



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Acta Bioethica

(Continuación de *Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS*)

Año XI – N° 1 - 2005

ISSN 0717 - 5906

Director

Fernando Lolas Stepke

Editor

Álvaro Quezada Sepúlveda

Revisión

Marta Glukman Salita

Publicaciones

Francisco León Correa

Editores Invitados

Mauricio Olavarría Gambi
Carolina Valdebenito Herrera

Diagramación

Fabiola Hurtado Céspedes

Consejo Asesor Internacional

Gabriel D' Empaire Yáñez

Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de
Clínicas, Caracas, Venezuela.

José Eduardo De Siqueira

Vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Bioética,
Londrina, Brasil.

James F. Drane

Russel B. Roth Professor of Clinical Bioethics. Edinboro
University of Pennsylvania, U.S.A.

Ana Escribar Wicks

Profesora de la Facultad de Filosofía y Humanidades,
Universidad de Chile.

Sandra Maritza Fábregas Troche

Profesora de la Facultad de Farmacia, Universidad de Puerto
Rico, San Juan, Puerto Rico.

Gonzalo Figueroa Yáñez

Director de Investigaciones, Fundación Fernando Fueyo
Laneri, Chile.

Guillermo Hoyos Vásquez

Director del Centro de Estudios Sociales y Culturales
PENSAR, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Florencia Luna

Investigadora Adjunta de CONICET, Coordinadora del
Programa de Bioética, FLACSO, Argentina.

Robert J. Levine

Professor of Medicine and Lecturer in Pharmacology
at Yale University School of Medicine, USA.

Alfonso Llano Escobar, S.J.

Director del Instituto de Bioética CENALBE,
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Roberto Llanos Zuloaga

Presidente de la Asociación Peruana de Bioética. Presidente
del Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de
Salud, Lima, Perú.

José Alberto Mainetti Campoamor

Director del Instituto de Humanidades Médicas de la
Fundación Dr. José María Mainetti, La Plata, Argentina.

Leo Pessini

Vicerrector del Centro Universitario São Camilo, São Paulo, Brasil.

Alberto Perales Cabrera

Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de
Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

María Angélica Sotomayor Saavedra

Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina,
Universidad de Chile.

Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño

Profesora Asociada Área de Pediatría, Facultad de Ciencias
Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

Dietrich von Engelhardt

Director Institut für Medizin-und Wissenschaftsgeschichte,
Medizinische Universität zu Lübeck, Alemania.

Leonides Santos y Vargas

Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética
"Eugenio María de Hostos".
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La revista *Acta Bioethica* es publicada semestralmente por la *Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.*

Avenida Providencia 1017, Piso 7, Providencia. Casilla 61-T, Santiago, Chile.

Teléfono: (56-2) 236-0330. Fax: (56-2) 346-7219.

<http://www.bioetica.ops-oms.org>

bioetica@chi.ops-oms.org

Los artículos son de responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Impreso en Andros - Productora Gráfica
Hecho en Chile / Printed in Chile

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación

Fernando Lolas Stepke 7

Originales

Cultura ética e investigación en salud

Eduardo Rodríguez Yunta 11

A right to gratitude

Zbigniew Szawarski 23

Bioethics from a pragmatic perspective: Ethical issues in biopharmaceuticals

Michael A. Fournel 33

Integration of bio-ethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies

Paul T. Schotsmans 37

Acceso a la salud en Chile

Mauricio Olavarría Gambi 47

Bioética para una salud pública con responsabilidad social

María Iliana Ortiz y Susana Palavecino 65

Interfaces

La odisea de la especie: El porvenir lejano de la humanidad

María Lucrecia Rovaletti 77

El malestar en la relación médico-paciente

Gabriela Manitta 85

Recensiones 95

Publicaciones 99

Instrucciones a los autores 103

Instructions to the authors	107
Tabla de contenidos del número anterior	111

PRESENTACIÓN

Como otras ediciones de “ACTA BIOETHICA”, ésta incluye dos secciones. Una es monográfica y lleva por título “políticas públicas”. La otra, de “interfaces”, incluye artículos no directamente relacionados con la temática central del número.

A estas secciones se suma, como es habitual, la dedicada a reseñas y comentarios bibliográficos.

Aunque tal vez se echen de menos temas sustantivos, la sección monográfica tiene una relación con las políticas públicas en varios sentidos. Eduardo Rodríguez tematiza el concepto de “cultura ética” y lo relaciona con la investigación en el campo de la salud. No deja de ser intuitivamente atrayente suponer que una buena sociedad produce buenas prácticas sociales y que el nivel de “eticidad” o “tono ético” de una comunidad marca la calidad y el sentido de lo que en ella se hace. Es un tema que exige una revisión histórica filosóficamente fundada, porque nadie discutiría la solidez de la ciencia alemana antes y durante el nacionalsocialismo pero, al mismo tiempo, nadie dudaría en calificar de inhumanas muchas prácticas de la comunidad científica en ese período. Quizá fuera conveniente recordar que el ideal de las ciencias –tomando las ciencias naturales como modelo– era en aquel entonces la neutralidad emocional y valórica. El buen científico, en la búsqueda de la verdad, debía despojarse de la imaginación desquiciante y atenerse a los hechos. Debía, además, aceptar que el progreso es indetenible y que su misión es realizar todo lo factible y abordar todo lo abordable, independientemente de los usos y aplicaciones del conocimiento. Tal es la postura que Alexander Mitscherlich critica en su libro “Medicina sin

humanidad” (*Medizin ohne Menschlichkeit*), aludiendo precisamente a la medicina del Tercer Reich. Esa es la argumentación que Viktor von Weizsäcker emplea cuando, enfrentado a comentar el juicio de Nuremberg a los médicos, sostiene que el banquillo de los acusados no acoge a personas sino a una forma de medicina que había olvidado –o tal vez nunca tuvo– la relevancia moral del arte y que había ahogado la imaginación moral de sus cultores.

Las reflexiones de Rodríguez deben tenerse en cuenta, especialmente porque no puede existir una ética social sin un adecuado basamento en los comportamientos individuales. Sigue siendo la confianza de las personas y la sociedad en la ciencia y los científicos el fundamento de la práctica de la investigación. Nada puede reemplazar, diría Kant, a la buena voluntad (*der gute Wille*) y ella se gesta sólo en la intimidad de las vivencias personales. Ortega y Gasset nos recordaba que la sociedad es “desalmada”, en el sentido de que la norma moral que se impone, los códigos de conducta que se aceptan, se imponen y se aceptan por mecanismos que poco tienen que ver con decisiones personales. Pese a ello, cabe pensar que una buena comunidad es una comunidad de personas buenas. Y buenas son aquellas que reflexionan bien, obran bien y desean el bien a sus semejantes.

Las prácticas sociales tienen muchos matices y están moduladas por sutiles principios, no todos evidentes. Zbigniew Szawarski elabora el complejo constructo del “derecho a la gratitud”. Típicamente es un ámbito de la microbioética, la bioética de las relaciones interpersonales, porque sólo metafóricamente –quizá si emocionalmente– puede haber gratitud a las

instituciones o a las sociedades. El equivalente “macro” de la gratitud personal suele codificarse como lealtad a la patria, identidad institucional u otras construcciones verbales, pero no es equivalente ni igual a lo que Szawarski alude. Por cierto, su raciocinio nos lleva a pensar que muchos casos de corrupción –y por ende de falla o deterioro de políticas públicas– derivan de una ambigüedad en los motivos y fines de los actores y agentes sociales. Este trabajo, leído en la perspectiva de la norma general y de las prácticas habituales, invita a descubrir motivaciones allende los comportamientos individuales y grupales. Y bien sabemos que las motivaciones son una clave para atisbar el universo de los valores, esos universales de sentido que orientan y cualifican la acción humana.

Tanto la contribución de Michael Fournel como el trabajo de Paul Schotsmans deben situarse en el campo de las políticas y sus aplicaciones. Desde la perspectiva de la industria farmacéutica, muchas actividades y principios que parecen obvios pueden ser objeto de discusión. Muchas personas piensan que los intereses económicos son en sí mismos perversos, satanizando inútilmente un constituyente social inevitable, cual es el afán de lucro. Como fundamento de la economía, ciencia de la escasez, el lucro está asociado a relaciones entre personas que pueden tener todos los grados imaginables de moralidad o inmoralidad. Es evidente que la investigación biomédica y farmacéutica tiene una faz distinta si quien la analiza es un científico, un filántropo, un enfermo o un gerente de industria. Estos matices son los que deben interesar al estudioso de la bioética, disciplina que existe en, por y para el diálogo entre personas, racionalidades, intereses y grupos. Tal es por otra parte el sentido de examinar los estatutos y reglamentos que, como documentos escritos, prescriben y proscriben comportamientos, como es el caso de aquellos vigentes en la Unión Europea.

Los aportes de Mauricio Olavarría y de María Iliana Ortíz/Susana Palavecino deben considerarse en el contexto de la tensión, ética por excelencia, entre individuos y grupos. Olavarría presenta un acabado estudio sobre el acceso a la salud en Chile y las autoras mencionadas vinculan la responsabilidad social con una salud pública bioéticamente orientada.

Algunas de estas contribuciones se originaron en una videoconferencia que se realizó el 26 de octubre de 2004, a cuya gestación contribuyeron el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile, la Unidad de Bioética (UB) de la Organización Panamericana de la Salud, el *Global Development Learning Network* (GDLN) del Banco Mundial, el Instituto de Asuntos Públicos (INAP) de la Universidad de Chile y el *Bayer International Bioethics Advisory Council* (BIBAC). En esa oportunidad, bajo el lema “Ética Social y Políticas Públicas”, expertos de muchos países e instituciones abordaron los temas objeto de éste y futuros números de *Acta Bioethica*. A todas las instituciones involucradas cabe expresar el agradecimiento en nombre de los usuarios potenciales de estas reflexiones y datos, primeramente las instituciones y luego las personas que se benefician de este espacio reflexivo constituido por nuestra revista, cada día objeto de mayor demanda y reconocimiento.

Es pertinente agregar que al esfuerzo permanente de la Organización Panamericana de la Salud, presente en instituciones y países, y a la contribución del Gobierno de la República de Chile y la Universidad de Chile, deben agregarse los aportes de otras entidades, entre ellas los *National Institutes of Health*, de Estados Unidos (particularmente el *Fogarty International Center*), y el *US Department of Energy*, además de los centros colaboradores o asociados como la Universidad de Toronto y la Universidad de Miami y las instituciones lati-

noamericanas que desde hace varios años apoyan la labor bioética de nuestra Unidad. A las personas que laboran en esas instituciones cabe extender el agradecimiento y reconocer sus aportes. Lo propio cabe hacer a los editores

que sacrifican tiempo y energía para perfeccionar lo que los autores confían a nuestro cuidado, y a los traductores de los resúmenes y artículos que enriquecen nuestros universos semánticos.

Fernando Lolas Stepke

CULTURA ÉTICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Eduardo Rodríguez Yunta*

Resumen: El presente artículo reflexiona sobre la importancia del desarrollo de una cultura ética, en particular en los países en desarrollo, para la realización de investigaciones internacionales en el campo de la salud, y sobre el papel de la bioética como interlocutor transdisciplinar en el análisis del contexto social y en la búsqueda de una justicia equitativa, tanto en la selección justa de sujetos como en la distribución de los beneficios de la investigación.

