

SECCION ESPECIAL

ENCUENTRO CONTINENTAL DE EDUCACION MEDICA PUNTA DEL ESTE, URUGUAY, 10-14 DE OCTUBRE, 1994

DESAFIOS ETICOS EN LA EDUCACION Y PRACTICA MEDICA FRENTE A LAS TRANSFORMACIONES SOCIALES Y TECNOLOGICAS DEL FIN DEL SIGLO XX.

Profesor Dr. Victor B. Penchaszadeh

Profesor de Pediatría, Albert Einstein College of Medicine, New York; Jefe de Genética Médica, Beth Israel Medical Center, New York; Consultor de Genética Médica, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.

1.- Introducción.

Las últimas décadas del siglo XX son testigos de grandes transformaciones sociales y tecnológicas, que repercuten dramáticamente en la salud individual y colectiva. Así, se ven afectadas las concepciones sobre las causas de los procesos de salud-enfermedad, los métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento de las enfermedades, la organización, administración y financiamiento de los servicios de salud, y la formación de recursos humanos del sector salud. Estas transformaciones traen consigo nuevos desafíos éticos en la práctica médica, cuya resolución trasciende la competencia exclusiva de la profesión médica, para involucrar a la sociedad entera.

En esta ponencia, me propongo analizar los principales desarrollos sociales, médicos y tecnológicos que están ocurriendo en el mundo actual y las consecuencias de estos desarrollos en: (a) el perfil epidemiológico de

la salud individual y colectiva, y sus variaciones de acuerdo a factores socioeconómicos; (b) el papel del Estado y los sectores privados en la organización de los servicios de salud; (c) los costos de la atención médica y las desigualdades de acceso e utilización; (d) las expectativas individuales y colectivas con respecto a la salud. Seguidamente, mencionaré los principales desafíos y dilemas éticos que, a mi juicio, estos desarrollos están determinando, y la necesaria repercusión que esta realidad debe tener en la educación del personal de salud del futuro inmediato.

2.- Desarrollos tecnológicos.

El desarrollo de la tecnología médica de los últimos años se ha dado especialmente en el campo de la biología molecular, los métodos de imagen basados en ultrasonido, tomografía computada y resonancia magnética, la automatización de análisis bioquímicos en gran escala, y el análisis computarizado de información. Estos desarrollos se están

traduciendo en la capacidad de detectar enfermedades subclínicas o presintomáticas (por ejemplo, diabetes, enfermedad de Huntington), en el análisis molecular del ADN de virus y bacterias para el diagnóstico de enfermedades infecciosas (Sida, Tbi), y del propio ADN humano para el diagnóstico de un número cada vez mayor de enfermedades hereditarias. Estas mismas técnicas moleculares se están empleando en determinar susceptibilidades genéticas a trastornos de salud de los mas diversos (por ejemplo, enfermedades y cáncer).

Los avances han sido mas evidentes en el diagnóstico y la predicción de enfermedades, que en la prevención y el tratamiento de las mismas. Este fenómeno tiene múltiples facetas de análisis. Desde el punto de vista del fenómeno en sí, ocurre que la causalidad de las enfermedades siempre es mas compleja y multifactorial de lo que la moda del momento sugiere. En cáncer, por ejemplo, la moda actual es adjudicar todo el peso de la casualidad al efecto de genes oncogénicos y supresores. Este énfasis, sin embargo, olvida que los factores que activan o desactivan estos genes son los agentes ambientales, y que la prevención del cáncer en última instancia va a depender mas del control de éstos que en la manipulación genética. El gran desarrollo de las investigaciones en oncogenes es explicable porque su estudio no afecta las relaciones de poder social y económico, como sí lo haría, por ejemplo, una política de prevención de cáncer de pulmón basada en el control del hábito de fumar. El inconveniente de estos enfoques es que proveen una concepción sumamente reduccionista y mecanicista del fenómeno salud-enfermedad, como si estuviera determinado fundamentalmente por la constitución genética.

