

## SECCION ESPECIAL

### ETICA MEDICA EN LA REPUBLICA DOMINICANA: NUEVAS OPORTUNIDADES EN AMERICA LATINA

CARLOS JORGE

DEL DEPARTAMENTO DE ETICA BIOMEDICA,  
ESCUELA DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VIRGINIA,  
CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA, U. S. A.

TRADUCCION JULIO RODRIGUEZ GRULLON

#### Resumen

Respondiendo a una complejidad creciente de la altamente tecnificada atención médica de hoy, algunos países en América Latina han iniciado programas de ética biomédica en sus escuelas de medicina y hospitales para referirse a los temas éticos involucrados con esta atención médica.

Otros países en América Latina no han sido tan afortunados. La República Dominicana está entre ellos.

La República Dominicana no tiene programas o clases formales de ética médica.

Sin embargo, una encuesta realizada entre 45 médicos reveló que hay un interés marcado en que se introduzca la ética médica formalmente.

#### Etica médica

#### Republica Dominicana

#### Abstract

Responding to the ever-increasing complexity of today's highly technological health care, some countries in Latin America have initiated biomedical ethics programs in their medical schools and hospitals to address the ethical issues involved with this medical care. Other countries in Latin America have not been as fortunate. The Dominican Republic is among them. The Dominican Republic has no formal medical ethics programs or classes.

However, a survey performed with forty-five doctors revealed that there is a valid interest in seeing formal medical ethics introduced.

#### Medical ethics

#### Dominican Republic

#### INTRODUCCION

Los países en desarrollo del mundo moderno están constantemente enfrentando retos. Estos retos se presentan en muchas formas,

notablemente desordenes civiles, pobreza y enfermedad. La República Dominicana ha estado tradicionalmente padeciendo estas condiciones.

La prestación de atención médica efectiva a la población, es uno de los problemas mas



difíciles que el país enfrenta.

Debido a que el ejercicio de la medicina introduce características tan dinámicas, especialmente en los centros médicos tecnológicamente modernos, muchas cuestiones éticas han surgido.

El desarrollo de la "ética médica", en la democracia de los Estados Unidos está impregnada de ideas de respeto al individuo.

El movimiento bioético de los años 1960, fue inicialmente un "movimiento social e intelectual" preocupado por ciertos "dilemas morales, especialmente en el área de la investigación"<sup>1</sup>.

Sin embargo, en los 1970, aquellos involucrados en la bioética, comenzaron a incorporar y a delinear la idea de ética clínica o médica, con la figura central de el paciente.

En esta situación clínica, cuestiones morales sobre consentimiento informado, capacidad, y el derecho del paciente a morir, se producen cada día.

Debido a que la sociedad americana se ha desarrollado con la idea de los derechos y libertades del individuo, la ética clínica practicada en los Estados Unidos, refleja fuertemente este hecho.

La República Dominicana es uno de los muchos países en vías de desarrollo, tratando de implementar cambios para beneficio de la sociedad en su conjunto.

Una de las mejores oportunidades que tiene, es la implementación de reglas de ética en su práctica médica.

Sin embargo, como otros países en América Latina, su desarrollo democrático no ha seguido la misma ruta que en los Estados Unidos.

La democracia en los países latinoamericanos avanzó sobre el principio de sociedad primero y el individuo segundo.

Como dice Margaret Crahan, las repúblicas latinas iniciadas en el siglo XIX creyeron que, "la sociedad era una unidad corporativa funcional basada sobre la ley escolástica natural, en la cual la libertad se ejercía dentro del cuerpo corporativo"<sup>3</sup>.

Este "centralismo social" ha gobernado la visión latinoamericana hacia política y sociedad. Todavía más, con el papel paternalístico de la iglesia católica y sus enseñanzas sobre teología, la ética sobre el ejercicio de la medicina en países latinoamericanos se enfatizó no sobre la autonomía del paciente, sino en la beneficencia.