Palabras clave: bioética, equidad, desarrollo social

ETHICAL CULTURE AND HEALTH RESEARCH

Abstract: This paper argues about the importance of developing an ethical culture, particularly in developing countries, so that international health research would be carried out ethically; and about the role of bioethics exercising a transdisciplinary dialogue in the analysis of social context and in promoting equity in both the selection of research subjects and the distribution of research benefits.

Key words: bioethics, equity, social development

CULTURA ÉTICA E PESQUISA EM SAÚDE

Resumo: O presente artigo reflete sobre a importância do desenvolvimento de uma cultura ética, especialmente nos países em desenvolvimento para a realização de pesquisas internacionais no campo da saúde. Além disso discorre sobre o papel da bioética como interlocutor transdisciplinar na análise do contexto social e na busca de uma justiça equitativa, tanto na seleção justa de sujeitos como na distribuição dos benefícios da pesquisa.

Palavras chaves: bioética, equidade, desenvolvimento social

* Doctor en Biología Celular y Molecular. Master en Teología, Especialidad Ética. Investigador del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile
Correspondencia: rodrigue@chi.ops-oms.org

Introducción

La investigación en salud requiere, de una u otra manera, intervenir en el ser humano en condiciones experimentales con cierta dosis de incertidumbre, lo que obliga a tener un especial cuidado con las personas que, voluntariamente, se someten a investigación. La historia de la ciencia y de la medicina muestra que el ser humano ha cometido muchos abusos con los sujetos de investigación, en especial se recuerda con horror aquellos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial y, posteriormente, los que alarmaron a la sociedad norteamericana por los abusos denunciados por Beecher(1). Esto obligó a que se adoptaran medidas para que las investigaciones se realizaran dentro de un marco ético y metodológico aceptable, respaldado por normativas legales y éticas¹. En 1982 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) elaboró normas destinadas a encauzar la investigación con seres humanos realizada por países desarrollados en colaboración con países en desarrollo, pautas que han sido revisadas en 2002(2).

Es un hecho que la investigación internacional en salud, en forma multicéntrica, ha aumentado en los últimos años. En su búsqueda de ampliación de mercados, las industrias farmacéuticas y biotecnológicas son, actualmente, las principales financistas de investigaciones clínicas para el desarrollo de nuevas dro-

gas y vacunas. Estas corporaciones están trasladando buena parte de sus ensayos clínicos a países en desarrollo para responder a la presión por acortar la duración del ensayo clínico, por las exigencias del sistema de patentes y para conseguir una mayor participación de pacientes en lugares donde las investigaciones son más baratas, existe menos tradición de respeto a la autonomía individual, la población está más necesitada de atención médica y las regulaciones estatales son menores. La pregunta es si en el contexto social de los países en desarrollo, como es el caso de los países latinoamericanos, se puede asegurar una conducción ética de la investigación de acuerdo a las normativas internacionales.

Como señala Fernando Lolas, la investigación es un proceso social que produce conocimiento generalizable y renueva las disciplinas intelectuales. Como proceso social, tiene una dimensión cultural que impone mantenerla y financiarla. En todo proyecto cabe discernir el mérito técnico, juzgado por los pares en la disciplina (diseño, métodos, seguimiento, tradición de pesquisa); científico (capacidad de fertilizar disciplinas, ampliar el horizonte de los expertos y de quienes no lo son, e inducir a la reflexión); y social (legitimidad con que se conduce el proyecto, efectos saludables, justicia y metas comunitarias deseables)(3). Asimismo, la ética es un proceso social que depende en buena medida del ambiente humano creado socialmente, de la posibilidad que tienen las personas de ejercitarse libremente y del estado de desarrollo del país. Asegurar una conducción ética de la investigación requiere del desarrollo de un contexto social que sirva de apoyo y no de obstáculo.

Investigación con sujetos humanos y ética

En cualquiera investigación existe desde ya un conflicto por el hecho de intervenir en un

¹ Tales como el Código de Nuremberg, promulgado por el Tribunal Internacional de Nuremberg, 1947, *Trials of war criminal before the Nuremberg Military Tribunals. Control Council Law 1949*; 10(2): 181-182. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/nuremcod.htm>; la *Declaración de Helsinki*, propuesta por la Asociación Médica Mundial. 52ª Asamblea General. Edimburgo, Escocia, octubre 2000. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkrev.htm>; *Research The Belmont Report. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral. Office of the Secretary Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* April 18, 1979. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://ohrp.osophs.dhhs.gov/humansubjects/guidance/belmont.htm>.

ser humano. El médico investigador sitúa su tradicional deber de cuidar personalmente en conflicto directo con el de practicar medicina científica.

De acuerdo a Jonas(4), lo que está mal en hacer de una persona un sujeto experimental es no tanto convertirlo en un “medio”, eso ocurre en todos los contextos sociales, sino que hacemos de ella una cosa, una cosa pasiva sobre la que se actúa, una mera ficha o muestra. Esto es diferente de las mayores situaciones de explotación porque es real, no ficción. Lo especial de la experimentación en humanos, a diferencia de la experimentación con objetos, es que se trata de las personas en sí mismas y, por tanto, no hay simulación. La única excepción a la cosificación es tener un sujeto realmente voluntario, pero esto difícilmente se cumple en situaciones de vulnerabilidad, las cuales son más comunes en poblaciones en desarrollo.

Además, se da un conflicto entre el individuo y la sociedad, o una tensión entre el bienestar individual y el social, entre lo privado y lo público. Para defender a la sociedad por encima del individuo se argumenta de forma utilitarista, se busca la mayor felicidad para la mayor cantidad de personas posible. Ciertos derechos de los individuos son sacrificados por el bienestar de la sociedad, por lo que el consentimiento del individuo pasa a segundo plano, a pesar de que se busca que sea voluntario. Sin embargo, la Declaración de Helsinki es clara al decir que “los intereses del sujeto individual, expuesto a riesgo directo, deben prevalecer sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad”. Por otra parte, es fácil, sobre todo en situación de vulnerabilidad, que el potencial sujeto confunda tratamiento con investigación, ya que su principal motivación para participar está en la posibilidad de recibir tratamiento no en el conocimiento para beneficio de la sociedad. Esta confusión se acentúa con la tradicio-

nal distinción entre investigación terapéutica y no terapéutica realizada en sus inicios por la Declaración de Helsinki.

Un experimento pierde su propio sentido si no se respetan los principios éticos. Desde una perspectiva ética, la experimentación científica en seres humanos está obligada a cumplir los siguientes requisitos:

- Idoneidad científica de los investigadores; en consecuencia, debe haber conocimiento del método científico.
- Certeza de la inocuidad de las sustancias o técnicas ya probadas en animales.
- Conocimiento riguroso del estado de salud o de enfermedad de quienes se prestarán voluntariamente a la experiencia.
- Consentimiento informado de parte de cada voluntario, quien debe saber claramente lo que se desea obtener con el fármaco o la técnica, y los actuales y futuros peligros que podría acarrear. Para consentir firmarán un protocolo; si son niños o enfermos mentales lo harán sus representantes legales; la información que se les entregará antes de la firma deberá ser veraz, clara y adecuada al nivel cultural de cada uno, y el consentimiento no podrá obtenerse por coacción directa o indirecta.
- Libertad de la persona para retirarse de la experimentación en cualquier momento si así lo desea.
- Suspensión inmediata de la experimentación si aparecen daños en la salud atribuibles al fármaco o a la técnica nueva.
- Certeza de la salud mental de los candidatos, en prevención de neurosis hipocondríacas difíciles de curar.

- Aprobación del proyecto por un comité científico de evaluación ética, integrado por científicos y médicos destacados en el campo de la ciencia, la medicina y la ética, y ninguno de los participantes en el proyecto. En algunos centros se nombra a un investigador idóneo ajeno para controlar la salud de las personas sometidas al experimento; además, se exige la presencia de un abogado, del representante de alguna religión y de algún miembro lego que represente la comunidad donde se va a realizar la investigación.

Investigación y cultura ética

Al hablar de ética de la investigación es crucial el contexto. La hipótesis es que existen vínculos muy estrechos entre el estado de desarrollo humano de un país y el de la ética de la investigación. A este respecto, James Lavery ha postulado que el desarrollo de una cultura de la conducta ética de investigación debe basarse en tres dimensiones generales: ambiente humano, ambiente político y contexto de desarrollo².

El ambiente humano es el espacio de las acciones e iniciativas humanas y de cómo éstas son percibidas por el resto de la sociedad. Comprende el conocimiento, la experiencia, el comportamiento, actitudes, valores, expectativas, confianzas y convicciones morales de las personas que aportan la “cara humana” de las actividades de investigación.

El ambiente político se da a nivel institucional, regional y nacional. Está constituido por las regulaciones, oportunidades educativas y de capacitación, políticas públicas e institucionales, clara rendición de cuentas públicas y me-

canismos de la sociedad civil que orientan el ambiente humano.

El contexto de desarrollo es el más importante y el menos visible. Se relaciona con el grado en que ciertas libertades fundamentales son entregadas y protegidas en la sociedad y cómo estas libertades potencian el ambiente político y humano. Incluye la dimensión económica por la que las personas tienen acceso a educarse, a la salud y a desarrollar sus potencialidades.

Las tres dimensiones determinan la forma en que se realiza investigación, qué valores son importantes y cómo estos valores influyen en las prácticas.

Lavery plantea que el ambiente humano y el ambiente político, que potencian una cultura ética en la investigación, tienen más probabilidades de ser efectivos en sociedades que han alcanzado un “adecuado” nivel de desarrollo, el que puede ser entendido—desde la perspectiva de Amartya Sen— en términos de ampliación de las libertades de las personas, es decir, en términos de la capacidad y posibilidad de alcanzar metas que para ellas resultan valiosas(5).

Para Sen, la libertad es un medio y un objetivo del desarrollo. Como medio existen cinco libertades “instrumentales” que permiten que las personas alcancen las libertades “constitutivas” o libertades básicas (no sufrir privaciones como la falta de alimentación, la pérdida de años de vida, la pérdida de salud por enfermedades prevenibles, el no poder escribir, leer ni calcular, y el no poder expresar disenso ni participar en política). Y las cinco libertades instrumentales son: libertad política, oportunidades sociales, servicios económicos, garantías de transparencia y seguridad protectora.

Estas libertades pueden entenderse como oportunidades y derechos ofrecidos por la so-

² Lavery J. A culture of ethical conduct in research: The proper goal of capacity building in international research ethics. *Who Commission on Macroeconomics and Health. Working Group 2: Global Public Goods for Health. Background paper 5* (2002). [Documento en Internet] Disponible en http://www.cmhealth.org/docs/wg2_paper5.pdf

ciudad a través de los sistemas económicos, sociales y políticos. Las libertades políticas se refieren a las oportunidades para elegir líderes y determinar cómo deben actuar; la capacidad para revisar y criticar a las autoridades; la libertad de expresión política y libertad de prensa; las oportunidades para diálogo, disenso y crítica políticos. Los servicios económicos aluden a las posibilidades de utilizar los recursos económicos para el consumo, distribución o intercambio. La seguridad protectora apunta a un esquema de disposiciones sociales e institucionales para prevenir que la población se encuentre en situaciones de miseria extrema (empleos de emergencia, o programas especiales para evitar el hambre).

