

Bioética y educación médica

Victor B. Penchaszadeh¹

Conferencia pronunciada

en la XVII CONFERENCIA DE FACULTADES

Y ESCUELAS DE MEDICINA DE AMÉRICA LATINA,

La Paz, Bolivia , del 12 al 14 de agosto

de 1998.

Introducción

Los conceptos de lo que está bien o mal hacer en medicina han estado presentes desde las fundaciones de la medicina moderna hace 2500 años, y han evolucionado con el desarrollo histórico y social de la humanidad hasta nuestros días. La consideración contemporánea de los aspectos éticos en medicina y salud se reactualiza después de la Segunda Guerra Mundial y el descubrimiento de las atrocidades nazis, focalizando en la ética de las experimentaciones en seres humanos. El pensamiento ético ha acompañado luego a los movimientos por los derechos civiles, por la justicia social y contra el racismo, las luchas por los derechos humanos y el derecho al acceso igualitario a los servicios de salud, los movimientos por los derechos de la mujer y de los pacientes en general. Se ha generado así un estado de alerta y de de-

1. Doctor en Medicina. Profesor de Pediatría, Escuela de Medicina Albert Einstein, Nueva York, NY; Dirección Postal: Beth Israel Medical Center, First Ave at 16th Street, 6BH10, New York, NY 10003, USA. Fax 212-420-3440; correo electrónico: vpenchaszadeh@bethisraelny.org

manda de atención a estos temas por parte de la sociedad. Al mismo tiempo, el desarrollo económico-social y tecnológico ha generado nuevas expectativas en la medicina y ha llevado a una complejidad creciente de la atención de la salud. En este proceso, los dilemas y conflictos se multiplican, haciendo pasar a primer plano a la ética de la salud.

Atención de la salud y ética

Las transformaciones económicas y políticas que han ocurrido en el mundo en los últimos años están afectando la vida y la salud de centenares de millones de personas, generando nuevos y complejos dilemas éticos. En los actuales tiempos postmodernos en que la deidad del mercado parece haberse impuesto sobre la sociedad, los valores humanísticos están rápidamente perdiendo posiciones frente al poder del dinero. Términos como justicia, altruismo, solidaridad, compasión, voluntarismo, derecho a la salud, están desapareciendo del vocabulario colectivo. En cambio, cada vez más escuchamos sobre escasez de recursos, costo/beneficios, eficiencia, y necesidades del mercado. Mientras tanto, las desigualdades económicas y sociales entre los seres humanos crecen y la pobreza aumenta en forma apocalíptica mientras los pocos ricos se hacen cada vez más ricos. La aplicación de doctrinas económicas neoliberales está revirtiendo importantes logros sanitarios, haciendo reaparecer viejas epidemias como la tuberculosis y el cólera, mientras aumenta la violencia y aparecen o crecen nuevas endemias, como los accidentes, las enfermedades crónicas, el cáncer y el sida. Mientras ocurren estas calamidades, la preocupación del poder económico, y del poder político que lo defiende, es que los mercados crezcan, las inversiones rindan y las cuentas cierren, mientras la mayoría de los mortales se las arregla (o no) como puede para sobrevivir.

En este panorama desalentador de fin del milenio, la salud de la gente ha sufrido un deterioro significativo ya que, salvo excepciones, no ha sido prioridad de los poderes políticos y económicos. En realidad, la responsabilidad social por la salud ha ido decre-