Como dice el Dr. José Mainetti el paternalismo de la beneficencia ha dominado las relaciones entre el médico y el paciente, y entre

la medicina y la sociedad en Latinoamérica hasta el día de hoy"<sup>4</sup>.

Como hay raíces diferentes a la de los Estados Unidos en el pensamiento ético, vamos a explorar los problemas que tiene un país latinoamericano como la República Dominicana para establecer una ética médica robusta.

En un periodo de dos semanas una encuesta fue realizada para estudiar las actitudes de los médicos en los hospitales dominicanos y se preguntó específicamente sobre las siguientes posibilidades:

1.- La introducción de la materia ética médica en el curriculum de las escuelas de medicina y

2.- La organización de comités de ética médica en los hospitales.

La encuesta incluyó 9 preguntas para señalar prioridades y escoger los aspectos pertinentes a la ética médica.

Las respuestas a la encuesta revelaron que los médicos dominicanos tienen un conocimiento limitado sobre las bases de la ética médica, indicando una necesidad clara de introducir programas para educar a los médicos en ejercicio, estudiantes de medicina y otros profesionales de la salud, no sólo sobre ética clínica sino también en todo el campo de la bioética.

Poco trabajo se ha hecho sobre ética médica en la República Dominicana, pero esfuerzos cada vez mayores se están haciendo actualmente en otros países latinoamericanos.

Al examinar la posibilidad de introducir un programa de ética médica en la República Dominicana, uno tiene que saber la estructura de su sistema de salud, el trabajo que se hace en otros países latinoamericanos y las diferentes metodologías que están siendo consideradas como el modelo para las escuelas de medicina latinoamericanas y los hospitales.

La encuesta fue estructurada tomando como base el artículo "Basic Curricular Goals in Medical Ethics" por Charles M. Culver y colaboradores<sup>5</sup>, contenía tres secciones:

La primera sección pedía a los doctores revelar la palabra o idea que les venía a la mente al leer las palabras "ética médica".

La segunda sección fue directamente adaptada de el artículo. El artículo describe el contenido organizativo de una clase de ética médica y también describe siete aspectos de la ética médica que deben estar contenidos en un curriculum básico. Utilizando estos siete aspectos, a los médicos se les preguntó en la



sección dos asignar a cada aspecto individual un valor de importancia, donde 10 era el más importante y uno el menos importante.

Por último la sección tres pedía a los médicos elegir, de los siete aspectos el que ellos consideraban más importante en la situación clínica. También se les daba a ellos la opción de su idea personal propia sobre el aspecto ético que ellos consideraban más relevante en una situación médica.

Cuarenta y cinco médicos participaron en la encuesta que se hizo en dos hospitales públicos y una clínica privada. Los médicos en los hospitales públicos eran más jóvenes y habían completado más recientemente su entrenamiento que los médicos en la clínica privada.

Inicialmente les pregunté a los doctores en los hospitales públicos si alguno había tenido entrenamiento formal en ética; un pequeño número respondió que ellos habían tenido algunas lecturas presentadas por un sacerdote católico, pero esto había sido al comienzo de su entrenamiento y no podían recordar los temas específicos cubiertos.

Los médicos en la clínica privada eran más viejos y ya habían hecho el servicio requerido en los hospitales públicos. La mayoría de estos médicos no recordaban ningún entrenamiento en ética médica y aquellos que tenían alguna información sobre estos temas dijeron que había sido un proceso de auto-enseñanza.

## RESULTADOS

En la sección uno de la encuesta más del cincuenta por ciento de los médicos respondieron que la conducta profesional fue la idea que ellos asociaron con ética médica. Es de destacar, que aunque consentimiento informado, una de las bases de la ética médica era una opción, ninguno de los médicos señaló esta respuesta.

Este resultado sugiere que la ética practicada en la República Dominicana se percibe más como las relaciones entre los médicos y la atención que están prestando a la sociedad como un todo, que a las circunstancias que afectan la relación médico-paciente.