Lavery identifica algunos requisitos que, a su juicio, permiten identificar las condiciones sociales, económicas y políticas que favorecen el desarrollo de una cultura ética de la investigación:

- Primero, que se establezca una equitativa y justa representación en los comités de ética de investigación, incluyendo representantes de institutos de investigación, comunidad de investigadores y una participación creciente de pacientes afectados por esta clase de intervención y de la población en general. Que se realice una revisión y se soliciten los cambios a las propuestas, además de datos y otros documentos de los investigadores, independientemente del status de los mismos. Que haya una aceptación generalizada de la autoridad, legitimidad y decisiones de los comités de ética –ya sea en la aprobación o rechazo o en requerir modificaciones a los protocolos de investigación (incluyendo mecanismos apropiados de apelación)–, y de la autoridad para imponer acciones correctivas, sanciones o penas a quienes no cumplan con los requisitos éticos definidos en el país.
- En segundo lugar, otorgar suficientes recursos económicos para participar en actividades de ética de la investigación, de manera de asegurar la protección de los sujetos de investigación y la rendición pública de cuentas, equivalente con las actividades de investigación y compensación de daños. Se requiere una sólida sociedad civil fortalecida por los servicios económicos.
- En tercer término, contribuir con apropiadas oportunidades sociales, empezando por la educación en diferentes disciplinas, oportunidades reales de obtener empleo para las personas formadas en ética de la investigación y necesidad general de una población de trabajadores saludables.
- En cuarto lugar, se requiere transparencia: crear garantías que prevengan la posibilidad de corrupción, la irresponsabilidad financiera y la violación de reglas de conducta básica para el gobierno y los negocios. En el plano de la ética esto se traduce en independencia de los comités de cualquiera influencia indebida, ya sea institucional o personal; requiere, además, altos niveles de confianza en prácticas básicas de transacción en la sociedad.
- Por último, la ética de la investigación requiere generar mecanismos de protección y seguridad, asegurando la apropiada autoridad para limitar la exposición a los riesgos; autoridad para exigir cambios o terminar, cuando sea necesario, actividades de investigación que impliquen indebido riesgo; y mecanismos para asegurar que los potenciales participantes en la investigación son libres para determinar sus límites personales para aceptar los riesgos. Este tema es crucial porque, independientemente de que un comité de ética defina que una investigación tiene un balance adecuado de riesgos o be-

neficios, son las propias personas quienes deben decidir y, para ello, es fundamental que la entrega de información y la comprensión sean las adecuadas.

Este enfoque de Lavery tiene el valor de identificar indicadores para cada dimensión. Permite evaluar el desempeño de los países en función de esos indicadores y, también, ejercer cierta presión para que mejoren su posición respecto de éstos. Estos indicadores cumplirían un papel similar al del Índice de Desarrollo Humano, que también tiene su fundamento teórico en Amartya Sen. Sirve además de guía para que los países desarrollados adapten este enfoque al momento de diseñar y evaluar sus intervenciones en países en desarrollo, de manera que fortalezcan la ética de investigación más allá de los aspectos legales o normativos.

Contexto social e investigación en países en desarrollo

En los países en desarrollo la deficiente capacitación de investigadores biomédicos y la falta de recursos determinan que la investigación biomédica sea apenas incipiente. El mayor problema ético es que el bajo nivel económico y educacional, la falta de servicios y la situación de indefensión en que se encuentran sus poblaciones, las hacen blanco fácil de explotación por parte de los intereses académicos y comerciales de empresas con fines de lucro. En muchas ocasiones la población no está preparada para entender el complejo lenguaje médico y su consentimiento para participar en la investigación está fácilmente comprometido por no ser comprensible. Además, el seguimiento de la investigación y la seguridad en la protección de los pacientes resulta mucho más difícil de llevar a cabo en la práctica. La participación de investigadores de los países en desarrollo muchas veces es secundaria y no se incrementa la capacidad científica y tecnológi-

ca local. En Latinoamérica en particular(6), por la inequidad social, la mayor parte de la población vive en la pobreza con muy limitado acceso a los avances en el campo de la salud; sin embargo, hay una población privilegiada que sí tiene acceso y que, generalmente, va a ser la única beneficiada de los productos probados por la investigación, pero de la cual muy raramente se extraen los sujetos. Los ministerios de salud, en general, carecen de recursos suficientes para afrontar políticas adecuadas de prevención y atención de salud, acusan graves problemas de dirección y gestión, y excesiva burocracia. La mayoría de los gobiernos están más preocupados de proveer servicios básicos de salud que de los posibles beneficios que puedan reportar proyectos de investigación.

Hay que considerar que, en general, los temas más investigados, aun en los países en desarrollo, son aquellos que afectan a los sectores de mejores recursos, dejando de lado enfermedades que causan gran sufrimiento y muerte en países pobres (malaria, tuberculosis) y en poblaciones pobres de países ricos (tuberculosis y otras). Se estima que el 90% de los 56 mil millones de dólares que se gastan anualmente en investigaciones biomédicas en el mundo se dedica a enfermedades que afectan a solo el 10% de la población mundial³. Y cuando los productos de las investigaciones son medicamentos que podrían usarse para enfermedades pandémicas, como el SIDA, los precios aplicados por las corporaciones transnacionales son prohibitivos para la mayoría de las personas en los países en desarrollo. Claramente las injusticias sociales y económicas en el mundo resultan de una “globalización” guiada por los intereses de las grandes corporaciones y no de la mayoría de la población mundial. Este es el contexto en el que se desenvuelven las investigaciones biomédicas, lo que implica un grave

3 *Report of the Commission on Health Research for Development* (1990).

desafío para que se respeten principios éticos fundamentales. Por ello, es fundamental que la investigación en los países en desarrollo se realice dentro de un contexto de desarrollo humano sostenible, para lo cual:

- Se debe promover la investigación estratégica, es decir, ampliar las fronteras del conocimiento y, al mismo tiempo, contribuir al crecimiento económico, la justicia social, la estabilidad política y la protección ambiental.
- Es preciso fortalecer mecanismos para la protección de los sujetos humanos en salud. Los países deben tener sus propias normativas y legislaciones para proteger a sus poblaciones, y examinar los protocolos con el fin de determinar su validez ética y científica y su relevancia en cuanto a las prioridades locales en salud.

Para que la investigación internacional sea ética se debe poner el tratamiento a disposición de toda la comunidad una vez que su eficacia haya sido demostrada. Así lo han establecido la Declaración de Helsinki de 2000 y las Pautas CIOMS de 2002. Sin embargo, para decidir qué investigación es importante para la comunidad antes de que se realice, los países en desarrollo deben definir primero cuáles son sus prioridades en el campo de la salud. Lo mejor sería que los patrocinadores se reunieran con las comunidades de los potenciales países y seleccionaran aquellas investigaciones que fueran de máximo beneficio para la salud y el bienestar de su población.

Para asegurar que los estudios multicéntricos sean tanto ética como científicamente válidos en los distintos lugares donde se realizan, es importante que, en la medida de lo posible:

- Los procedimientos se realicen de manera idéntica en todos los centros donde se lleve a cabo la investigación.

- Se obtenga consentimiento genuino (voluntario e informado). Fácilmente ocurre falta de entendimiento cuando los patrocinadores de la investigación no conocen las tradiciones culturales del país donde ésta se realiza. Por ejemplo, en algunas comunidades es costumbre que los ancianos tomen decisiones por las mujeres y los niños. Por razones culturales, muchas veces se debe pedir autorización a líderes comunales, pero eso no exime de pedir consentimiento individual a los potenciales sujetos. Otro problema es que a veces la información comunicada no es entendible en el contexto cultural donde se realiza y, en otras, no es posible la firma de un documento. O, a veces, lo que se informa no es lo más relevante para los sujetos o bien la información es extremadamente larga y compleja. Hay que considerar, también, que algunos sujetos son iletrados. En estos casos no tiene sentido proporcionar información escrita ni solicitar la firma del consentimiento, sino obtenerlo verbalmente con testigos que acrediten que se ha cumplido con todos los requisitos éticos del procedimiento. Finalmente, existe la posibilidad de coacción solapada a través de recompensas o incentivos desproporcionados. Las diferencias entre los patrocinadores y los miembros de la comunidad huésped, sobre todo en el plano económico, pueden ser tan grandes que lo que se considera como un incentivo adecuado para una persona de un país desarrollado puede ser un verdadero mecanismo coercitivo para alguien de un grupo social marginal. El comité de ética en investigación tiene aquí un papel clave al evaluar los riesgos y beneficios de participar en la investigación, también a la luz de los incentivos ofrecidos.

- No se viole la confidencialidad en temas privados que afecten la sensibilidad sociocultural de cada país y comunidad participante.

- Haya equidad en la selección de sujetos de investigación. El principio de justicia suele ser vulnerado. Muchas veces las muestras no son obtenidas equitativamente, de modo tal que se compartan riesgos y beneficiarios. Cuando la investigación se realiza en la población de países en desarrollo hay que tener en cuenta si lo que se está investigando es o no de interés para dicha población y, en caso de serlo, si tendrá acceso a los potenciales beneficios. Según Ruth Macklin(7), para proteger a las poblaciones de los países en desarrollo del peligro de explotación por patrocinadores de investigación internacional se debe recurrir a los conceptos de “justicia distributiva” y “justicia como reciprocidad”. La concepción de “justicia distributiva” requiere que los riesgos y beneficios de las investigaciones sean distribuidos con equidad (dar a cada uno lo que necesita) entre todas las personas o los grupos de la sociedad. La concepción de “justicia como reciprocidad” requiere que los sujetos de investigación reciban beneficios por el hecho de participar. No se justificaría que si un sujeto paciente ha recibido placebo al finalizar el estudio no recibiera el medicamento que ha probado tener efecto terapéutico. Ocurre explotación cuando las personas o las agencias ricas o poderosas se aprovechan de la pobreza, debilidad o dependencia de los otros, usándolos para servir a sus propias metas, sin beneficios adecuados para compensar a los individuos o a los grupos que son dependientes o menos poderosos.
 - Existan estándares de cuidado de la salud. En general se debe ofrecer un estándar universal de cuidado en vez del tratamiento disponible en la región. Sin embargo, a veces esto no es apropiado porque en el contexto social no se puede realizar o porque, al hacerlo, no hubiera resultados relevantes o no fuera efectivo en el sistema de salud del país.
- Para determinar qué estándar de cuidado se ha de proporcionar *Nuffield Council*(8) recomienda que se consideren los siguientes factores:
- a) El apropiado diseño de investigación que responda a la cuestión de investigación.
 - b) La gravedad de la enfermedad y el efecto de los tratamientos probados.
 - c) La existencia de un estándar universal de cuidado para la enfermedad.
 - d) El estándar de cuidado en el país patrocinador y en el país donde se hace la investigación.
 - e) El estándar de cuidado que pueda financiarse en el país patrocinador y en el país donde se va a realizar la investigación.
 - f) El estándar de cuidado que pueda suministrarse efectivamente en el país mientras se hace la investigación.
 - g) El estándar de cuidado que se ha de proporcionar en el país donde se ha hecho la investigación de forma sostenida.
- Los investigadores, durante el estudio, asuman la responsabilidad de cuidar a aquellos que sufren efectos adversos por participar en éste. También se les debería compensar por efectos adversos posteriores al término de la investigación. La desprotección de las personas en países en desarrollo se evidencia también en la fase IV de ensayos clínicos, cuando la droga está ya comercializada, al fallar los mecanismos de farmacovigilancia.
 - Pueda realizarse el monitoreo. El seguimiento y seguridad para los pacientes resulta mucho más difícil de llevar a cabo en la práctica en los países en desarrollo.