El proyecto del Genoma Humano es el megaproyecto biomédico de fin de siglo, que llevará a conocer todos los genes que constituyen nuestro genoma. Este proyecto se inscribe en la línea de investigación y desarrollo tecnológico que privilegia la concepción que detrás de las grandes morbilidades actuales (enfermedades cardiovasculares, cancer, trastornos mentales) están las susceptibilidades genéticas individuales. De este proyecto están surgiendo pruebas diagnósticas pero no todavía

tratamientos, lo que genera dilemas éticos que discutiré mas adelante.

3.- Contexto epidemiológico.

El mejoramiento de los indicadores de salud en los países industrializados incluye una reducción dramática en la mortalidad, especialmente en los primeros años de la vida, y un aumento significativo en la expectativa de vida. Estos progresos se han debido fundamentalmente al mejoramiento de las condiciones de vida, y secundariamente a ciertas tecnologías médicas como las inmunizaciones y los antibióticos. El consiguiente control de las enfermedades infecciosas han dejado al descubierto otras morbilidades que son hoy principales factores de enfermedad en esos países: malformaciones congénitas, enfermedades hereditarias, cáncer, enfermedades cardiovasculares, discapacidades físicas y mentales, y otros padecimientos crónicos. Entre las nuevas morbilidades de origen claramente social, adquieren preeminencia el SIDA, la drogadicción, y los efectos de la violencia sobre la salud. Por otra parte, la aplicación de tecnologías que permiten la sobrevenida de recién nacidos cada vez mas pequeños, también genera nuevas morbilidades en forma de discapacidades crónicas. Asimismo, la reducción de la fertilidad actúa sinérgicamente con el aumento de la expectativa de vida, modificando la estructura etaria de la población, con un aumento significativo de la población de avanzada edad, con sus morbilidades propias.

La situación en los países pobres es muy diferente de la descrita arriba para los países industrializados. Aunque la mortalidad ha descendido y la expectativa de vida ha mejorado, los progresos en las condiciones de salud han sido mucho menos notorios. De acuerdo al Banco Mundial, 11.3 millones de los 12.4 millones de niños menores de 5 años que murieron en 1990 en los países pobres, no hubieran muerto si en estos países la mortalidad de este grupo de edad fuera la existente en los países ricos. El mismo Banco Mundial estima que el peso de las enfermedades transmisibles como causa de discapacidad y muerte en América Latina es superior al 40%, comparado con el 10% en el mundo industrializado. Esto no debe sorprender si tenemos en cuenta que el

promedio del gasto anual per capita en el sector salud en América Latina es sólo de US\$105, comparado con US\$1860 en el mundo industrializado. Esto se traduce en niveles de atención de la suma claramente deficientes, cualquiera sea el indicador que se analice (número de profesionales de salud, camas hospitalarias, consultas prenatales, proporción de niños inmunizados, etc.) También se observa una distorsión en la configuración del equipo de salud: mientras que en el mundo industrializado la razón enfermeras/médicos es 2.1, en América Latina es sólo 0.5, implicando un serio déficit de personal de salud no médico. Los servicios de salud experimentan serias deficiencias de financiamiento y de control de calidad, existiendo falencias en la organización de la atención, con servicios inexistentes en algunos rubros y duplicación en otros, y mal utilizados en la mayoría de los casos. Las consecuencias de estas falencias se hacen sentir en todos los sectores de la población, excepto entre las élites económicas. Y como siempre, son los sectores pobres los que más sufren la injusticia en la cobertura de salud. Lamentablemente, la pobreza ya no es más la excepción de una pequeña minoría de la población: se estima que un tercio de la población de América Latina vive por debajo del nivel de pobreza.