Este resultado está de acuerdo con el artículo "Medical ethics in Latin America: A new interest and commitment", de los doctores James F. Drane y Hernan L. Fuenzalida. Los autores dicen:

Solo recientemente la ética médica en los Estados Unidos ha pasado de preocuparse con asuntos individuales a

## CUADRO No. 1

### RESULTADOS DE LA ENCUESTA

NUMERO TOTAL DE MEDICOS 45

#### SECCION 1

##### IDEAS EN RELACION CON ETICA MEDICA

IDEA	TASA EN %
Conducta profesional	55
Moral	33
Hipocrates	11
Autonomía del paciente	0
Litigios	0

#### SECCION 2

VALOR DE 10 ASIGNADO A TEMAS RELEVANTES A LA ETICA

Un promedio de 27 médicos contestó 10 o más importante para todas las siete categorías

#### SECCION 3

##### CONDICION MAS IMPORTANTE DE LA ETICA MEDICA

CONDICION	TASA EN %
Identifica el aspecto moral de el ejercicio de la medicina	48.9
Obtener permiso para tratar un paciente incapacitado	8.9
Conocimiento de cuando retener información al paciente	8.9
Obtener autorización del paciente para el tratamiento	4.4
Conocimiento de como proceder cuando el paciente rehusa el tratamiento	2.2
Conocimiento de cuando dar información sobre el paciente a otras personas	2.2
Conocimiento de como proceder eticamente con un paciente enfermo sin esperanza de recuperarse	0.0
No contestaron la encuesta	6.7



problemas ético-sociales.

La ética médica en América Latina tiene una historia diferente.

Los éticistas allí tradicionalmente han estado más preocupados con las dimensiones sociales de la medicina; Las relaciones médico-paciente son un área de interés más reciente.<sup>6</sup>

Los resultados de las secciones dos y tres de la encuesta, indican que los médicos dominicanos fueron capaces de reconocer la importancia de los aspectos éticos en la situación clínica, pero al hablar con ellos luego de la encuesta, la mayoría dijo que creían que todos esos aspectos no podían ser incorporados a la situación en los hospitales públicos.

Aunque en la República Dominicana se ha incluido en todas las constituciones el derecho de la libertad y dignidad humanas, la aplicación de esto virtualmente no existe, aunque hay un interés creciente por recibir más información.

Algunos de los médicos se acercaron a mí después de la encuesta y me pidieron información sobre eutanasia e investigación con tejido fetal.

Aunque el interés existe, el problema fundamental con el inicio de un programa de ética médica en la República Dominicana está directamente relacionado al sistema de atención médica en el cual estaría implantado.

Como muchas otras naciones latinoamericanas, el sistema de atención médica dominicano está plagado de un sistema tremendamente ineficiente, responsable de la obtención de sus recursos.

Habiendo trabajado en los hospitales dominicanos, he observado la interacción de los médicos con los pacientes, enfermeras y el resto del personal del hospital. No es sorprendente que la medicina que **todaya allí se ejerce**, coloca al médico en un papel fuertemente paternalista.<sup>7</sup>

Las enfermeras todavía se ven en un papel de sumisión, en vez de una parte integral del equipo médico.

Los pacientes tienen un conocimiento limitado sobre su enfermedad y comprenden menos todavía sobre el tratamiento que están recibiendo o van a recibir.

Como lo describieron Childress y Siegler, "el paternalismo tiende a concentrarse en los cuidados en vez del respeto, las necesidades del paciente más que en sus derechos, y en la discreción del médico más que en la autonomía

del paciente."

Este modelo directamente ejemplifica el sistema dominicano de salud, pero como los resultados de la encuesta indican, hay razón para tener esperanza.

#### El sistema dominicano de salud.-

El sistema de atención médica de la República Dominicana está compuesto de cuatro programas individuales que se superponen.

1.- La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS).

Provee atención médica pública y asistencia social a la población dominicana en general. A través de 450 clínicas sirve a 5 millones de habitantes.

2.- El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS).