Por otra parte, cabe preguntar si es éticamente correcto realizar un estudio en un país que no está en condiciones de afrontar económicamente el uso de un recurso sanitario que resultó ser efectivo en una investigación. Además, en caso de que los patrocinadores tengan el deber de proporcionar el tratamiento, ¿a quiénes han de proporcionárselo? ¿Por cuánto tiempo? Estas y otras inquietudes tienen que ser decididas entre patrocinadores, investigadores, comités de ética y autoridades locales “antes” de iniciar la investigación. También hay que recordar que, generalmente, se precisan varios ensayos hasta demostrar la real efectividad de una medicación. Incluso existe la posibilidad de que los resultados sean contradictorios en los distintos grupos de los estudios multicéntricos. Por lo tanto, se debe ser muy cauteloso a la hora de ofrecer el tratamiento que “aparentemente” y “provisoriamente” resultó mejor. Para abordar estas cuestiones, una vez más, se hace patente la necesidad del desarrollo, en cantidad pero también en calidad, de los comités de ética locales. Al mismo tiempo, los patrocinadores deben comprometerse a invertir recursos para la capacitación ética y científica de los investigadores y de los profesionales de la salud de los países anfitriones.

Las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos, de CIOMS(2), y el Documento UNAIDS norman que los productos de una investigación se hagan razonablemente disponibles en el país donde se realiza la investigación, y este último específica, incluso, que se haga disponible una vacuna para el SIDA a otras poblaciones que tienen un alto grado de infección con VIH, pero no existe una fuerza legal que garantice su acatamiento. Sin embargo, se pueden utilizar los instrumentos de los Derechos Humanos para justificar la existencia de las obligaciones de justicia, como el artículo 12 del Tratado Internacional de los Derechos Económicos, Socia-

les y Culturales⁴. Esto requiere que las naciones tomen pasos específicos, incluyendo la prevención, el tratamiento y el control de varios tipos de enfermedades, y, también, la creación de condiciones que aseguren servicios médicos a todos en caso de enfermedad.

Investigación transdisciplinaria

Hoy día el contexto de desarrollo invita a una nueva forma de hacer ciencia: transdisciplinaria en lugar de monodisciplinaria, multidisciplinaria o interdisciplinaria. La nueva ciencia se caracteriza por ser multiforme y temporal, y reflexionar sobre el entorno social. Esta nueva forma no se limita a una metodología positivista de investigación, sino que incorpora métodos cualitativos desarrollados originalmente por la antropología y la sociología.

En un modelo multidisciplinario la forma de interacción consiste en que un grupo de distintos expertos decide compartir una tarea; el grupo tiene un cometido pero sus miembros no comparten contenidos, ni tampoco contextos. Un modelo interdisciplinario agrega el compartir contenidos; los diferentes actores e interlocutores comparten significados en los conceptos que deciden utilizar. En un modelo transdisciplinario, en cambio, se comparte no sólo cometido y contenido, sino también contexto, de manera que se logra una legitimación social del discurso disciplinario, lo cual tiene una gran trascendencia en la aplicación de la investigación en el campo de la salud.

En las ciencias sociales y en la medicina puede aspirarse al discurso transdisciplinario con la condición de que se respeten los principios de excelencia y relevancia. La excelencia significa llevar a cabo los cánones establecidos y el código aprobado por los pares; la rele-

⁴ “Derecho al más alto nivel de salud física y mental que puede alcanzarse”.

vancia, satisfacer necesidades sociales y cumplir con la responsabilidad que la comunidad espera de los investigadores(9).

En este sentido, la bioética ha sido pionera en su carácter transdisciplinario y puede tomarse como modelo de una nueva forma de realizar investigación, ya no simplemente en la búsqueda de un consenso a través del diálogo ante dilemas éticos. El discurso bioético es integrador, transdisciplinar y dialógico. La bioética tiende un puente que hace accesible el mundo del experto, toma en cuenta el contexto cultural y social en su narrativa y en los procesos de diálogo para alcanzar consensos.

La nueva ciencia debe ser tanto cualitativa como cuantitativa. El investigador cualitativo busca entender y describir lo social y cultural desde la perspectiva individual subjetiva: se convierte en una especie de científico y narrador al mismo tiempo. Los métodos cualitativos son efectivos para estudiar la vida de las personas, la historia, el comportamiento, el funcionamiento organizacional, los movimientos sociales y las relaciones interpersonales(10). Las destrezas que necesita un investigador para realizar una investigación cualitativa son la sensibilidad teórica y social, la habilidad para mantener distancia analítica y destrezas de observación y de interacción social.

Referencias

1. Beecher HK. Ethics and clinical research. *New England Journal of Medicine* 1966; 274:1354-1360.
2. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos* (2002). Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética; 2003.
3. Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000: 143.
4. Jonas H. *Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1974: 105-131.

Conclusiones

Para promover internacionalmente la ética de la investigación no es suficiente con la formulación de normativas internacionales; éstas son útiles pero no logran su objetivo si no están acompañadas de un ambiente propicio que responda a las condiciones de desarrollo. Las normativas son importantes pero no actúan en el vacío: requieren de personas que sean capaces de interpretarlas y aplicarlas, y que actúen en un contexto sociopolítico y cultural que pueda fortalecer su aplicación. Los contextos culturales más propicios son aquellos con mayores niveles de desarrollo. En este sentido, la bioética—como interlocutora transdisciplinar— debe asumir el tema de la equidad y el contexto sociocultural donde se realiza la investigación

Por otra parte, ninguna norma, ordenanza, lineamiento, directriz o guía puede reemplazar el juicio de los profesionales calificados o los dictados de una conciencia sensibilizada frente a los principios morales. La real protección para los sujetos y los principios éticos reside en la conciencia de los investigadores, pues una norma no tiene una única lectura canónica: sus significados pueden ser múltiples y están expuestos a inadecuada comprensión, tergiversación intencionada y desconocimiento. La educación de los investigadores es esencial para que adquieran conciencia crítica y un raciocinio bioético.

5. Sen A. *Development as Freedom*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
6. Serrano Lavertu D, Linares AM. Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe. En: *Bioética: Temas y Perspectivas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1990.
7. Macklin R. Ética de la investigación internacional: el problema de la justicia hacia los países menos desarrollados. *Acta Bioethica* 2004; X(1): 27-37.
8. McAdam K. The Ethics of Research Related to Health Care in Developing Countries. *Acta Bioethica* 2004; X(1): 49-55.
9. Lolás F. *Más Allá del Cuerpo*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello; 1997: 140-141.
10. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage; 1990.

A RIGHT TO GRATITUDE

Zbigniew Szawarski*

Abstract: Few matters in medical ethics give rise to such passionate disputes and discussions as the issues of doctors' acceptances of diverse kinds of gifts, services or favours from grateful patients or pharmaceutical companies interested in acquiring a physicians endorsement. Gratitude is a fundamental moral value. Modern philosophy proposes three different, rival models of gratitude. Appropriate social rules determine what, when and under what conditions counts as a reciprocation of a gift. The moral sphere between doctor and patient is incredibly complex: there appear to be four types of possible attitudes that a patient can adopt towards a physician. The art of giving is as complex as the art of receiving.

Key words: gratitude, social rules, rights, obligations, tact, good taste

DERECHO A LA GRATITUD

Resumen: Pocos temas de ética médica despiertan tantas apasionadas disputas y discusiones como el de la aceptación, por parte de los médicos, de distintos tipos de regalos, servicios o favores de pacientes agradecidos, o de compañías farmacéuticas interesadas en obtener su visto bueno. La gratitud es un valor moral fundamental. La filosofía moderna propone tres modelos de gratitud, diferentes y rivales. Reglas sociales claras pueden determinar qué, cuándo y bajo cuáles condiciones algo cuenta como reciprocidad a un regalo. La esfera moral entre médico y paciente es increíblemente compleja: existen, aparentemente, cuatro actitudes posibles que un paciente puede adoptar frente a un médico. El arte de dar es tan complejo como el de recibir.

Palabras clave: gratitud, reglas sociales, derechos, obligaciones, tacto, buen gusto

DIREITO À GRATIDÃO

Resumo: Poucos temas de ética médica despertam tantas e apaixonadas disputas e discussões como o da aceitação, por parte dos médicos, de distintos tipos de presentes, serviços ou favores de pacientes agradecidos ou de indústrias farmacêuticas. A gratidão é um valor moral fundamental. A filosofia moderna propõe três modelos de gratidão, diferentes e rivais. Regras sociais claras podem determinar o que, quando e em que condições algo conta como reciprocidade para um presente. A esfera moral entre médico e paciente é incrivelmente complexa: existem aparentemente quatro atitudes possíveis que um paciente pode adotar frente a um médico. A arte de dar é tão complexa como a de receber.

Palavras chaves: gratidão, regras sociais, direitos, obrigações, tato e bom gosto

* BIBAC Member, Professor, Department of Philosophy, University of Warsaw
Correspondence: z.szawarski@uw.edu.pl

“Of all crimes that human creatures are capable of committing, the most horrid and unnatural is ingratitude...”

David Hume, Treatise on Human Nature, Book III, Part I, Section I.

Physicians have as their patron saints Cosmas and Damian –martyrs who died for their faith in Diocletian’s times, ca. 303 A.D. The two men treated their patients completely free of charge. However, as it happened, one day Damian accepted three eggs from a woman by the name of Palladia, because he was unable to tactfully decline her offer. According to legend, the result was so brusque and profound a conflict between the two brothers that it was only the advent of a talking camel that brought it to an end. Since its beginnings medicine has had to deal with the problem of decent compensation and additional gratification for the physician. “The patient has a right to gratitude,” say doctors to justify their accepting all kinds of tokens and services – both material and non-material. “The physician has a right to gratitude,” claim the patients, utterly convinced that there is nothing morally amiss if they bring their doctor a bottle of cognac, or leave a banknote-filled envelope on his desk. And yet, few matters in medical ethics give rise to such passionate disputes and discussions as the issue of doctors’ acceptance of diverse kinds of gifts, services or favours from grateful patients, or pharmaceutical companies interested in acquiring a physician’s endorsement. Let us examine what is this peculiar “right to gratitude” which in certain situations magically transforms a rank bribe into a lofty expression of appreciation.

There certainly exist situations in which man ought to show gratitude. Gratitude is a fundamental moral value present in all human societies, with no exceptions. It arises in situations whereby someone has provided us

with some good, irrespective of its nature – i.e. irrespective of its being a material gift, or some favour. Plainly, the nature of this good changes depending on the society and historical period; the actual mechanism of gratitude, however, remains the same. It is for this reason that in all historical periods or geographical locations there arise certain clearly defined situations in which we can speak of the feeling of gratitude, debt of gratitude, duty of gratitude, virtue of gratitude, and even –as the Polish context seems to suggest– of the right to gratitude. Still, what is the essence of gratitude?