Es importante destacar, sin embargo, que las poblaciones de América Latina están presentando perfiles epidemiológicos de morbimortalidad que se están acercando mucho a los del mundo industrializado, con incremento relativo de enfermedades congénitas, crónicas, neoplásicas y degenerativas. Además, no cabe duda que las clases altas en América Latina presentan problemas de salud muy semejantes a sus pares en los países ricos, y no tienen dificultades de acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo, en los propios países industrializados, existen grupos poblacionales que, por su nivel de pobreza y/o factores socioculturales (grupos étnicos minoritarios, inmigrantes recientes, etc), presentan perfiles de morbimortalidad y problemas de acceso a los servicios de salud, muy semejantes a los que prevalecen en los países pobres. Es importante tener en cuenta estas variaciones para no caer en esquematismos sobre las realidades

sanitarias respectivas de los países ricos y pobres.

4. -Desarrollos económico-sociales.

Los acontecimientos sociales, políticos y económicos durante los 80s y lo que va de los 90s han traído profundas transformaciones en la distribución del poder mundial. En primer lugar, las economías estatales de la mayoría de los países pobres, particularmente en América Latina, fueron presa de la corrupción de sus clases dirigentes, y de una forma particular de opresión económica por parte de los países ricos que se dió en llamar "endeudamiento externo". El deterioro económico subsiguiente durante la llamada "década perdida", abrió el paso a políticas neoliberales basadas en la liquidación del poder económico de los Estados y su traspaso al sector privado. Esto conllevó a una redistribución de la riqueza en cada país, en beneficio de la élite económica y política, y en perjuicio de la mayoría de la población, que vio caer dramáticamente su poder adquisitivo y su nivel de vida. El aumento de la proporción de la población que vive por debajo de los niveles de pobreza ha sido significativo. Mas dramático aún, es el crecimiento de la brecha económica entre los pocos favorecidos y los muchos perjudicados por las políticas neoliberales.

Por otra parte, las economías planificadas de los países exsocialistas sucumbieron estrepitosamente, con el consiguiente reordenamiento político y económico del mundo, ahora hegemonizado por los países industrializados con economías de mercado. Estos países están poniendo sus términos políticos y económicos en sus respectivas áreas de influencia, a través del control que ejercen sobre las instituciones financieras mundiales (Fondo Monetario, Banco Mundial, etc). En América Latina esto se ha traducido en las políticas neoliberales mencionadas arriba. El hecho que estas políticas están produciendo ajuste, estabilización y crecimiento, a expensas de una caída dramática en los niveles y calidad de vida de la mayoría de la población, se ve agravado por la aparente falta de interés del Estado de proveer un "colchón" social a los perjudicados. Esto ha tenido serias repercusiones en la salud de la población, con evidencias de estancamiento, y aún

empeoramiento en algunos países de la Región, de indicadores como mortalidad infantil, frecuencia de bajo peso al nacer, mortalidad materna, proporción de niños inmunizados, etc. Esta realidad está planteando serios dilemas éticos a la profesión médica y a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud.

5.- La atención médica

La organización de la atención médica también está experimentando cambios significativos. En primer lugar, asistimos a la concentración del poder médico en corporaciones cada vez más grandes, y a la contracción cada vez mayor de la práctica tradicional del médico en su consultorio. Esto conlleva a una progresiva reducción de la autonomía de acción del médico, reemplazada por normas de eficiencia económica de las acciones de salud promulgadas por corporaciones con fines de lucro, como las compañías de seguros médicos, que responden más a los intereses de los invasores que a los de los pacientes que aseguran. Por otro lado, el desfinanciamiento del sector público está dejando sin cobertura de salud a crecientes sectores de población que tradicionalmente recurrían a él como único recurso.

Los avances tecnológicos mencionados arriba están contribuyendo sin duda a una mejor atención médica a los sectores que pueden pagarla. La tecnología, sin embargo, tiene sus problemas. En este análisis crítico no puedo dejar de mencionar prácticas de la industria farmacéutica y biotecnológica, que oprimen más a la necesidad de incrementar sus ganancias, que a satisfacer las necesidades de salud de la población. El control de las patentes de medicamentos, la oposición a las formulaciones de medicamentos esenciales, las prebendas a los médicos que muchas veces rayan en el soborno, la violación a códigos de ética en el caso de algunos fabricantes de fórmulas lácteas artificiales para infantes, son todas realidades que imponen reflexiones éticas en la práctica y la educación de los profesionales de salud.