Ofrece cobertura de seguridad social incluyendo atención médica, a 320,000 individuos y sus dependientes en 160 clínicas.

3.- El Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAPOL).-

Provee cobertura a los miembros de las Fuerzas Armadas.

4.- Atención médica privada que existe conjuntamente con las tres señaladas.<sup>9</sup>

Aunque el país tiene una abundancia de médicos y otros trabajadores de la salud, recibe fondos internacionales para el área de la salud y está expuesto a modelos y tecnologías occidentales, la atención médica que recibe la población es significativamente inadecuada.

Plagado como muchos otros países latinoamericanos con recursos limitados y problemas organizacionales, la República Dominicana se encuentra con un sistema que debería funcionar pero que no lo hace.

Linda M. Whiteford en su artículo "Contemporary health care and the colonial and neocolonial experience: The case of the Dominican Republic"<sup>10</sup>, opina que algunos de los problemas existen porque la República Dominicana es un país,

"...Con una historia de múltiples colonizaciones y ocupaciones militares (notablemente por los Estados Unidos), una isla geográficamente ocupada en situación conflictiva por dos naciones y una combinación cultural de un patriarcado español autoritario con culturas africanas."<sup>11</sup>

A principios de este siglo, la República Dominicana fue ocupada militarmente por los Estados Unidos.

Hubo efectos tanto negativos como



positivos de esta ocupación.

La Republica Dominicana antes de la ocupación carecía de un sistema de cloacas moderno, caminos o instalaciones médicas.

En un gran proyecto humanitario los Estados Unidos construyeron en el país caminos, escuelas, hospitales y cloacas que mejoraron las condiciones del país considerablemente.

Al mismo tiempo sin embargo, no se entrenaron dominicanos como médicos o administradores que pudieran manejar estas instalaciones eficientemente luego de la partida de los soldados. Por esta causa Whiteford opina que :

"..... La exclusión de los proveedores clásicos de atención médica y la arbitraria imposición de el modelo, contribuyeron a crear las dificultades que el sistema dominicano de salud enfrenta hoy."<sup>12</sup>

El sistema de salud que existe actualmente en la Republica Dominicana está trabado por un metodo obsoleto de proveerlo de recursos.

Las decisiones en relación a la aplicación de recursos son hechas de forma centralizada en el Ministerio de Salud.

Los directores de unidades sectoriales y regionales del sistema de salud tienen poco control sobre sus propios presupuestos, servicios y personal. Todas las decisiones financieras y organizacionales son referidas al Ministerio centralizador causando dilaciones y perdida de participación.<sup>13</sup>

En una entrevista Hernán Fuenzalida, consejero legal principal de la Organización Panamericana de la Salud (OPS o PAHO) declaró que :

"..... La manera de obtener recursos debe ser cambiada; la visión estrecha para proveer la atención de salud, especialmente por el Ministerio de Salud en estos países tiene que ser cambiada".

Mas aún, Whiteford opina que el sistema dominicano está demasiado centralizado y es demasiado autoritario para proveer la atención adecuada que se necesita.

Fuenzalida admite que en países como la Republica Dominicana hay una gran distancia entre aquellos que reciben y aquellos que no reciben la atención necesaria en salud. El opina que :

" El problema que estos países enfrentan es que sin los necesarios recursos, el país no puede cambiar el sistema de salud institucionalizado. Y como algunos de estos recursos no van a venir, países como la Republica Dominicana tendrán

que redefinir su sistema de atención primaria en salud". Whiteford concluye que observando el sistema dominicano de atención en salud debe causarnos una re-evaluación de nuestras nociones acerca de modelos de atención en salud, enfatizando no solo en el personal y la tecnología, sino también en la cultura y la historia de las personas que van a ser atendidas <sup>14</sup>.

Asimismo, al establecer currículos de ética médica y comites de ética en los hospitales en la Republica Dominicana y otros países latinoamericanos, uno no puede asumir de inmediato que el modelo tradicional de los Estados Unidos va a servir a la perfección. Tiene que haber una incorporación de las culturas y tradiciones de los países individuales, obteniéndose al final un modelo de ética particular que se ajuste a los objetivos de ese país.