Let us reiterate, gratitude appears in a situation whereby someone confers upon us some good. However, not every conferral of a good binds us with the duty of gratitude. If somebody provides us with some good only because he likes to give others pleasure, or because it is advantageous for him, or constitutes his professional obligation, or else he is forced to by some other circumstances, then there is no reason for gratitude. I have never heard of or read about a situation where upon receiving absolution in a confessional the penitent would hurry to the presbytery with a dozen eggs, a bottle of cognac or a symbolic envelope. And, after all, acquiring an opportunity for eternal bliss in the heavenly kingdom is incomparably greater a good than keeping an earthly life, as confirmed by the numerous examples of martyrs. Am I really obliged to express special gratitude to a mechanic who just pocketed a hefty sum for a periodic check-up of my car? Does the fact that in performing it he was adroit, quick and competent, and additionally quite nice, place upon me some particular duty of gratitude? The man does what he is supposed to do as part of his work contract. I therefore see no important reason for me to show him any extra gratitude. That medicine deals with human life is not a good argument, since the same can be said of

the car mechanic. A mechanic who fails to notice or fix a faulty break in my car is as responsible for a person's inadvertent death as a physician who commits a diagnostic error or incorrectly evaluates the state of his patient's health. I have never come across a car mechanic who, invoking his "right to gratitude," claimed an extra payment for a well performed check-up. Why is it that the idea of a duty of gratitude so often appears in doctors' consulting rooms and is practically non-existent in other professions? In order to answer this question we must more thoroughly examine the very concept of gratitude.

It is not the case that every act of providing us with some good bestows upon us the duty of gratitude. However, such an obligation does arise in situations where three additional important conditions are satisfied. First, it cannot be just any good; this good has to carry special significance for me. I can, for instance, disregard a pen I received from a representative of a pharmaceutical company, but I would find it difficult to stifle my feeling of gratitude if this company covered my expenses on a trip to Chile to attend an important scientific congress. Second, the act of providing me with this good must require some effort, sacrifice, or renouncement on the part of the provider going beyond what he is normally obliged to do in the given situation. For example, arranging grants to attend some scientific congress is not ordinarily among the duties of the head of a clinic. Were the head of my clinic to devote time and effort, moving heaven and earth for me to be able to participate in a scientific congress in Chile that is of great importance to my research, I would have a debt of gratitude towards him, since what he did for me went well beyond his ordinary professional obligations. I would not be so indebted, however (and this is the third condition), if it so happened that his principal motive to act the way he did was not my

personal good, but his own selfish interest, because in sending me to Chile he was buying my loyalty. He does me a favour because he is constructing his private empire of influence and knows that one day (recall Coppola's excellent film "The Godfather") he can demand something in return. Perhaps, if I give it a little more thought, I have no debt of gratitude towards the pharmaceutical company sending me to Chile, since the costs it incurs do not constitute any sacrifice, being simply a rationally planned marketing ploy whose ultimate aim is to increase the company's profits. In doing me a favour the company does not care about my personal good, but only its own selfish interest.

This is not the end of the complications connected with the concept. Although the feeling of gratitude indubitably assumes some connexion between the person who provides the good and the one who receives it, the nature of this connexion remains somewhat unclear.

Modern philosophy proposes three different, rival models of gratitude, which attach completely disparate significance to the different elements of the relation. The first model, drawing on the Humean tradition, considers gratitude as a reaction to another person's disinterested benevolence. The feeling of gratitude and appropriate behaviour related to it thus constitute a natural confirmation of having received the good and having thanked for it. Gratitude is a kind of virtue, a certain ability to behave appropriately in a given situation. Ingratitude is, on the other hand, a repulsive vice, especially when, as Hume writes, it concerns non-fulfilment of our obligations to our parents. The second model, emerging mainly from the ethics of Kant, identifies gratitude with the absolute duty to settle one's debts. Upon receiving from someone some good of great importance to me,

I take on a debt of gratitude which absolutely must be repaid. The form of repayment naturally depends on my situation, but a debt is a debt, and I cannot be a good and decent person if I don't pay my dues. The third model of gratitude refers primarily to the anthropology of gift and the principle of reciprocity – do ut des (I give that you may give). Good is to be reciprocated with good, evil with evil. So, if I was provided with some good (favour), I have an absolute obligation to reciprocate. Appropriate social rules determine what, when and under what conditions counts as reciprocation of a gift. Inability to reciprocate evokes in a person the feeling of guilt for not fulfilling the duty of gratitude. As an aside, it should be noted that in this model much depends on what is counted as a gift. Can, for instance, life be considered a gift, as suggested by the common idiom “the gift of life”? One of the most peculiar critical arguments against transplants is that since it is impossible to morally repay the gift of an organ (e.g. the gift of a heart), it becomes a poisoned token, leaving the patient with the feeling of unsettled debt and permanent guilt. For how can one genuinely repay the gift of life?

Gratitude and medicine

It may seem enough to apply any of the described models of gratitude to the doctor-patient situation to see a complex system of relations between the two parties take shape. This is not the case. Despite the fact that the structure of mutual relations emerges clearly – the doctor is the purveyor of the good, the patient is the recipient, and the good can be a great many things, from saving the patient's life to helping him acquire undeserved disability benefit or exemption from military draft – what actually occurs in the moral sphere between doctor and patient is incredibly complex and it is not easy to extract what does in fact deserve

gratitude from the tangle of incentives and motives of conduct. Notice that physicians' activity is not an act of disinterested benevolence towards another person. A young adept of medicine does not study laboriously all his life in order to selflessly help everyone around. Treating a patient is a normal job, and in normal circumstances it requires no sacrifice or heroism. Patient thus has no debt of gratitude towards someone who more or less adroitly fulfils his everyday professional obligations. Moreover, there are known cases where the principal motive for choosing the medical career is ordinary prudence and a desire for decent remuneration. It is said that people will always fall ill. A physician will never starve to death. What reasons can there be for expressing extra gratitude towards someone who lives off my fear, pain and suffering.

In normal circumstances the feeling of gratitude usually emerges in a situation characterised by ideal symmetry between two people. You scratched my back today, I'll scratch yours tomorrow. Recompense, payback, reciprocity, expressions of gratitude, ordinary thanks, or however else we label our reaction to the received good, constitute a spontaneous human response. They are the confirmation that we have experienced benevolence, and at the same time that we accept the obligation to the effect that in a similar situation we shall attempt to act just as considerate, kind, disinterested or altruistic a manner. Nonetheless, when we try to examine what happens in a consulting room from this perspective, it turns out that the relation between doctor and patient is inherently asymmetrical. A physician is not just any other person, like me, or you, or her. A physician is a person endowed with special powers – knowledge of what is the cause of my ills, and of how to help me. The doctor is the absolute master of the situation – it is he who conducts the interview, poses intimate questions, tells others

to do this or that, or performs complicated surgical procedures. The relation between doctor and patient is a relation between the one who acts (the agent), and the one who is subject of this act (patient). If a doctor's knowledge and skills are used properly and the patient returns to health, the latter can justifiably feel gratitude. If, however, the doctor, for some justified reasons or due to some subjectively error is unable to help, or worse, hurts the patient, it is understandable that the latter will feel greatly disappointed, and may even show signs of aggression towards the physician.

Aside from asymmetry, an additional factor complicates the moral psychology of doctor-patient relations, namely the fact that in our society the physician's social role is strongly institutionalized and subject to determinate legal regulations. Hence, the relation between doctor and patient is not a chance encounter of two people, of which one requires help, and the other is able to provide it. It is a kind of contract, whereby the two parties accept certain rights and obligations. The sphere of doctor's rights and obligations is determined by culture-specific morality and law regulating the medical profession, as well as his country's existing healthcare system. With the patient, the emphasis falls especially on his rights, for he is by nature a frail, defenceless creature, struck by illness and, above all, in need of help. This does not imply that he has no obligations whatever. If he arranged to meet a doctor in a private practice he must absolutely pay the set fee. If he is entitled to universal healthcare, he ought scrupulously to pay health insurance premiums. Every contract is based on a system of mutual rights and obligations.

If we were to consider a doctor's vocation, and the formal structure of the law and of the healthcare system, which determines the area of mutual relations between doctor and patient,

there appear to be four types of possible attitudes that a patient can adopt towards a physician.

Indifference. The physician keeps his obligations towards the employer or client in a thorough manner, and the patient compensates him for his services directly (private practice) or indirectly (public or private healthcare insurance premiums). In this system there is practically no place for the feeling and duty of gratitude. The patient pays and expects something in return. It makes hardly any difference whether he pays the physician directly, or through social security or some private insurance fund. The physician's role is thus reduced to that of an ordinary service provider, and the patient's – to that of an ordinary client acquiring some medical service. It may be interesting to note that in some medical disciplines (e.g. rehabilitation, psychotherapy, nursing) there is nowadays less often talk of patients, and more frequently – of clients. This is because from the point of view of a market economy there is not the slightest difference between paying for some cosmetic service, on the one hand, and for rehabilitation or dental procedure, on the other.

Enmity or sense of wrong. Despite the fact that the physician performs his duties competently, scrupulously and *lege artis*, the patient is not satisfied with his conduct and usually accuses him of negligence or error. This is often followed by a lawsuit and demands for large compensation. In the United States, this practice has grown to epidemic proportions, and it is the general rule that every doctor is insured against such liability. Several years ago, the average annual cost of such insurance was over 100,000 dollars.

Apparent gratitude, or pseudo-gratitude. Despite the fact that the physician performs his duties competently, scrupulously and *lege artis*,

working either in private practice or within the framework of a public healthcare system, the patient still believes that the doctor's efforts ought to be "appreciated" and that some "expression of gratitude" is in order, and failure to do so is seen as improper. Let us call this the waiter model of gratitude. Just as waiters and hairdressers are habitually tipped irrespective of the standard of their service, some people believe that the same goes for doctors. The venerable and noble vocation of the medical profession is thus reduced to simple service activity. It is worthwhile to stress that this practice, unheard of in western medicine, is apparently typical to all countries of the former soviet block. This is a peculiar approach which can in no way be justified by appealing to the dignity of the medical vocation and profession, irrespective of whether its root cause lies in the conduct of the *nouveau-riche*, unaware of how to behave and desiring to emphasise their social standing, or in compassion caused by consideration of doctors' difficult material situation, or else whether it is simply prudence dictated by past experience.