ciendo progresivamente en el escenario global, llegando a ser también presa de los “mercados”. Con la excusa poco creíble que el Estado es irremediablemente ineficiente en el cuidado de la salud, se pretende convencer a la sociedad que sólo aquellos cuyo objetivo es ganar dinero saben ser eficientes en la capacitación de profesionales y en la atención de la salud. El hecho que a nivel mundial la industria médico-farmacéutica sea la segunda en magnitud económica después de la industria de armamentos, explica varios fenómenos actuales, como el fracaso de la “reforma sanitaria” en Estados Unidos, las nuevas recetas de los organismos financieros internacionales para privatizar la atención de salud en los países subdesarrollados y la irrupción de inversiones multinacionales en esos planes de salud privatizados. Es insólito ver que el “no-sistema” de salud imperante en Estados Unidos es copiado como “modelo” en los países de América Latina, a pesar de su notorio fracaso en brindar atención eficiente a la población y donde, a pesar de gastos exorbitantes, existen 41 millones de personas sin ninguna cobertura de salud. La salud se deteriora porque se la ha transformado en un “negocio” donde adquieren preeminencia los intereses de los inversores, que raramente coinciden con los de la gente.

No cabe duda que los adelantos de la ciencia y la tecnología médicas de este siglo han contribuido a mejorar los niveles de salud y bienestar de proporciones importantes de la población. Es también cierto, sin embargo, que la importancia de esa contribución tiende a ser exagerada por la profesión médica, desvalorizando la influencia del progreso social y económico. Por otra parte, los beneficios de estos adelantos han sido distribuidos en forma desigual en la población, siendo aprovechados principalmente por los sectores de mayores recursos en desmedro de aquellos en situaciones desventajosas. Además, la propia introducción de alta tecnología genera nuevos y complejos dilemas éticos. Un ejemplo de ello es la contradicción entre la capacidad creciente de hacer sobrevivir a recién nacidos de extremo bajo peso, y las graves secuelas neurológicas que pueden presentar *a posteriori*. Otro ejemplo de conflictos

éticos generados por la tecnología es el mal uso de la genética con objetivos para seleccionar características no médicas en la descendencia, como el sexo.

De cualquier manera, la mistificación de lo científico-técnico genera concepciones de prevención y tratamiento de enfermedades excesivamente centradas en el individuo (en lugar de la comunidad) y subordinadas al uso de alta tecnología (en lugar de enfoques holísticos). Por otra parte, el énfasis en lo tecnológico y lo individual distorsiona las concepciones de causalidad de las enfermedades, privilegiando en forma reduccionista los aspectos biológicos-orgánicos por sobre los sociales. Por ejemplo, en la etiología del cáncer se enfatiza a la constitución genética como factor causal, a pesar que se conocen hace años factores ambientales cancerígenos a los que son susceptibles todos los seres humanos independientemente de su constitución genética, como el tabaco en el cáncer de pulmón. Explicaciones biologicistas también se proponen para males sociales como la violencia, el alcoholismo y la drogadicción. Estos sesgos representan conflictos éticos, pues distorsionan las prioridades en las investigaciones de salud y en las propuestas preventivas y terapéuticas, amén de que alimentan la culpabilización y discriminación de las víctimas de las enfermedades.

El acceso a los beneficios médicos es profundamente desigual, no sólo de acuerdo a la clase social de pertenencia, sino también a la región del mundo que considere. América Latina tiene en promedio una expectativa de vida 10 años menor y una mortalidad infantil 6 veces mayor que el mundo desarrollado. Esto no debe sorprender, considerando que el producto bruto anual per capita en América Latina es sólo de 3.271 dólares, comparado con 26.000 dólares en los países desarrollados. Consiguientemente, el gasto anual per capita en salud es de 105 dólares en América Latina, comparado con 1900 en el mundo industrializado. Cuando nos liberamos de la miopía de los promedios y analizamos la realidad sanitaria por clase social, vemos que en nuestros países los indicadores de salud y la accesibilidad a los servicios de las clases altas son comparables a la de los

países ricos, mientras aquéllos de las clases bajas son abismales. Aun en los países industrializados existen enormes sectores de la población en pésima situación socioeconómica y con problemas salud típicos de las clases bajas de nuestros países. En Estados Unidos es el caso de las minorías étnicas, los inmigrantes recientes y la clase trabajadora en general. Es paradójico que casi el 20% de la población (41 millones de personas) en la sociedad más opulenta del mundo no tenga ninguna cobertura para la atención médica. Y lo irónico es que en América Latina intereses creados pretenden convencer a la sociedad que el “no-sistema” de salud imperante en Estados Unidos, basado en la privatización a ultranza y el mercado salvaje, es una panacea a ser copiada.