#### **Estado de la ética médica y bioética en latinoamerica.-**

En la entrevista con el señor Fuenzalida, el recalzó que uno tiene que distinguir entre el concepto de ética clínica y la idea de la bioética.

La ética clínica en la situación latinoamericana está directamente relacionada a la ética de la profesión misma; es la idea de la conducta profesional entre los mismos doctores.

La noción de la bioética, gobernada por los principios de beneficencia, buenas intenciones, autonomía, justicia y proporcionalidad, cubre una gama mas amplia de tópicos, especialmente en relación a la investigación, tecnología, y obtención de recursos.

Fuenzalida admite que en la mayoría de los países latinoamericanos, el interés en la bioética médica ocurre en forma personal, pero raramente uno ve charlas organizadas y educación planificada sobre estos temas. El reconoce que en la Republica Dominicana han habido seminarios sobre estos tópicos, pero además de eso, poco trabajo formal ha sido hecho ya sea en ética clínica o bioética.

En su artículo "Etica médica en latinoamerica: un nuevo interés y compromiso"<sup>15</sup>, los Dres James F. Drane y Hernán L. Fuenzalida, exploraron el papel actual de la bioética en cinco países latinoamericanos.

Como los resultados obtenidos en la Republica Dominicana ellos encontraron los profesionales de la medicina en estos cinco países, "... deseosos de aumentar la importancia de la bioética en sus naciones".<sup>16</sup>

Actualmente en cada capital latinoamericana,



incluyendo Santo Domingo la capital dominicana, existen grandes y altamente tecnificadas instalaciones médicas.

Los autores encontraron que aunque algunos médicos estaban enterados de los problemas éticos originados por estas tecnologías, en ninguna parte encontraron la preocupación existente en los Estados Unidos de preservar los derechos del paciente, cuando está siendo objeto de ciertos procedimientos, altamente tecnificados y de alto riesgo.<sup>17</sup>

Los cinco países incluidos en el trabajo de los autores fueron Colombia, Argentina, Chile, Bolivia y Brasil. Un breve resumen de los esfuerzos en cada país sobre la bioética será presentado.<sup>18</sup>

En Colombia la bioética primariamente afecta las raíces sociales de las enfermedades, como se financia la atención médica que se presta y quien tiene acceso a ella. Estos factores están jugando un papel cada vez más importante en la República Dominicana.

En la actualidad, atención médica adecuada es provista a aquellos que pueden pagarla. Aquellos que no pueden pagar raras veces son tratados efectivamente.

En Argentina, José A. Mainetti ha hecho tremendos esfuerzos por crear conciencia sobre estos temas, pero en general la comunidad médica argentina todavía ve la ética en términos que pueden describirse como conducta profesional o etiqueta médica.

Sin embargo, por los esfuerzos de Mainetti y otros líderes en la comunidad médica, se están dando pasos hacia entender la ética en la práctica clínica, la educación de los estudiantes de medicina y la investigación.

En Chile parece existir una visión mucho más desarrollada hacia la ética entre los médicos.

Las dos escuelas de medicina más importantes ofrecen cursos sobre ética para estudiantes de medicina y existen comités de ética, los cuales funcionan en los dos hospitales universitarios, pero el énfasis todavía es puesto sobre el desarrollo del carácter y las virtudes o vicios del médico como individuo.

También administradores tanto en la Universidad de Chile como en la Universidad Católica están haciendo esfuerzos serios para incluir la ética médica en los currículos de las escuelas de medicina.

Bolivia se encontró que estaba más atrasada que los otros países y de acuerdo a los autores, "... casi todo está por hacerse"<sup>19</sup>. Como en la

República Dominicana todavía no se ofrecen cursos sobre ética médica en las escuelas de medicina. También uno encuentra en ambos países escasez de personas entrenadas en ética médica que puedan organizar los programas que se requieren.