Las industrias de tecnología médica y biotecnología, por su parte, imprimen una dinámica propia al desarrollo de la medicina, generando demandas que llevan a excesos de

uso de tecnología y deshumanización de la atención médica. Como parte de este fenómeno, empresas de laboratorios diagnósticos ofrecen a la población análisis genéticos de dudosa pertinencia, alimentando temores a los defectos congénitos y estimulando falsas expectativas de hijos "perfectos".

6.- Desafíos éticos.

Todas las acciones de los profesionales de la salud han estado siempre impregnadas de criterios éticos: Qué está bien y qué está mal hacer en medicina. Desde siempre también existe conciencia que hay muchas áreas "grises" en donde pueden haber distintos puntos de vista igualmente respetables, y que los dilemas éticos se presentan cuando existe conflicto entre diferentes criterios o principios éticos. En mi opinión, si bien los desarrollos y transformaciones tecnológicas y sociales que describí someramente en las secciones precedentes han agregado nuevos desafíos éticos, no han cambiado sustancialmente los paradigmas éticos de las acciones médicas ni de la educación médica. A continuación mencionaré los principales desafíos éticos que, a mi juicio, confrontan a los profesionales de la salud, y por ende, a las instituciones que los forman. El objetivo de esta presentación es la formulación de problemas más que la receta de sus soluciones. Estas deberán surgir de la discusión colectiva en el seno de las organizaciones médicas profesionales y educativas, y entre éstas y la sociedad entera.

6.1.- Defensa del derecho a la salud

La defensa del principio de la justicia y la equidad en la atención de la salud es, sin duda, el desafío ético por antonomasia que confrontamos los profesionales de la salud. Ya mencioné antes las profundas desigualdades que existen en los niveles de salud de acuerdo a la posición social de las personas. Si bien los médicos no somos responsables de las políticas económicas ni de la persistencia de la pobreza, sí tenemos la responsabilidad ética de asegurar el acceso justo y equitativo a los servicios de salud, independientemente de la capacidad de pago. El principal ataque a los principios de justicia y equidad proviene de las concepciones que hacen de la salud una mercancía en lugar de un derecho. Cuando el Estado abandona su

obligación de garantizar el derecho a la salud, y, con el pretexto de mejorar la eficiencia de los servicios los pone en manos de corporaciones con fines de lucro, está infringiendo el principio ético de la justicia y equidad.

Como parte de este principio básico, están los dilemas propios de la priorización en la asignación de recursos (que son siempre finitos o limitados) a los diferentes problemas de salud que afectan a las personas. Por supuesto que siempre existe la cuestión previa de cómo se fijan los recursos del sector salud, en relación a otros sectores como la educación, los gastos militares, el desarrollo de infraestructura económica, etc. Esta cuestión previa no debe ser ajena a la ética de la profesión médica: los profesionales de la salud debemos asumir la responsabilidad ética de promover una asignación justa de recursos al sector salud. Y dentro de éste, los criterios de magnitud-severidad de la morbilidad a prevenir y/o tratar, y costos-beneficios de las acciones médicas, deben acompañar a los de justicia y equidad en la asignación de recursos. Toda política de salud hace decisiones implícitas o explícitas de asignación de recursos. Ejemplos concretos ocurren en el área de inmunización, transplantes de órganos, uso de tecnología de terapia intensiva, etc.