Las desigualdades, injusticias y contradicciones propias del desarrollo económico y social y de la medicina crean el escenario para los conflictos y dilemas éticos que se presentan actualmente en la atención de la salud. No es casualidad, entonces, que la bioética haya irrumpido en el escenario de la atención médica, reclamando un *status* equivalente a las especialidades médicas tradicionales. Entre los factores que han contribuido a esta nueva etapa del desarrollo de la bioética están los adelantos en el conocimiento biomédico, los avances tecnológicos con sus aplicaciones y sus costos, la nueva conciencia de la autonomía personal, los movimientos de emancipación de los pacientes y la consiguiente crisis del paradigma del mandato terapéutico a ultranza en manos del médico. Entre las diversas facetas del tema de la autonomía y emancipación de los pacientes que están impulsando el pensamiento bioético, se destacan los movimientos de defensa de la mujer, de las poblaciones indígenas y de los pacientes con discapacidades, así como también la toma de conciencia de la legitimidad de diferentes puntos de vista que surgen de la diversidad cultural de las sociedades humanas. Por otra parte, existe un nuevo sentimiento de responsabilidad en la profesión médica y la sociedad en general, con respecto a los recaudos éticos a tener en cuenta en la investigación biomédica en seres humanos. Finalmente, el hecho que las necesidades de salud pueden llegar a ser infinitas,

mientras que los recursos para la atención son siempre finitos, crea dilemas éticos de determinación de prioridades en la asignación de recursos para la salud, y de equidad en el acceso y utilización de los mismos.

¿Ética individual o ética social?

La bioética tiene ingerencia tanto en problemas de la práctica médica individual como en cuestiones médico-sociales y de políticas de salud. Entre los primeros se cuentan, por ejemplo, desacuerdos que pueden producirse sobre decisiones terapéuticas entre el médico y el paciente, o entre el paciente y su familia. También son temas éticos de la práctica clínica, los criterios de aplicación de tecnologías de avanzada como los trasplantes, la fertilización asistida, etc. Entre los temas de bioética social se cuentan los aspectos éticos en la investigación biomédica y la defensa del derecho a la atención de la salud.

La irrupción de la bioética en el pensamiento y quehacer médicos ha sido recibida de manera diversa. Desde los sectores progresistas, no faltan quienes sospechan que el énfasis actual en la bioética es una cortina de humo para encubrir las causas políticas y económicas de las graves distorsiones en los servicios de salud. Desde el pensamiento médico tradicional y conservador, en cambio, se sospecha que la bioética representa el caballo de Troya con el que se introducirán críticas al quehacer hasta ahora omnipotente, paternalista y deshumanizado de la medicina. Finalmente, desde los centros del poder económico que gobiernan nuestras vidas, el mercantilismo creciente obsesionado por disminuir los costos de la atención médica con el objeto de maximizar sus ganancias, pretende valerse de la bioética para cuestionar el principio de que la salud es un derecho humano fundamental.

Hasta hace poco, la bioética ha estado principalmente abocada a cuestiones relativas a la investigación en seres humanos, y al análisis de situaciones individuales más bien excepcionales, tales como los conflictos generados por la aplicación de tecnologías de reproducción asistida, la defensa de la autonomía de los pacientes en las decisio-