En Brasil los autores encontraron que las condiciones eran una experiencia aleccionadora, "...una que demuestra que un sistema de atención en salud decente es una proeza que requiere tanto de una robusta economía, como de una ética médica bien enraizada".<sup>20</sup>

Existe en Brasil un Código de Ética Federal establecido por la Asociación Médica Brasileña en 1988, que señala las reglas éticas tanto para el ejercicio de la profesión médica como para la conducción de la investigación. Sin embargo se piensa que se ha producido en Brasil un serio deterioro de la atención en salud debido a la situación caótica de la profesión médica, la falta de materiales básicos en los hospitales y la ausencia de apoyo del gobierno a la investigación.<sup>21</sup>

La República Dominicana padece de todos estos problemas en una forma u otra.

Para complicar todavía más el inadecuado sistema de salud, en años recientes, los médicos más jóvenes se han ido a la huelga, rehusando trabajar sus dos años obligatorios de servicios públicos, porque el pago era insuficiente, dejando los hospitales públicos virtualmente sin personal médico e incapaces de operar.

#### **Metodología de la ética clínica para latinoamérica.-**

Los países latinoamericanos tienen en común una herencia grandemente influenciada por influencias europeas, españolas y portuguesas. Pero cada uno tiene características individuales que difieren de una nación a otra.

Debido a la complejidad de sus culturas e interacciones sociales, muchos de los que trabajan para establecer la bioética en los países latinoamericanos opinan que una metodología completamente americana no sería la más efectiva.

Drane y Fuenzalida dicen que:

Aquellos en latinoamérica que están interesados en este campo, saben que entrenamiento y programas no pueden ser simplemente traídos desde fuera... Algunos elementos de la ética médica norteamericana pueden ser adoptados en latinoamérica, pero no el producto completo. La forma que una ética médica



moderna tome, será dictada por el pasado cultural del país, el contexto médico, y el marco filosófico o teológico que sea invocada... estas diferencias crearán un estilo diferente de ética médica en latino-america, que no será totalmente diferente a la visión norteamericana".<sup>22</sup>

La importancia de establecer una metodología ética efectiva está en su habilidad de educar claramente diferentes individuos, cada uno de los cuales tiene creencias diferentes, para que pueda tomar la correcta decisión ética para sus situaciones personales.

El Dr. Drane en su artículo "Metodologías para Éticas Clínicas"<sup>23</sup> opina que :

"La verdadera ética profesional médica requiere una metodología que, genera tanto el discernimiento moral como apreciaciones correctas consistentemente"<sup>24</sup>.

Sin embargo, debido a que latinoamerica presenta un panorama tan diverso, el mismo Dr. Drane también admite que:

"Existen elementos evaluativos (códigos, estatutos, precedentes, principios éticos, experiencias individuales o de grupo, argumentos racionales, normas culturales, autoridad y fe) que interactúan con explicaciones de hechos o de circunstancias clínicas..."<sup>25</sup>.

Una metodología efectiva incorpora, tanto los elementos de hecho, como los evaluativos.

#### **Metodologías actuales en los Estados Unidos.-**

Sin duda que el crecimiento de la ética médica durante los 1960 hasta el presente, ha ayudado a revolucionar aún más la medicina moderna.

Debido a su crecimiento sin límites, aquellos interesados en la ética médica, comenzaron a establecer programas de ética médica, para entrenar adecuadamente aquellos involucrados en el ambiente médico.

Uno de los primeros programas fue iniciado en 1978 por David Thomasma en la Universidad de Tennessee.

Este programa enfatizaba el aspecto clínico y la metodología para la toma de decisiones se semejaba mucho al proceso metodológico de los médicos para tomar sus decisiones clínicas.<sup>26</sup>

En 1982 Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade condensaron el trabajo de Thomasma para que cubriera cuatro áreas.