6.2.- Difusión de nuevas tecnologías

Como mencioné antes, ciertos avances tecnológicos han redundado claramente en beneficio de la atención de diversos problemas de salud. Sin embargo, la industria médico-tecnológica tiene sus propios intereses, que pasan por la satisfacción financiera de sus inversores. Estos intereses, por legítimo que sean, no siempre convienen a la salud. La tecnología debe estar al servicio de la salud, y no la salud al servicio de la tecnología, y es el profesional de salud el que debe asegurar que así sea, dada su posición clave como aplicador de la tecnología. Esta responsabilidad se infringe cuando el médico lucra con el uso de la tecnología, pues a partir de ese momento pierde la objetividad necesaria para actuar estrictamente en función de la necesidad y los intereses del paciente.

Es conocido que en algunos países industrializados hay exceso del uso de

tecnología, que generalmente coincide con la deshumanización de la atención médica. Ejemplos de estos usos poco discriminados abundan, desde los estudios de resonancia magnética hasta los análisis bioquímicos múltiples automatizados. Esta no es sólo una realidad de los países ricos: las clases altas en los países pobres exhiben tasas de sobre-utilización de tecnologías médicas similares a sus pares de los países ricos.

Un problema ético aún mas grave que la sobre-utilización de tecnología en la atención médica, es su uso indebido para cuestiones no relacionadas con la salud. Me refiero, por ejemplo, a la administración de hormona de crecimiento a niños de estatura baja no patológica, simplemente con el objeto de mejorar su estatura final. Indefectiblemente, estas prácticas reñidas con la ética se acompañan de otras violaciones, tanto de parte de los laboratorios farmacéuticos (promocionando indebidamente el producto), como de parte de profesionales de salud que se involucran en "investigaciones" subvencionadas por dichos laboratorios sin los recaudos éticos adecuados. Otro ejemplo de uso indebido de la técnica de diagnóstico genético prenatal con el solo objeto de determinar el sexo del feto, con posterior eliminación de los fetos del sexo no deseado.

6.3.- Dilemas éticos al comienzo y al final de la vida

En la última década ha habido un gran auge en el desarrollo de tecnologías reproductivas que permiten la fertilización in vitro. De esta manera se están creando las condiciones para independizar la concepción del acto natural. Esta capacidad puede utilizarse para corregir algunos problemas de infertilidad y para manipular las células reproductoras de diferentes maneras y con fines diversos, desde la donación de gametos hasta la biopsia de embriones para estudiar aspectos de su genotipo previo a su implantación en el útero. Entre los problemas éticos que se plantean por el uso de estas tecnologías figuran aquellos derivados de la sobreindicación del procedimiento, su comercialización y la desinformación del público sobre su verdadera eficiencia y los serios riesgos para la salud de la madre y de los productos. La

utilización de estas tecnologías de alto costo están generalmente al alcance solo de las capas pudientes de la población, mientras que su promoción tiende a ocultar que las principales causas de infertilidad son prevenibles. La donación de gametos genera dilemas éticos serios sobre el concepto de maternidad y paternidad, y sobre la "propiedad" de embriones. La "maternidad por encargo", por otra parte, es una práctica condenable como atentatoria contra la dignidad humana.

El tema del aborto inducido es uno de los problemas ético-sociales más serios que enfrenta la humanidad desde sus orígenes. En esta presentación no pretendo entrar en la polémica ideológico-religiosa sobre el aborto inducido. Sin embargo, sabiendo que en todo el mundo se practican anualmente 60 millones de abortos, y que en América Latina se interrumpe por lo menos uno de cada tres embarazos, sería inconducente soslayar este tema. En realidad, a mi juicio el principal problema ético del aborto inducido que atañe a los profesionales de salud en América Latina, es que se lo ignora y se actúa como si no existiera. Y sin embargo la realidad nos indica las tremendas repercusiones de los abortos clandestinos como principales causas de mortalidad materna en la región. Una posición más activa de los profesionales de salud permitiría que la mujer de América Latina tenga la misma protección a su salud reproductiva que la que existen en todos los países desarrollados.