Gratitude proper. This is an attitude which can emerge in any healthcare system when the physician spontaneously and utterly selflessly does much more than he is obliged to do. In such case, the relation which binds doctor and patient is not a typical service provider-service recipient relation, but constitutes instead a specific moral relation sometimes termed love of the other. This is the kind of gratitude felt by the man wounded by robbers in the biblical parable of the Good Samaritan. Passing by, the priest, and then Levit, did not stop to help the injured man. It was only the Samaritan who tended the victim, though he had no obligation to do so. The same can occur in many clinical situations, when a doctor's exceptional conduct may indeed cause the patient to feel a binding need to express gratitude. The time, place and

manner of such an expression encompass a whole range of behaviours – from a regular "thank you" to symbolic tokens. Choosing the right token is a matter of tact and good taste, and very much depends on social conventions and cultural patterns of the given society. In our cultural tradition what constitutes a typical "expression of gratitude" in the urban society is still a bouquet of flowers or a bottle of good alcohol, while in rural areas, according to the accounts of retired physicians, it was, until very recently, several eggs or a wad of butter. Occasionally, there appear in literature attempts to establish a morally acceptable monetary value of a token. I fear that there is little sense to this. For it constitutes nothing other than an attempt to institutionalize and legitimize a doctor's tip, much like the habitual 10% of the bill in western restaurants. The patient does indeed feel the need to express gratitude and I can see nothing wrong in his trying to do so in a more or less tactful manner. What is unacceptable is a doctor unwilling or unable to understand this need, or imposing on the patient some other "duties of gratitude". The art of giving is just as difficult as the art of receiving. Some gifts or tokens simply ought not to be offered, because they might offend or demean the physician, and some gifts or tokens should not be accepted, because they may, additionally, corrupt him. Yet it is impossible to set a clear and unambiguous boundary between what can and should be accepted, and what must not be under any circumstances. For some patients expenditure of even a few dollars for a small bouquet of flowers constitutes an important sacrifice, while others gladly and without any great effort can afford to present a doctor with a newest generation notebook in appreciation of his professionalism and considerate treatment. I have nothing against small and symbolic gifts. It is unacceptable, however, for it insults doctor's dignity, to accept money or any other expensive objects, favours or services,

which could in any way make the doctor morally dependent on the patient.

Pathology of gratitude

A study of the so-called informal payments in the Polish healthcare system conducted in 2001 by Poland's Batory Foundation revealed that among the 1000 people questioned 356, or 36%, declared that over the previous several years they did indeed offer doctors and other employees of the healthcare system money or other objects, in the majority of cases on more than one occasion. I do here not intend to present detailed results of this study – they are easily accessible on the internet. What is of interest to me is the moral psychology of those who give and those who take. For if it is indeed true that as much as 36% of the people interviewed had reasons to express authentic gratitude with a particular sum of money, a gift or favour, or in some other way, then this is evidence of our healthcare system's incredibly high moral standing. The 36% of the questioned patients not only felt gratitude, but also felt it necessary to express it tangibly to doctors and nurses. And if people pay more frequently and larger amounts in order to guarantee admission to a hospital, facilitate jumping queue for surgical procedures, or obtain some necessary certificates, then we are dealing with graft. The line between gratitude and corruption is exceedingly thin and difficult to establish, and the sole rational means of evaluation seem to be the examination of the givers' and takers' motives.

What I have in mind speaking of graft is a situation whereby a particular person (in the medical context this is the patient) or institution (e.g. a pharmaceutical company) is trying to gain favour with a person whose responsibilities, being a representative of a particular state institution, include deciding

about the concession or distribution of certain scarce or particularly desirable resources, services or privileges. An attempt at corruption is successful when in a situation of conflict between, on the one hand, loyalty with regard to the interests of the represented national institution, and, on the other, the interests of a person or institution trying to gain favour, the official picks the latter at the cost of the former.

Therefore, a doctor who draws up a surgical procedure waiting list not on the basis of date of inscription or actual gravity of the patient's condition, but instead depending on patient's generosity, is a corrupt person. He is selling something that does not belong to him, concurrently violating the elementary principle of justice in the context of goods that we find especially important and desirable. Similar conduct is that of a health ministry official who, while preparing the list of refunded medications, lets himself be guided only by his own personal interest, and not by the good of the patients and the actual capacity and interests of the state. And yet, we sometimes hear, if there were no importunate and corrupting patients, there would be no graft. Let us then attempt to scrutinize the motives behind patients' conduct.

From the patient's perspective we can distinguish four important reasons for presenting a doctor with various kinds of gifts or tokens. These are: a) moral grounds, b) prudence and self-interest, c) false ideas about obligations towards the doctor, or about his situation, and d) conformism. Clearly, in the case of moral grounds there is possibility of a situation where the sole motive behind presenting the doctor with a gift is authentic gratitude. More frequently, however, the principal reason for trying to influence the doctor's decision is care and a feeling of responsibility for personal good and good of close ones. If I care about my personal health

or the health and life of those close to me, it would be prudent to pay extra in order to secure a hospital bed or get the best surgeon in town to carry out the necessary procedure. In consideration of what I see as important moral values I decide to consciously break the law and offer a bribe to the doctor. A bribe is obviously an evil, but less so than loss of life or ill-health.

The motive of self-interest and prudence is illustrated by a situation where even before the treatment begins the patient hands the physician a certain amount, thus buying his favour and coercing him into a sort of “duty of gratitude”. The doctor can only fulfil this obligation through treating the patient in a special manner. In the same way, by paying the doctor a hefty sum when treatment is over I secure good future contacts. Both cases are instances of graft.

The third motive can be succinctly illustrated with the phrase “I give, because he deserves it.” And he deserves it for a number of reasons. First, because he is a doctor, and doctors just deserve respect and high regard, and additionally, as a doctor he exercises control over a special kind of goods and values – it is entirely up to him whether I shall receive them. Since a doctor treated me decently, I ought to express some gratitude. Second, since every doctor is also a human being, and people possess a natural need for gratitude, there is nothing wrong with satisfying this need. Third, in our country doctors work under such terrible material conditions that they ought to be helped and shown compassion, which can be done by supplementing their abhorrently low wages.

The conformist motive is expressed in the conviction that, since supplementary payments and corruption have become commonplace, it would be inappropriate to act otherwise. “I pay because everybody pays, and I’m no worse.”

I believe that it has now become clear how apparently identical acts, or identical gifts, can in one case be an authentic expression of gratitude, and in another – instance of graft, or tactless, not to say boorish, behaviour. If a patient offers his doctor a gift, thanking for exceptional, I would say even Samaritan, care, he has every right to do so, and the doctor would do no wrong by accepting such a token. If, however, the principal motive behind the offered gift is an attempt to purchase the doctor’s favour or subordinate him, then offering a token or a given sum of money becomes an act of manipulation. And any manipulation constitutes an infringement on our moral autonomy and undermines our trust, because it is based on falsehood and deception as to the manipulator’s true goals and intentions. In such case, the patient is not really expressing gratitude; he is treating the doctor solely as a means to some personal ends, and I regret that a great many physicians see nothing wrong with such objectification of their profession. Appealing to the purported right to gratitude, the patient secures what he desires, from jumping queue to false health certificates necessary for, e.g. extension of a driver’s license. Doctors, in turn, defending their alleged right to gratitude, do not seem to realize that in many instances in so doing they are defending a rather peculiar right to a tip. I have the impression that it would be something unbecoming for this noble profession if I were now seriously to consider whether doctors do in fact have such a right.

What is singular is that similar motives appear when we look at such practices from the doctor’s perspective. By appealing to moral concerns one can try to demonstrate that a doctor ought not to offend the patient by refusing to accept an offered token, as the patient has not only the need, but also the right to express gratitude. One could indicate that due

to exceptional training and skills, and the very nature of the exercised profession (because he really does save people's lives and health) a doctor has a special right to gratitude. Emphasis could be placed on prudence and self-interest ("I did not study laboriously for six years and continue with intensive additional training just to barely make ends meet"), or, finally, one could appeal to ubiquitous conformism ("I take, because everybody does").

An attempt at diagnosis

There are, I believe, three reasons which contribute to the pathology of gratitude and to the increasingly prevalent acceptance in our society of overtly corrupt behaviours.

In the moral sphere it is the emergence of a singular and false belief that both the patient and the doctor have "a right to gratitude". Let us, however, differentiate between two different things. The patient can indeed, under certain circumstances, feel the need of gratitude and pursue its concrete expression, as thanks for exceptional and especially considerate care – such behaviour is entirely natural and there is nothing wrong with it. A doctor, too, can at times feel a very natural need to receive gratitude for what he did for the patient. This is also understandable and fully justified. However, experiencing a very strong need to express or receive gratitude is by itself insufficient to prove the existence of some moral right to gratitude. It is one thing to claim the presence of some fact, and something else entirely to declare the existence of some moral right, and a moral right to the satisfaction of some need cannot be deduced from this need's existence. Is the biblical Samaritan really entitled to a moral right to expect some active expression of gratitude from the one he helped? Should he really arrive at the inn several weeks later, and say "I saved your life, now it is your turn"? Certainly, the

Samaritan's kind and selfless act requires reciprocation and it would be strange if the man rescued by him did not feel or in some way attempt to express gratitude. But it would be highly peculiar if several weeks later he would pay the Samaritan a visit saying "You saved my life. Here is my daughter. Take her. Let her be your slave. You cannot reject my token, because I have the right to express my gratitude." Does the Samaritan have a moral obligation to accept the gift, because to do otherwise would be to infringe upon the man's right to gratitude? Stating that we have a moral right to something is indeed a very strong claim. A right to something always implies the obligation to respect this something. The fact that I have the right to live means that others have an absolute obligation to refrain from doing anything that could imperil my life. The fact that in certain situations we do have the duty of gratitude does not, however, entail that there must exist a correlated right to gratitude, and that we can invoke this right in order to demand from other people compensation, reciprocity or tokens.

In the social sphere it is the disastrous organization of healthcare systems that remains the root cause of proliferation of graft. Good medical care is still a scarce, highly desired and often unattainable good. Note also that in multifarious private clinics, where the patient himself pays for consultation and treatment, there is no mention of any right to gratitude and no overtly corrupt procedures. The rules of distributing and ascribing services are clear and unambiguous – treat everyone according to the set price list. The patient knows exactly how much he has to pay, and may perhaps pay extra for "express service". He does not have to press or manipulate doctors or receptionists.

In the economic sphere the main reason for the escalating pathology of gratitude is the progressive pauperization of the medical profes-

sion and the proliferation of the belief – proper to any free market – that money can buy everything, even special consideration and kindness of a doctor or nurse. If we add to this aggressive marketing of pharmaceutical companies and various activities of vested interests external to the medical profession, the patient gradually becomes justifiably convinced that in any conflict of interest between patient and doctor,

the doctor tends to choose his own. The patient would thus be wise, caring above all for his self-interest, not to forget about that of the doctor.

All this means that in our social consciousness the line between authentic feeling of gratitude and tipping, or bribery, between social conventions and acts contrary to law and morality, is gradually fading.

BIOETHICS FROM A PRAGMATIC PERSPECTIVE: ETHICAL ISSUES IN BIOPHARMACEUTICALS

Michael A. Fournel*

Abstract: In recent times competitive, commercial and fiscal pressures have introduced new and challenging issues for the pharmaceutical industry. This essay identifies some of these issues and proposes mechanisms for their resolution. This overview is not intended to serve as a comprehensive assessment, but rather as an introduction to and call for utilization of bioethics as a tool in the resolution of practical issues that otherwise could limit the development and introduction of important therapeutic entities into the clinic.

Key words: pharmaceutical industry, ethical challenges, social behavior, drug development, safety

LA BIOÉTICA DESDE UNA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA: TEMAS ÉTICOS EN LA INDUSTRIA BIOFARMACÉUTICA

Resumen: La industria farmacéutica ha sufrido, cada vez con mayor frecuencia, presiones fiscales, de la competencia y del comercio, que han introducido nuevos y desafiantes temas éticos. Este ensayo identifica algunos de estos temas y propone mecanismos para resolverlos. No pretendemos que éste sea un juicio abarcador, sino que sirva, más bien, como una introducción y un llamado para emplear a la bioética como un instrumento en la resolución de temas prácticos que, de otra manera, podrían limitar el desarrollo y aceptación de importantes entidades terapéuticas en su aplicación clínica.