Este método se desarrolló para proveer a los

médicos con un listado básico para que se aseguraran que todos los aspectos de una situación fuesen considerados antes de tomar una decisión, en relación a un problema ético.<sup>27</sup>

El Dr. Drane también presentó su propio método.

Como el modelo señalado también cubría cuatro partes, pero está designado para orientar en los problemas relacionados con distinguir los diferentes elementos y niveles que se presentan y mostrar a los que toman las decisiones, como proceder de un paso al próximo.<sup>28</sup>

Por último un método advocated por el Dr. Fletcher de la Universidad de Virginia es el que se concentra en el llamado "plan de atención". Este método está basado en el trabajo de Jonsen y colaboradores, Beauchamp y Childress, pero incorpora también un concepto más amplio de el planeamiento.<sup>29</sup>

Este método incluye tres aspectos:

- 1.- Reconocimiento
- 2.- Toma de decisión
- 3.- Evaluación<sup>30</sup>

Todos estos métodos son similares y han probado ser los más efectivos en los Estados Unidos.

#### **Metodologías europeas y latinoamericanas.-**

Una de las personas más activas con el establecimiento de un programa de ética en latinoamerica es José A. Mainetti, Director de el Instituto de Humanidades Médicas en la Universidad de La Plata, Argentina.

Mainetti es un gran impulsor de la metodología europea de Hans-Martin Sass, el llamado Protocolo Bochum.<sup>31</sup>

Mainetti apoya esta metodología porque él la ve como una disgresión de el enfoque americano de la bioética, un enfoque que él aprecia está muy imbuido de la cultura norteamericana, su sociedad y su medicina.<sup>32</sup>

Esta metodología presenta la tradición médica europea y latinoamericana como más humanística.

Su ética médica no está tan involucrada con teorías utilitarias y deontológicas.

La ética médica europea intenta separarse de los aspectos tecnológicos y de principios guías de la metodología americana, logrando una ética más sensitiva a las consideraciones sobre la virtud.<sup>33</sup>

Indudablemente que la metodología latinoamericana que se produzca tendrá que incorporar aspectos tanto de la metodología americana como de la europea.

En la entrevista mencionada con Hernán



Fuenzalida, este declaró que Mainetti ha hecho una gran cantidad de trabajo, pero que este es algo demasiado teórico.

Fuenzalida opina que aunque la visión latinoamericana no acoja la visión norteamericana completamente, aquellos trabajando en las naciones latinoamericanas, tienen la esperanza de trabajar directamente con los bioeticistas americanos.

En última instancia la esperanza de aquellos en latinoamerica, es ver el desarrollo e implementación de su visión particular de este tema.

Obviamente que esta visión tendrá que balancear los factores culturales con las preocupaciones médicas.

Latinoamerica tiene la oportunidad de desarrollar una metodología que no solo refleje el modernismo y tecnología de su propia medicina, pero que también destaque el orgullo de su desarrollo cultural y social a través de la historia.

El señor Fuenzalida también nos habló, de los planes que la OPS y otros, están organizando para implementar un programa de ética efectivo en latinoamerica.

El nos dijo que una guía será elaborada, basada en discusiones y consenso.

Un programa a iniciarse en 1995 en Santiago de Chile, podría considerarse como el verdadero nacimiento de un Centro de Bioética para America Latina.

Este programa tendrá cursos generales sobre bioética, cursos sobre comités de ética clínica y cursos para enfermeras y periodistas. También habrá un sistema de información regional que estará conectado vía satélite al Instituto Kennedy de Bioética y mediante un acuerdo con la UNESCO, ellos esperan también conectarse a una base de datos europeos.

Aquellos involucrados en este programa esperan también conectarse con INTERLINK, lo cual permitirá que la información pueda ser traducida al español y categorizada.

Aunque esto es solo un breve resumen del programa, no hay duda de que es un programa ambicioso. Cuando su éxito esté establecido, agregará una formidable tercera metodología a los modelos europeos y americanos, la metodología latinoamericana.

#### **Conclusión.-**

La Republica Dominicana enfrenta todos los problemas que están asociados con una nación en vías de desarrollo.