nes que afectan su salud, el consentimiento informado en procedimientos terapéuticos experimentales, el manejo del paciente terminal, el suicidio asistido, etc. Es sólo recientemente que se comienza a cuestionar éticamente las graves injusticias y desigualdades que se dan en el acceso a la salud. Una manera de ver esta evolución es como un mayor equilibrio entre los principios de autonomía y justicia. El principio de autonomía privilegia la importancia de los derechos del individuo a la información, educación y decisiones con respecto a su salud, mientras que el principio de justicia rescata el concepto que la atención de la salud es un derecho, que el ser humano vive en sociedad y que el acceso a la salud debe distribuirse en forma justa y equitativa. La tensión existente entre estos principios éticos es un reflejo de la tensión entre el individualismo y la solidaridad que se da en las sociedades humanas, con sus correlatos de ética individual y ética colectiva. Si la bioética comenzó privilegiando el principio de autonomía, está ahora dedicando mayor atención al principio de justicia y a la equidad. Así es que aparecen como temas de preocupación ética la definición de prioridades en el uso de los recursos para la salud, el acceso equitativo a los servicios de salud independientemente de la capacidad de pago, y la responsabilidad del Estado en asegurar la vigencia del derecho a la salud para la totalidad de los ciudadanos. Cualquier análisis de los grandes temas de la bioética demuestra todos los dilemas éticos tienen facetas sociales e individuales, y que no debiera existir dicotomía sino complementación y equilibrio entre enfoques individuales y sociales.

Educación médica y bioética

En lo que hace a la educación del profesional de salud, no cabe duda que la incorporación de la temática bioética moderna se hace cada vez más ineludible. Esto ha sido reconocido por las escuelas de medicina de varios países. Por ejemplo, un grupo de profesores en Estados Unidos analizó y publicó recomendaciones para la introducción de la bioética en el pregrado médico (“Basic Curricular Goals in Medical Ethics”,

New England Journal of Medicine, 1985: 312:253-6). Por su parte, el *General Medical Council* del Reino Unido, en el documento *Tomorrow's doctors* (1993), planteó que la enseñanza de ética médica debía formar parte del curriculum obligatorio de los estudiantes de medicina y, siguiendo esa recomendación, profesores de ética médica publicaron recientemente un consenso sobre los contenidos a incluir en "aspectos éticos y legales de la medicina" (*Journal of Medical Ethics*, 1998; 24:188-192). En América Latina las iniciativas son todavía incipientes, en parte por falta de objetivos claros y de recursos docentes entrenados.

Los objetivos de la enseñanza de la bioética deben ser que el profesional de salud, además de su formación técnica, sea capaz de considerar los aspectos éticos y sociales de su práctica en el contexto de la realidad en la cual va a trabajar. Dos aspectos requieren definición: los contenidos de la enseñanza y la metodología de la misma. Ningún listado de contenidos será exhaustivo ni tendría mucho sentido fuera del contexto de cada institución de enseñanza. Sin embargo, me gustaría enumerar algunos temas que, a mi juicio, constituyen serios desafíos éticos actuales en la atención de la salud y que por tanto requieren urgente atención por parte de los programas de enseñanza en las escuelas de medicina en la región.

Salvaguarda del derecho a la salud

Este derecho está en peligro a causa de las desigualdades socioeconómicas, la inequidad en el acceso a los servicios, la transformación de la salud en una mercancía y la supeditación a los dictados de las entidades financieras internacionales. Es insólito que en la actualidad los expertos en salud pública dejen en manos de banqueros la determinación de prioridades y la organización de los servicios de salud. La privatización de servicios por mandato de los bancos internacionales se está haciendo sin los recaudos sociales mínimos para los inmensos sectores perjudicados por los "ajustes" económicos. Mientras existen muchos análisis éticos sobre la asignación justa de recursos escasos, el hecho mismo que los re-

ursos asignados a salud en América Latina son sistemáticamente escasos es un problema ético y político de primera magnitud que raramente se plantea.