Palabras clave: industria farmacéutica, desafíos éticos, comportamiento social, desarrollo de fármacos, seguridad

A BIOÉTICA A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA PRAGMÁTICA: TEMAS ÉTICOS NA INDUSTRIA BIOFARMACÊUTICA

Resumo: A indústria farmacêutica vem sofrendo, sempre com mais frequência, pressões fiscais, da concorrência e do comércio, que introduziram novos e desafiantes temas éticos. Este ensaio identifica alguns destes temas e propõe mecanismos para resolvê-los. Não pretendemos que este seja um juízo abrangente, mas que sirva, como uma introdução e um chamado para empregar a bioética como um instrumento na resolução de temas práticos que, de outra maneira, poderiam limitar o desenvolvimento e a aceitação de importantes entidades terapêuticas em sua aplicação clínica.

Palavras chaves: indústria farmacêutica, desafios éticos, comportamento social, desenvolvimento de fármacos, segurança

* Senior Vice-President of Research and Development for Bayer HealthCare's Biological Products Division. Bayer HealthCare
Correspondence: Michael.fournel.b@bayer.com

The pharmaceutical industry in general, and biopharmaceuticals specifically, is increasingly under scrutiny to perform ethically. While this has always been the case – indeed, the generic term for drugs is “ethical pharmaceutical” to reflect the higher standards applied in the development and eventual approval for use in humans – in recent times competitive, commercial and fiscal pressures have introduced new and very challenging bioethical issues for this industry. This essay identifies some of these issues and proposes mechanisms for their resolution. This overview is not intended to serve as a comprehensive assessment, but rather an introduction to and call for utilization of bioethics as a tool in the resolution of practical issues that otherwise could limit the development and introduction of important therapeutic entities into the clinic.

The emergence of the pharmaceutical industry as a dominant commercial endeavor has been fueled by several factors including innovation, successes in treating life-threatening diseases and the increasing affluence and aging of the population. With sales in excess of US\$350 billion in 2003 and multinational operations in virtually all parts of the world, this industry touches many lives in the discovery, development, regulation and commercialization of its products. Regional differences exist in all of these areas and offer opportunities for exploitation; for example, price controls exist in some countries but not others, fostering potential “gray market” importation of drugs. Some regions either lack or consciously refuse to respect intellectual property rights, allowing for generic production of drugs covered by patents. Ethical and commercial standards are very regional as are standards of care, all of which present potential for misuse.

Against this background exists a need in the pharmaceutical industry to minimize risks and investments required for the development of new drugs: where opportunity exists to do so there is

a compelling case to utilize such opportunities to facilitate and even expedite drug development. Further complicating this ethical landscape is the evolution of ethical requirements in industrialized countries, at times presenting onerous, and not always reasonable expectations upon an industry, which is still attempting to test hypotheses and failing more often than succeeding in identifying new and novel therapies.

For purposes of discussion, the ethical issues mentioned above can be considered to fall within three broad categories:

Business Ethics

Examples of issues under this heading would be commercial activities, contracts and pricing, incentives and kickbacks, issues of good faith and fairness, liabilities and litigation. Perhaps the most advanced in terms of mitigation, many mechanisms already exist to address opportunities for commercial exploitation. For example, industry and corporate standards have been published by most large companies and internal mechanisms such as ethics ombudsman, active compliance and ethics training have been established. More importantly, companies need to establish and vigorously defend a corporate culture and ethical philosophy to ensure compliance. Regulatory and legal protections are also in place in many countries, including anti-trust, competitive surveillance and legislation to thwart efforts to exploit differences. As recent problems in other industries have illustrated, the need for more comprehensive legislation to ensure fiduciary compliance has been recognized. Consumer and governmental advocacy is a major factor influencing business to perform according to ethical standards: the power of public exposure of unethical behaviors often drives companies to reform well before legislative actions are required; oversight of the industries by governmental agencies similarly identifies and rec-

tifies issues. While abuses will continue to occur, this combination of self-regulation, governmental controls and consumer advocacy has been instrumental in minimizing unethical conduct.

Ethical Social Behavior

This category includes more subtle yet important aspects of ethical behavior not easily addressed by the mechanisms discussed above. Examples would include the openness of information sharing, risk mitigation for patients and customers, and local investment.

Openness of information sharing. In the past, ownership of information generated in a clinical trial was assumed to be exclusive to the company providing the financial support for the development. However, this information was gathered by healthcare professionals from patients who volunteered to participate, often with little or no remuneration and potentially subjected to life-endangering procedures or placebo treatments for their disease. Questions about data manipulation, objectivity in assessments and representation, and access to learnings to guide future medical research have arisen from such restricted ownership of trial results.

Risk mitigation for patients and customers. The determination of the efficacy of a new drug is increasingly well managed as improvements in diagnoses, detection and understanding of pathology is applied to clinical assessments. The same is not the case for safety since untoward effects may not be seen with adequate frequency in a clinical trial setting. Relatively rare or infrequent adverse drug reactions may only become evident after thousands or more uses of a given drug. The balance between reasonable expectations for assessment of potential side effects against desire to introduce a new therapy requires careful consideration so as to minimize risks to patients while maximizing the utilization of important therapeutic options.

Local investment. Also a subject under the next category, the issue of return of the benefits from commercialization of a drug to the communities in which it was studied presents an ethical challenge since failure to do so opens the consideration of exploitation. Yet, often the standards of care in a region make the new therapy unaffordable to the healthcare system.

Mitigation of social behavior violations is much more difficult since it requires primarily a mandate from consumer and advocacy groups for good corporate citizenship. In this regard, patient organizations like the World Hemophilia Foundation have been effective in requiring industry to meet minimum requirements to support and protect patients. Ultimately, the business model requires sustainability and this drives the need for social responsibility (Rand's objectivism is a powerful concept beyond regulation in this regard). Industry would do well to make investments in this arena to allow for debate and balanced recommendations for standards and resolution of complex issues. One such example has been the Bayer International Bioethics Advisory Council.

Ethical Drug Development

This third area represents a fascinating, evolving and important aspect of this bioethics environment. A few examples will serve to illustrate the category:

Use of patients in countries without intention to market. A very controversial topic, driven by a variety of forces, the potential for exploitation needs to be weighed against the need to conduct clinical trials under standards which may not be available in all countries. For example, testing of an already licensed drug for a new indication for which no comprehensive medical proof exists of efficacy yet it is already in use (so-called off-label indications) requires a placebo control. Yet, in countries where the standard of care already in-

cludes usage of the drug for the indication, the medical community will consider it unethical to subject a patient to a placebo arm. Testing in countries where this standard does not exist avoids this ethical dilemma, but successful demonstration of efficacy may present a financial burden to the local health care budget.

Trial design issues. Related to the above, often drug development requires demonstration of improvement over the existing standard of care to justify drug licensure. In regions where that standard is very high this represents a hurdle with increased risk for the development versus testing in a region with a lower standard. If the therapy ultimately cannot be marketed in that region, the ethical implications need to be measured against the advance of therapeutic options for the disease.

Safety standards, quality of care. It has been recognized for some time that exploitation of regional differences in such regards presents ethical dilemmas yet existing standards may not be adequate as medical research advances into previously unconsidered areas.

Post-trial treatment. If a therapy demonstrates utility in the clinical setting, what is the obligation/expectation for the sponsor to continue to provide access to the drug to trial participants after the trial closes? This is especially pertinent in those regions where eventual marketing of the therapy is not planned or uncertain.

While some steps have been taken to establish standards for the ethical treatment of clinical trial subjects (e.g., the Declaration of Helsinki (WMA) and International Conferences on Harmonization), many of these issues are emerging beyond the scope of those efforts. Scientific/medical society positions are increasingly important in this regard as are local Institutional Ethical Committees, although these often do not enter into the broader debate represented by some of the issues mentioned. Most important has been

public debate of the issues, whether in sponsored forums and scientific meetings, by patient advocacy groups or expert opinions offered by institutions like the Bayer International Bioethics Advisory Council.

Important to all of the above is the realization that there are inherent problems in establishing mitigation for an industry. Alignment amongst companies is generally difficult to achieve due to competitive pressures, often only occurring at a lowest common denominator level. Additionally, there are regulatory hurdles to such cooperation, often a consequence of good intentions to prevent negative collusion (e.g., anti-trust, price-fixing). The public perception is often different, assuming all companies within an industry have similar objectives and interactions. This is fostered by media reports of exceptional behaviors that are assumed to be the norm. Achieving a competitive advantage often outweighs any desire for alignment since short-term financial objectives increasingly compete against long-term vision. As a result it is even more imperative for industry leaders to drive the alignment process since only they can hold these competing forces in check. The mechanisms for collaboration on important bioethical issues need to be isolated from competitive pressures.

This overview of bioethical issues affecting the pharmaceutical industry hopefully illustrates that these issues are too significant and complex to be left to chance for resolution. Bioethical forums need to be supported to provide the platform for discussions and recommendations: they also need to become pragmatic and practical to have influence over current issues. It is essential that the experts are independent from bias, so the support for such platforms should not have any commercial ties (i.e., public or non-commercial funding). The bioethics community should lead this effort but will likely find ready support from allied specialties including the medical and scientific environment.

INTEGRATION OF BIO-ETHICAL PRINCIPLES AND REQUIREMENTS INTO EUROPEAN UNION STATUTES, REGULATIONS AND POLICIES

Paul T. Schotsmans*

Abstract: This paper stresses the goals of the European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare (ESPMM): to stimulate and promote the development and methodology in the field of philosophy of Medicine and Healthcare; to be a center for European scholars in this field; to promote international contact between members of the various countries in and outside Europe. It also concentrates on legal and regulatory bodies with regard to bioethics, overlooks the European bioethics tradition and the physician-patient relationship strengthening the solidarity concept.

Key words: biomedical research, human rights, integrity and dignity, solidarity

INTEGRACIÓN DE PRINCIPIOS Y REQUERIMIENTOS BIOÉTICOS EN LOS ESTATUTOS, REGULACIONES Y POLÍTICAS DE LA UNIÓN EUROPEA

Resumen: Este artículo acentúa las metas de la Sociedad Europea para la Filosofía de la Medicina y el Cuidado de la Salud: estimular y promover el desarrollo y la metodología en el campo de la filosofía de la medicina y el cuidado de la salud; ser un centro para los investigadores en este campo; y promover el contacto internacional entre los miembros de los países dentro y fuera de Europa. Asimismo, se concentra en temas legales y reguladores, y da una mirada a la tradición europea y a la relación médico-paciente, deteniéndose en el concepto de solidaridad.