Es un país que arrastra niveles extremos de

pobreza, una elevada tasa de enfermedades infecciosas y un manejo desorganizado de sus problemas por el gobierno.

No obstante, está constantemente tratando de mejorar su situación.

La implementación de currículos sobre ética y comités hospitalarios de ética, puede ser una de las maneras en que el país puede mejorar.

Con agencias como la OPS y la OMS trabajando para lograr cambios en estos países, la Republica Dominicana tiene una gran oportunidad de recibir muchos beneficios.

En un país con una tradición cultural tan rica, la implementación de un modelo sobre ética médica no será fácil.

Los países latinoamericanos tienen que desarrollar una metodología que acentúe toda la información necesaria sobre tecnología, medicina y hechos; pero estos mismos países tienen que percatarse que la metodología desarrollada primariamente para ellos, tendrá que ser adaptada y moldeada para ajustarse a cada país individual de la región.

La herencia cultural de cada país latinoamericano difiere.

Cada uno ha emergido de luchas diferentes desde el punto de vista político, social y económico, que muchos de ellos enfrentan todavía.

Debido a estas luchas, cada país latinoamericano tiene ciertas características que solo se encuentran dentro de sus fronteras.

La metodología sobre la ética médica en latinoamerica tiene que ser desarrollada como un esfuerzo combinado, con representación de todos los países del área. Este esfuerzo combinado tiene que producir un modelo estructurado latinoamericano, que incorpore aspectos de las metodologías tanto de Europa como de los Estados Unidos.

Este modelo común puede ser entonces adaptado por cada país latinoamericano individualmente, para que incluya sus normas específicas sociales y culturales.

En realidad, para un método latinoamericano bien desarrollado faltan todavía unos años, pero con el programa que se iniciará en Chile en 1995, los representantes de America Latina están moviéndose claramente en la dirección correcta.

#### **REFERENCIAS**

- 1.- Fletcher J C. Introduction to Clinical Ethics. University of Virginia School of Medicine 1993, p 358. Charlottesville.



- 2.- Ibid. p 358
- 3.- Crahan M E. Human rights and basic needs in the Americas. Georgetown University Press 1982, p 28
- 4.- Mainetti J. Encyclopedia of Bioethics.
- 5.- Culver C M, et al. Basic curricular goals in medical ethics. *New Eng J of Med* 1985; 312: 253-56
- 6.- Drane J F, Fuenzalida H L. Medical ethics in Latin America: A new interest and commitment. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. Johns Hopkins University Press. Vol 1, No 4, December 1991
- 7.- Connor S C, Fuenzalida H L. El derecho a la salud en las Americas. *Organización Panamericana de la Salud* No. 509, p 430, 1989
- 9.- Whiteford L M. Contemporary health care and the colonial and neocolonial experience: The case of the Dominican Republic. *Social Science and Medicine*. Pergamon Press, London 1992; 35(10): 1215
- 10.- Ibid p 1216
- 11.- Ibid p 1223
- 12.- Ibid p 1216
- 13.- Ibid p 1223
- 14.- Drane J F, Fuenzalida H L. Medical ethics in Latin America. p 325
- 15.- Ibid p 328
- 16.- Ibid p 332
- 17.- Ibid p 335
- 18.- Ibid p 335
- 19.- Ibid p 335
- 20.- Ibid pp 336,337
- 21.- Drane J F. Methodologies for clinical ethics. *Bulletin of the Pan American Health Organization*. Washington D C 1990; 24(4): 396
- 22.- Ibid p 397
- 23.- Ibid p 399
- 24.- Ibid p 400
- 25.- Ibid p 400
- 26.- Fletcher J C. Introduction to clinical ethics. *Univeristy of Virginia School of Medicine*, Charlottesville 1993; p 42
- 27.- Ibid p 43
- 28.- Drane J F. Methodologies for clinical ethics. p 101
- 29.- Ibid p 401
- 30.- Ibid pp 402,403