Influencia del "mandato tecnológico" en la atención de la salud

Una buena parte de los conflictos éticos modernos resulta de la dinámica propia del desarrollo tecnológico médico que, a la vez que mejora las posibilidades de mantener y recuperar la salud, crea dilemas éticos en su aplicación. Ejemplos de ello son los avances en trasplantes, la atención de recién nacidos de extremo bajo peso, y el tratamiento de la obstrucción coronaria. Una distorsión común en la aplicación de la tecnología médica es el "mandato tecnológico", concepción que implica que todo lo que es técnicamente factible debe hacerse. Esto puede llevar, entre otras cosas, al "encarnizamiento terapéutico" (por ejemplo en el manejo de pacientes terminales) o a privilegiar abordajes de alta tecnología para problemas solucionables por métodos más sencillos y al alcance de las mayorías, por ser menos onerosos y respetar las tradiciones y la cultura de la población (por ejemplo, tratamiento de la infertilidad por fertilización asistida, en lugar de implementar medidas de prevención de las infecciones pélvicas, principal causa de infertilidad).

Otro aspecto conflictivo frecuente es la imposición de nuevas tecnologías sin previa determinación de su eficacia y eficiencia, y sus potenciales beneficios y perjuicios. Esto ocurre tanto en medicaciones y procedimientos terapéuticos como en técnicas diagnósticas. Ejemplos terapéuticos son la promoción de ciertos tratamientos anticancerosos; ejemplos de procedimientos diagnósticos son el tamizaje de cáncer de próstata con el antígeno prostático, o la "predicción" de cáncer de mama mediante análisis de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2.

Dilemas éticos al comienzo de la vida

Los procesos que tienen que ver con la fertilidad, la concepción, el embarazo y el parto, y la atención del recién

nacido están sujetos a dilemas éticos de gran importancia. Sin lugar a dudas el problema ético más candente en este rubro es el hecho de que en la región el acceso a una buena atención en salud reproductiva (incluyendo educación sexual, prevención y tratamiento de la infertilidad, prevención de embarazos no deseados, atención prenatal y del parto) es sumamente deficiente para vastos sectores de la población. El resultado es una morbilidad y mortalidad materna decenas de veces mayor que en el mundo desarrollado, lo cual es éticamente inaceptable. Frente a esta dramática realidad, es frustrante notar que los medios de comunicación y los propios médicos persisten en identificar como principales problemas éticos del comienzo de la vida a aquellos derivados de la aplicación de nuevas tecnologías reproductivas (fertilización asistida, maternidad “por encargo”, selección de sexo del producto, y otras). Si bien estos temas también merecen un riguroso análisis ético, no hay que perder de vista que es una problemática que afecta a muchas menos personas y las tecnologías propuestas son accesibles sólo a aquellos con altos ingresos.

La interrupción voluntaria del embarazo es un dilema ético con profundas connotaciones históricas, filosóficas, religiosas y de conciencia personal. Hay pocos temas más controvertidos que este, y el rango de opiniones es amplísimo. Las religiones tienen cada una su dogma propio y lo tratan como verdad absoluta. Los países tienen sus legislaciones resultado de procesos políticos. Los individuos, por su parte, tienen sus visiones personales, sumamente variables. La existencia de tantas diferencias de puntos de vista sobre este tema, hace que los organismos internacionales consideren que el aborto inducido es esencialmente un problema de conciencia personal. Mientras en el mundo desarrollado se respeta la autonomía reproductiva de la mujer, en América Latina todavía existen leyes anacrónicas que criminalizan la interrupción del embarazo, transformando un problema de ética personal en un tema legal. Lamentablemente se sabe que la penalización del aborto no lleva a disminuir su práctica sino sólo a hacerlo clandestino y así elevar la mortalidad materna. Uno de los problemas éticos

serios en este tema es que los mismos que se oponen al aborto son los que ponen obstáculos para que las parejas puedan regular su fertilidad de manera de tener sólo embarazos deseados.

La atención del recién nacido gravemente enfermo, sobre todo de extremo bajo peso, presenta dilemas éticos de gran magnitud, tanto desde el ángulo de las prioridades del gasto en salud, como también en las decisiones que se toman en casos individuales.