Las técnicas de detección prenatal de anomalías genéticas, agregan al perenne dilema del aborto inducido, el de la interrupción de embarazos en los que el feto está afectado con una anomalía grave. Los dilemas éticos aquí incluyen el acceso equitativo del servicio de acuerdo a la necesidad, y no de acuerdo a la capacidad de pago (en América Latina estos servicios son prácticamente exclusivos en las clases altas), la voluntariedad (versus coerción) del servicio, y los criterios de decisión sobre la gravedad de las anomalías que justifica el servicio.

Los avances tecnológicos que permiten la sobrevivencia de recién nacidos de extremo bajo peso, y la prolongación de la vida de pacientes terminales también imponen dilemas éticos de suma trascendencia al comienzo y al fin de la

vida. La profesión médica debe plantearse si se deben poner límites a lo que la tecnología ofrece, y qué otras alternativas deben considerarse. Es claro que todos estos temas requieren el concurso de la sociedad toda en la formulación de políticas basadas en principios de ética y justicia.

6.4.- Desafíos éticos de los avances en genética humana

En las últimas dos décadas han habido avances vertiginosos en el conocimiento de la estructura y función del nuestro material genético. Esto significa que hoy disponemos de herramientas poderosas para analizar la variedad genética en el hombre, descubrir causas genéticas de enfermedades, y proponer enfoques preventivos y terapéuticos. Antes de entrar en el detalle de algunos dilemas éticos que estos desarrollos están generando, es importante plantear algunos aspectos conceptuales.

En primer lugar, el desarrollo de la genética parece estar causando, al menos en los países centrales, un cambio en la concepción de la causalidad de las enfermedades, con una priorización de los factores genético-constitucionales por sobre los factores ambientales. La vieja polémica herencia-ambiente resurge, ahora con armas muy poderosas en el polo genético. La realidad, si embargo, es que todos los procesos de salud-enfermedad se deben a interacciones complejas a lo largo del tiempo entre la constitución genética y las experiencias medioambientales. El hecho que en este momento de la evolución del conocimiento biomédico, se estén enfatizando los factores ambientales, habla más del interés de la industria biotecnológica y farmacéutica en desarrollar productos diagnósticos y terapéuticos, que de la compleja interacción causal que produce enfermedades. También indica que los factores socio-ambientales y socio-culturales son mucho más difíciles de enfrentar que los estrictamente biológicos. Por ejemplo, la conceptualización del cáncer de colon como una enfermedad genética implica programas de detección de susceptibilidad genética, seguidos de controles médicos longitudinales en los "susceptibles". En cambio, el concepto de que las influencias ambientales (dietéticas, psicosociales, contaminantes, etc) interaccionan

con la susceptibilidad genética requeriría modificaciones profundas en los hábitos de vida y en las relaciones sociales y económicas. No es por casualidad que, a pesar que se conoce desde hace mucho tiempo el efecto cancerígeno del cigarrillo, la industria del tabaco todavía está gastando enormes sumas de dinero para demostrar que existe susceptibilidad genética en el cáncer de pulmón.

La concepción que privilegia el rol de lo genético por sobre lo ambiental en la determinación de las características humanas, normales o patológicas, es riesgosa desde el punto de vista ético, pues reduce al hombre al conjunto de sus genes, en desmedro de una visión integral y totalizadora del hombre como producto de la interacción de su constitución genética y sus experiencias ambientales bio-psico-sociales. Ese reduccionismo simplista lleva también a desviar la atención sobre los condicionantes sociales de problemas como la violencia, el alcoholismo, la depresión mental, etc.

