia, D., 1998).

Los intereses de bienestar consisten simplemente en aquel conjunto de recursos generalizados que tendrán que disponer los individuos antes de perseguir cualesquiera de las preferencias más particulares que puedan tener. Es obvio que la salud, el dinero, la vivienda, los medios de vida y similares son intereses de bienestar de este tipo, recursos útiles sean cuales sean los proyectos y planes particulares de las individualidades que conforman el todo social. (Goodin, RE., 1995)

Porqué se limita las prestaciones en salud?

Las prestaciones con cargo al presupuesto nacional las limita obviamente el Estado, sin embargo del compromiso popular y social que asumen los gobiernos frente al reto del desarrollo y de la justicia social. El debate social que puede hacerse sobre las prestaciones en salud, trasciende lo jurídico y asumen un posicionamiento de orden moral, dada su trascendencia y relación con los derechos inalienables a todo ser humano. El problema de la asignación y distribución justa y eficiente de los recursos para los cuidados de la salud no constituyen un aspecto nuevo (Gracia, D., 1998).

La visión actual de los Estados sobre la necesidad declarativa para alcanzar una sociedad saludable se sustenta en los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia. Lamentablemente, pocos son los países del tercer mundo que han logrado llegar a estas metas. Persisten los presupuestos limitados y los grandes conglomerados humanos sin prestaciones básicas de salud. La salud y la medicina preventiva en particular, son una responsabilidad pública, un compromiso moral de todos para llevar una vida digna y decente. Esta ética social ha de concebirse como una obligación compartida que impida la limitación indebida de recursos y servicios para garantizar la libertad de todos los individuos.

Epítome

La naturaleza humana en su dimensión natural e histórica

asume un cúmulo de valores y principios morales, hoy y mañana. Los ámbitos sanitarios tienen objetivos, normas, premios y estructuras de autoridad que se asemejan a las de otras instituciones con las que se relacionan formal e informalmente compartiendo ideologías comunes sobre la apropiada distribución de recursos y la justa distribución de bienes y servicios. Las mismas fuerzas sociales que contribuyen a la deshumanización en los escenarios económicos y políticos tienen consecuencias similares sobre la atención sanitaria. Bajo el pensamiento de Howard, cinco serían los factores sociales y sanitarios que inciden sobre la tendencia progresiva de la deshumanización médica: centralización, burocracia, beneficio secular, profesionalismo e ideologización del propio paciente (Gafo, J., 1993).

Recuperemos la belleza humana a través de la asistencia sanitaria, instrumentada con justicia sanitaria, haciendo prevalecer en todo momento y en todo lugar el poder de la inteligencia junto a la bondad y sencillez de nuestros actos. Debemos trascender la singularidad de la amistad hombre-hombre para conciliar la responsabilidad social de la amistad Estado-hombre. Reafirmemos todos la esperanza social e histórica del humanitarismo frente a los retos de la nueva epidemiología, en tanto medicina de la esperanza.

Bibliografía y Referencias

1. Aranguren J: *Ética y política social*. Ediciones Orbis. Madrid, 1986.
2. Boltvinik J: *Pobreza y Necesidades Básicas*. PNUD-UNESCO-CRESAL. Proyecto Regional para la superación de la pobreza. Caracas, 1990.
3. *Carta de los agentes de la salud*. Segunda edición. Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. Santafé de Bogotá, 1995.
4. Charlesworth M: *Bioethics in a Liberal Society*. Cambridge University Press. Cambridge, 1993.
5. Dower N: *La pobreza en el mundo*. En: Singer P, ed: *Compendio de Ética*. Alianza Editorial. Madrid, 1995.
6. Estrella E: *Eugenio Espejo precursor de la Medicina Científica Ecuatoriana*. En: Fierro-Benitez R, ed: *Biopatología Andina y Tropical Ecuatoriana*. Tomo I. Academia Ecuatoriana de Medicina. Quito, 1995.
7. Gafo J: *Diez palabras clave en Bioética*. Editorial Verbo Divino. Navarra, 1993.
8. Garcés E: *Eugenio Espejo: Médico y duende*. 2da ed, Octavio Peláez Editores. Quito, 1996.
9. Goodin RE: *La utilidad y el bien*. En: Singer P, ed: *Compendio de Ética*. Alianza Editorial. Madrid, 1995.
10. *Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Plan de Gobierno en Salud: 1998-2002*. Quito, 1998.
11. Ranci E, Juárez M: *Bienestar Social y Seguridad Social*. En: Compagnoni F, Piana G, Privitera S: *Nuevo diccionario de Teología Moral*. Ediciones Paulinas. Madrid, 1992.
12. Salvat A: *Tratado de Higiene*. Tercera Edición Tomo I. Manuel Marín Editor. Barcelona, 1936.