Dilemas éticos al final de la vida

Entre los temas que generan conflictos éticos están la definición de “calidad de vida” del paciente, quién tiene atribución para definirla, y cuáles son sus implicancias para la atención de pacientes crónicamente enfermos. En el caso particular de los pacientes terminales, los dilemas son la prolongación de la vida por medios artificiales, el concepto de futilidad médica, el papel de la autonomía de decisión del paciente o sus familiares en caso de incompetencia, etc. Estas consideraciones llevan ineludiblemente a tratar el suicidio asistido y la eutanasia que, a pesar de ser temas tabúes en América Latina, se practican extensamente. En este capítulo se incluye toda la temática ética de los trasplantes, desde su concepto mismo hasta la priorización de candidatos receptores, pasando por la asignación de recursos para esa tecnología.

Dilemas éticos en genética humana

Los avances vertiginosos de la genética han generado nuevos dilemas éticos, principalmente porque los aspectos más desarrollados son las capacidades diagnósticas y predictivas, mientras que todavía no se ha podido incidir mayormente en la terapéutica. La información genética es utilizada para la prevención de maneras diversas, generando a su vez nuevos dilemas éticos. Por ejemplo, el diagnóstico prenatal de anomalías genéticas en el feto suele ser un procedimiento invasivo con sus propios riesgos, por lo que su aplicación debe seguir criterios de indicación rigurosos. La utilización de esta técnica en casos no indicados es un problema ético, pues se pone un embarazo en ries-

go, sin la indicación adecuada. Pero a la vez, cabe preguntarse si simplemente respetar la autonomía reproductiva de las parejas asegura la ausencia de conflicto ético. La utilización de esta tecnología para objetivos no médicos, como la selección de sexo del hijo, puede violar principios éticos de justicia (asignación de recursos, discriminación de género). Por otra parte, si bien la mayoría de las veces el diagnóstico prenatal determina que el feto está exento de la enfermedad en cuestión, ¿cómo se enfocan éticamente las conductas que siguen a un diagnóstico patológico (continuación o interrupción del embarazo)? Las limitaciones propias de la genética para hacer predicciones certeras crea toda una manera de tomar decisiones en incertidumbre, con sus propios dilemas éticos.

Actualmente se tiende a privilegiar los factores genéticos por sobre los ambientales en la causalidad de numerosas patologías, desde el cáncer hasta las discapacidades mentales. Esta tendencia es una manifestación del reduccionismo genético imperante que, amén de ser pseudocientífico, genera enfoques de prevención y tratamiento que privilegian la alta tecnología y pasan por alto la responsabilidad de la sociedad en mantener un medio ambiente sano y un sistema de atención de la salud justo, entrando en conflicto con los principios de equidad y justicia.

Entre otros dilemas éticos de la genética humana, podemos mencionar la vigencia real del derecho a la información sobre riesgos genéticos, la privacidad de la información genética, el patentamiento de genes, el costo y la accesibilidad de posibles terapias génicas. Temas más esotéricos, pero de gran repercusión social, son los derivados de las posibilidades técnicas de la "clonación" de seres humanos. Los médicos que se forman en las escuelas de la región deben estar capacitados para enfocar estos temas desde el punto de vista ético.

Ética de la investigación en seres humanos

Como mencioné al comienzo, muchos de los conceptos actuales de ética de la investigación biomédica se originaron luego de la revelación de las

atrocidades nazis que, como se sabe, incluyeron experimentos horribles en seres humanos. El código de Núremberg de 1949 fue el primer intento de promulgar criterios éticos en la investigación en seres humanos. Luego fueron seguidos por declaraciones de consenso de la Asociación Médica Mundial en varias oportunidades y, más recientemente, por la Organización Mundial de la Salud, otros organismos internacionales y los gobiernos de varios países.