El proyecto del Genoma Humano nos revelará la identidad de los 50.000 a 100.000 genes que constituyen nuestro acervo genético. Esto identificará muchos genes responsables de susceptibilidades genéticas a padecer enfermedades. Esto redundará en la capacidad de hacer predicciones con respecto a la salud futura de las personas. Si bien se espera que estos avances transformen la medicina hacia un enfoque predominante preventivo, las repercusiones éticas de estos descubrimientos son numerosas, y por problemas en la conceptualización de las causas de enfermedades, que mencioné en el párrafo precedente, estarán afectados principios éticos tales como la privacidad, el derecho a la información (que incluye el derecho a no informarse), el derecho al trabajo, el derecho a la reproducción el derecho a no ser discriminado en base a características genéticas. El propio derecho a la salud puede afectarse en sistemas de atención dominados por la industria asegurada privada, en las que se discrimina a las personas de acuerdo al riesgo de enfermar y/o a la presencia de "condiciones preexistentes".

Los problemas éticos específicos planteados por los desarrollos de la genética médica

incluyen el acceso equitativo a los servicios de acuerdo a la necesidad, el respeto a la autonomía de individuos y parejas en las decisiones reproductivas, (por ejemplo, el derecho a proseguir o interrumpir un embarazo afectado con un trastorno genético grave), la protección de la privacidad frente a empleadores, aseguradoras, agencias del estado, etc, y el derecho de las personas a la información completa de sus análisis genéticos. El diagnóstico genético prenatal presenta dilemas éticos específicos, como el grado de severidad del trastorno en cuestión, o el uso indebido del procedimiento para objetivos no médicos (por ejemplo, selección de sexo).

Desde el punto de vista ético, es fundamental no perder de vista (a) que el objeto de los programas de genética es la salud y el bienestar de las personas, (b) que en la actualidad las enfermedades genéticas son más fácilmente prevenibles que tratables, y (c) que los métodos de prevención más eficaces se basan en la descendencia. Por eso es claro que todos los programas de detección genética deben ser voluntarios y basados en información objetiva. Los programas deben entonces despojarse de todo tipo de objetivo "poblacional" (como ser "erradicar" una enfermedad) y todo elemento de coerción. De lo contrario se volverá a caer en las aberraciones incurridas por los programas eugenésicos de la primera mitad de este siglo.

La terapia génica de células somáticas para la corrección de ciertos defectos genéticos se está transformando rápidamente de ciencia-ficción en realidad. Varios protocolos de investigación están en curso que involucran terapia génica de fibrosis quística, hipercolesterolemia familiar, una forma de deficiencia inmunológica, y varios trastornos más. Por un lado, la terapia génica somática plantea problemas éticos muy similares a los de cualquier tratamiento nuevo para enfermedades generalmente letales. Sin embargo, el hecho de que en esta modalidad se está afectando la constitución genética de parte del individuo, ha hecho surgir críticas y temores por su uso. En realidad, el principal riesgo es que exista la tentación de pasar de terapias somáticas a terapias en células germinales. En este caso, nos estaríamos acercando peligrosamente a objetivos eugenésicos reñidos.

con la dignidad humana.

6.5.- Experimentación en seres humanos.

La experimentación en seres humanos con fines médicos existe desde los albores de la medicina. En este siglo, la conciencia de que la investigación debe seguir preceptos éticos rigurosos surgió luego del descubrimiento de las atrocidades cometidas por los nazi y los japoneses durante la Segunda Guerra Mundial. Así aparecen el Código de Nuremberg en 1949, y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en 1975. Los principios claves son el respeto a las personas, la ausencia de todo tipo de coerción abierta o encubierta, el consentimiento voluntario e informado, el deber de no hacer daño y de maximizar los posibles beneficios y minimizar los posibles perjuicios, el deber de asegurar justicia y equidad tanto en la selección de los sujetos de estudio, como en la accesibilidad de los beneficios de la investigación.

Ninguno de estos principios es retórico, y lamentablemente existen múltiples ejemplos de violaciones a los mismos, en el pasado y en el presente. Bastaría con traer a la discusión los intensos debates que están acompañando la investigación de posibles nuevos tratamientos para el SIDA, para ver la multitud de dilemas éticos que se presentan en el camino. La promesa de nuevos tratamientos para diversas dolencias, como la terapia génica para algunas enfermedades genéticas, no hará sino incrementar los desafíos éticos que confrontarán a los investigadores y al resto de los profesionales de salud. La investigación en seres humanos debe ser debatida ampliamente en cada caso específico, no sólo por los profesionales de salud sino por la sociedad toda. Los comités de investigación de las instituciones donde se efectúan experimentaciones en seres humanos deben estar constituidos por investigadores, profesionales de salud de diferentes disciplinas, eticistas y representantes de la comunidad, que aseguren la rectitud ética de las investigaciones.