Los dilemas éticos en investigación comienzan con los mecanismos que determinan los temas prioritarios en investigación y la asignación de recursos para las mismas. Frecuentemente los países de la región se limitan a seguir las modas prevalentes en países desarrollados, o a adaptar sus prioridades a la existencia de fondos provenientes del exterior, pasando por alto las necesidades nacionales. Los principios éticos básicos en investigación biomédica son el respeto a las personas, expresado en el consentimiento voluntario e informado, y la observación de los principios de beneficencia y justicia. Dentro de estos temas, existen múltiples situaciones que generan dilemas éticos a nivel individual y social, y que no pueden ser analizados aquí en detalle. Quisiera sólo llamar la atención de dos aspectos generalmente desatendidos: la investigación en poblaciones vulnerables y las investigaciones internacionales colaborativas.

En nuestros países existen numerosas poblaciones vulnerables que son de interés para la investigación. Por ejemplo, la niñez desnutrida, las mujeres que tienen mala atención prenatal, las poblaciones indígenas, los drogadictos, etc. Los recaudos éticos en estos grupos deben extremarse dada su vulnerabilidad. El tema de las investigaciones internacionales colaborativas tiene relación con el anterior, pues en general se trata de colaboraciones en condiciones desiguales por la brecha tecnológica y financiera. Los diseños de las investigaciones deben resguardar el derecho de las personas y comunidades a ser estudiadas, a dar su consentimiento libre de presiones y fundado en el conocimiento. Por otra parte, las relaciones institucionales deben asegurar que el país donde se efectúa la investigación y los propios investigadores de la

región no sean simples “proveedores de muestras”, sino que obtengan beneficios duraderos de la colaboración.

Conclusiones

Por lo expuesto en esta conferencia, no cabe duda que la bioética tiene un lugar fundamental en la enseñanza de la medicina. A mi modo de ver, la educación en bioética debe implementarse en forma longitudinal a lo largo de toda la carrera, aprovechando las múltiples ocasiones en que los problemas mencionados arriba aparecen en el contexto de la enseñanza. Deben existir docentes especialmente entrenados en bioética y los métodos de enseñanza deben preferir la discusión en pequeños grupos, enfatizando que en bioética no existen “recetas” simples, que suelen existir varios puntos de vista éticos sobre un mismo problema en función de circunstancias particulares, como la cultura, el nivel social, las expectativas, el significado de la enfermedad o discapacidad, la adherencia a una religión determinada, etc. El papel del profesional de la salud no es pontificar sobre “verdades reveladas”, sino aportar pluralismo y respeto por la persona en las decisiones de salud, tanto individuales como colectivas.

Las escuelas de medicina de la región enfrentan el desafío de hacer que sus programas de enseñanza produzcan un cambio progresista en la concepción de la salud y la práctica médica. La realidad indica que hasta ahora los factores de cambio en la práctica médica han sido externos a la profesión médica.

Estos factores incluyen actores como los movimientos de los pacientes que reclaman información, respeto a su dignidad y atención de calidad. Otros actores son el poder económico (seguros, etc.), que está reestructurando las relaciones de dependencia y la autonomía médica, y el Estado que se desentiende de su responsabilidad. Y finalmente, las industrias biotecnológica y farmacéutica que inundan el mercado con productos de eficacia dudosa que se incorporan a la práctica en forma acrítica. En este panorama, yo pregunto dónde está la voz de la profesión médica y las instituciones formadoras. ¿No será que somos una profesión profundamente corporativa, conservadora y elitista, y que estamos con el *status quo* mientras nuestros intereses no se vean afectados? Obviamente no se puede predicar una práctica de cambio si al mismo tiempo aceptamos acríticamente una realidad injusta y buscamos sólo beneficiarnos con sus contradicciones. Planteo estos conceptos polémicos para salir de la retórica que a veces prevalece en los congresos de educación médica. La aplicación de una bioética integral en las instituciones formadoras de profesionales de la salud tiene que poner en tela de juicio todos los aspectos criticables de la atención médica que son parte de la cotidianeidad de los propios docentes. Lo contrario sería una parodia para cumplir retóricamente con modelos educativos en boga que dicen que hay dedicar algunas horas del *curriculum* a temas de bioética.