6.6.- Los profesionales de la salud y los derechos humanos.

Es una triste realidad que la violencia ha acompañado el desarrollo de las sociedades humanas a lo largo de su historia. La violencia

es hoy día cada vez mas un problema de salud pública y un problema ético de primera magnitud para los profesionales de la salud.

Los profesionales de salud tenemos la responsabilidad de confrontar esta problemática con las armas de que disponemos: análisis, descripción, denuncia, rehabilitación de víctimas, etc. También debemos tener conciencia del poder de la información médica y de las técnicas a nuestro alcance. El uso inmoral de la capacidad médica para el perjuicio de las personas es una práctica demasiado conocida para ser ignorada. Desde el abuso de la psiquiatría para el control de disidentes políticos, hasta la participación de médicos en la tortura de prisioneros, se han documentado en años recientes toda una gama de graves faltas de ética en la práctica médica. Las organizaciones profesionales médicas deben tomar este tema con toda la seriedad que merece, y los códigos de conducta ética deben ser enfatizados a los estudiantes de medicina.

Por otra parte, los profesionales de salud han sido frecuentemente víctimas de represión política por parte regímenes autoritarios. Los latinoamericanos tenemos lamentablemente experiencia durante varios regímenes militares recientes, y afortunadamente superados. Esta realidad también impone sus dilemas éticos al resto de la profesión médica, cuando se trata de proteger a sus pares que sufren persecución.

El papel de los profesionales de salud como documentadores de violaciones a los derechos humanos es un nuevo rol de la máxima significación ética, y que no puede faltar en esta presentación:

6.7.- Etica social.

Los médicos estamos acostumbrados a considerar problemas éticos a nivel individual, en la relación médico-paciente. Sin embargo, la mayoría de los desafíos éticos mencionados arriba tienen componentes individuales y sociales difíciles de separar. Los profesionales de salud tenemos responsabilidad en todos los aspectos, individuales y sociales, de las acciones médicas. Así, existe el desafío de la acción de los profesionales de salud por sistemas de salud democráticos que aseguren el acceso a atención de salud de calidad a toda la población, independientemente de la capacidad económica

de las personas.

En esta tónica, los profesionales de salud de América Latina también tienen que enfrentar el desafío ético que imponen las desigualdades económicas y sociales existentes con el mundo industrializado. Algunos de estos desafíos son el transplante automático de tecnologías aplicables en países desarrollados y las prácticas abusivas de comercialización de medicamentos por parte de las transnacionales farmacéuticas. En el área de investigación y desarrollo de nuevos medicamentos y vacunas, la dirección que imprimen los grandes consorcios en los países centrales responde más a las necesidades de los mercados que a las necesidades de la gente. La inexistencia de vacuna contra el neumococo o la malaria, y la falta de desarrollo de una vacuna

más eficiente contra la tuberculosis son ejemplos de estas distorsiones éticas.

7. - Implicancias para la educación médica.

El propósito de esta presentación ha sido plantear algunos de los principales desafíos éticos que enfrentan las profesiones de la salud al fin del siglo XX. Es imperativo que los médicos y otros profesionales de salud que se estén entrenando actualmente y en el futuro tengan la capacidad de analizar y confrontar estos problemas con la misma habilidad que enfrentan los problemas clínicos de sus pacientes. Esto impone una responsabilidad mayúscula en las Escuelas de Medicina de la región, donde la poca ética que se enseña suele ser demasiado individualista y poco relacionada con los desafíos médicos y sociales actuales y futuros.