Palabras clave: investigación biomédica, derechos humanos, integridad y dignidad, solidaridad

INTEGRAÇÃO DE PRINCÍPIOS E EXIGÊNCIAS BIOÉTICAS NOS ESTATUTOS, REGULAMENTOS E POLÍTICAS DA UNIÃO EUROPEIA

Resumo: Este artigo centua as metas da sociedade europeia para a filosofia da medicina e o cuidado da saúde: estimular e promover o desenvolvimento e a metodologia no campo da filosofia da medicina e no cuidado da saúde. Ser um centro para os pesquisadores neste campo e promover o contato internacional entre os membros dos países dentro e fora da Europa. Desta forma, se concentra em temas legais e regulatórios e também analisa a tradição europeia da relação médico-paciente, detendo-se no conceito de solidariedade.

Palavras chaves: pesquisa biomédica, direitos humanos, integridade e dignidade, solidariedade

* BIBAC Member, Professor of Philosophy, University of Leuven
Correspondence: Paul.Schotsmans@med.kuleuven.ac.be

Introduction

Describing bioethics in Europe is impossible without honoring the founding fathers of bioethics. Several eminent bio-ethicists have to be mentioned, like Edouard Boné (Brussels, Belgium), Maurice de Wachter (Montreal, Canada and Maastricht, Netherlands), Richard Nicholson (London, U.K.), Nicole Léry (Lyon, France), Patrick Verspieren (Paris, France) and –even more than all the others– Francesc Abel (Barcelona, Spain). On the occasion of his election as a full member of the Royal Academy of Medicine of Catalonia, F. Abel s.j. started with a description of the early beginnings of bioethics: “Biomedical advances and new technologies caused such bewilderment –not to say fear– that doctors and biologists understandably became interested in clarifying concepts such as what is good, who has the authority to decide what is good and what is not good, and on what this authority is based. They also began searching for ethical decision-making criteria which could be broadly applicable. A group of doctors and researchers at the Johns Hopkins Hospital in Baltimore, Maryland, began meeting almost spontaneously to discuss these and similar questions under the leadership of Dr. André Hellegers (originally from Holland). At the same time and with the same purpose, other groups of university professors began meeting in Hastings-on-Hudson, a small town in New York, and at the University of Wisconsin Medical School in Madison. Similar meetings no doubt took place in other parts of the United States [...] I arrived at the Kennedy Institute at the beginning of 1972...” And he continues: “The Kennedy Institute, the Hastings Center, Barcelona’s Institut Borja and Montreal’s Institute of Bioethics were the four leading institutes in the earliest days of bioethics, and the Hospital de Sant Joan de Déu’s Committee for Health Care Ethics was the first in Spain and probably, all of Europe¹”.

¹ F. Abel s.j., *Bioethical Dialogue in the Perspective of the Third Millennium*, Barcelona, May 9th, 1999, 12; 17-18.

This makes clear that bioethics in Europe started mainly in the South (cf. also the influence of the Centers in Lyon with Nicole Léry and in Paris with Patrick Verspieren). On the worldwide level, however, the “start” of bioethics must be sought in the U.S.A. This happened in the beginning of the seventies of the twentieth century, while Europe only followed in a really structural way in the middle of the eighties. The Anglo-American influence on the development of bioethics remained important and even dominant, certainly also due to the enormous impact of some British centers. This implies that describing bioethics in Europe cannot ignore this overall presence of some Anglo-American tendencies. My considerations are however much more directed to some typically continental European perspectives, because I am convinced that continental Europe has quite a lot to offer on the table of the intercontinental bioethics dialogue. This may of course also be said about developments in South-America, Asia and Africa.

Historical Evolutions in European Bioethics

As described in the introduction, the creation of the Barcelona’s Institut Borja de Bioètica is certainly one of the earliest developments in European Bioethics. At the same time, fortunately enough, the European dimension of the bioethical debate was stimulated by the creation of the European Association of Centers of Medical Ethics (EACME). F. Abel played an eminent role in this organization. Together with Brussels (J.F. Malherbe and E. Boné), Lyon (N. Léry, the first president), London (R. Nicholson), Maastricht (M. de Wachter, the second president) and Leuven (P. Schotsmans, the third president), the Barcelona Institute (with F. Abel) developed an international research and communication network. “European” is used in the broad sense of the term, i.e. from the Atlantic to the Urals. The Asso-

ciation aimed and still aims at promoting public critical concern regarding the ethical issues involved in the development of biomedical sciences in our communities.

Typical for this European network are the different cultures. At this moment, more than 60 centers from all over Europe take part in the Association. One of the advantages of the European network is that it is not closed up in one culture and that the Anglo-American approach does not have a one-sided influence on the development of bioethics. The Germanic, Romanic, and Eastern European culture are developing a "health care ethics" which is therefore rather different from the dominant Anglo-American mainstream.

Crucially important for the European perspective is the presence of the so-called southern European (or more Romanic) cultures: Spain, Italy, Portugal and France played and still play an important role in the organization. Bioethics is lively and well in these regions of Europe, although the influence of their ethicists on the intercontinental level remains rather weak. This is mainly due to the differences in language and also to the fact that the main bioethics journals are published in English. It is, however, regrettable that it takes so long before this type of European bioethics enters in the intercontinental picture.

In August 1987, the European Society for Philosophy of Medicine and Healthcare (ESPMH) was founded under the stimulating direction of Henk ten Have (presently the Director of the Bioethics Institute of Unesco, but then professor of medical ethics in Nijmegen, Holland) and its first conference was held at Maastricht, the Netherlands, with "The Growth of Medical Knowledge" as its main topic. The ESPMH was instituted by an international company of philosophers, physicians, ethicists and other interested professionals in the field with

a view to the growing need for critical reflection on the role of medicine and health care in our present society. They described the background of this network as follows: "Health-related issues increasingly influence the functioning of social security systems (social welfare systems) and demands for health care strain the national budgets of most western countries. In our culture, resulting problems tend to be approached by searching exclusively for technocratic and econometric solutions. Philosophical analysis and ethical evaluations have long been neglected. Recently however, Faculties of Medicine, professional organizations and to a certain extent, the popular mind, have shown an increase in awareness of these deficiencies. New teaching programs and research projects on meta-medical subjects are now being introduced but often meet with strong opposition, if not straightforward obstruction. Thus it seems imperative that these efforts should be strengthened through contacts and cooperation at a European level. The Goals of the ESPMH are threefold: to stimulate and promote the development and methodology in the field of philosophy of medicine and health care; to be a center of contact for European scholars in this field; to promote international contact between members of the various countries in and outside Europe." The best thing they could do, was what they finally did: creating a European journal, namely "Medicine, Health Care and Philosophy. A European Journal" (with the eight volume in 2005). In August 2005, for the first time since their existence, the two groups will meet together in a co-sponsored annual conference in Barcelona, Spain. This may be symbolic for the 'return' to their origins.

Having presented both main networks of bioethics in Europe, I concentrate now on more legal and regulatory bodies. The two most important evolutions on this regulatory level are without any doubt the creation of an advisory

committee to the European Commission and the publication of the Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe. While the first initiative still stands in the context of an ethics advisory committee, the second initiative is much more important for the future of Europe: it links bio-ethical insights and principles to the European Declaration on the Protection of Human Rights. In that way this Convention levels up ethical reflection to a legal framework. I will give a short description of these two bodies, before making a more content oriented analysis of European bioethics. At the end I will illustrate with statements of the two bodies how bioethical insights framed some of their positions.

The European Group on Ethics in Science and New Technologies is an independent, pluralist and multidisciplinary body which advises the European Commission on ethical aspects of science and new technologies in connection with the preparation and implementation of Community legislation or policies. In December 1997, the European Commission set up the European Group on Ethics (EGE) to succeed the Group of Advisers on the Ethical Implications of Biotechnology. During its first mandate the EGE provided opinions on subjects as diverse as human tissue banking, human embryo research, personal health data in the information society, doping in sport and human stem cell research. At a specific request of the President of the Commission, Romano Prodi, the Group also wrote the Report on the Charter on Fundamental Rights related to technological innovation. On April 24, 2001 the Commission has appointed the twelve Members for the period 2001-2004 (http://europa.eu.int/comm/european_group_ethics/index_en.htm).

The Council of Europe (41 member states) wished to secure respect of human rights in biomedical research and to harmonize various regu-

lations on bioethics in Europe. This initiative was at the origin of the creation of the very first international Convention on Bioethics. In June 1996 the Steering Committee on Bioethics (CDBI) approved the final form of the draft Convention on Human Rights and Bioethics, which was –somewhat unexpectedly– approved by the Parliamentary Assembly, and adopted by the Committee of Ministers in November 1996(1), as the “Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine” (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>).

Bioethics in the European tradition

Thanks to the Romanic and Germanic influences on the ethos of the practice of medicine, the impact of the Hippocratic tradition is still much more evident in Europe than e.g. in the United States of America. This tradition is essentially functional in the recognition of the physician-patient relationship as foundational for every bioethical discourse. This typically European approach is splendidly presented in a recent report of a research project under the Biomed II Programme of the European Commission. F. Abel and N. Terribas of the Institut Borja de Bioètica have written the introductory presentation: “The objective was to establish a consensus on the formulation of basic ethical principles in bioethics and biolaw. The task has not been easy, but under the leadership of Professor Peter Kemp, Centre for Ethics and Law in Nature and Society, Copenhagen, we believe it has been successful(2)”. This excellent report may help us to clarify the mainstreams in the European bioethics tradition².

² We will therefore refer to this publication by simply mentioning the volume and the pages.

1. *The Concept of Personhood*

The essential difference between American Principlism and European Bioethics is connected with the interpretation of the concept of personhood: “Our European vision of personhood goes further than a minimalist concept of the person, by not only focusing on autonomy but also looking at the concepts of integrity, dignity and vulnerability. Of special interest is the extent to which the basic ethical principles relate to the limits of human existence and lead to a vision of the development of civilized society and the realization of human beings in solidarity and responsibility. We can further argue that human beings at the edges of life should be respected in their ‘proximity to persons’. Our treatment of them is dependent on cultural understandings of the potential for gaining or regaining self-awareness; the potentialities of becoming a personal being and bonding to significant others or to society at large. The anthropological underpinning of this conception of human being is that respect for the basic ethical principles is used to protect the development of the human character. Thus integrity and dignity are terms which, though not identical, are closely linked (I, 23)”.

It is important to notice that the protection of the free development of the human person is very significant in this philosophy. Therefore, existentialist and phenomenological German and French philosophy from the 20th century can offer anthropological premises for understanding the basic ethical principles in relation to the human person. The anthropological foundation has many philosophical mainstreams: E. Husserl for Phenomenology; M. Heidegger, M. Scheler, H. Bergson, J.P. Sartre, M. Merleau-Ponty, A. Camus and many others for Existentialism; M. Buber and E. Levinas for Relational Philosophy; the Frankfurter Schule for Communicative Ethics... It has even developed in a specific approach to medical ethics, linked to

the so-called Personalism(3), an approach which is typical for the ethical tradition where I belong to.

2. *The Physician-Patient Relationship*

Typically European remains the interest in the physician-patient relationship as a structural and foundational basis for bioethics. This is probably linked to strong traditions of professional ethics in countries like France, Spain, Germany and Belgium. It is my impression that continental European Bioethics has always entered the field with a clear reference to the basic ethical culture of the medical profession. Even more, European philosophers as M. Buber(4) and E. Levinas(5) –and also P. Ricoeur(6)– have helped to understand in a more fundamental way the basic foundational structure of the medical profession: the medical profession is indeed a relational profession, full of commitment and devotion to the patient(3, p.13). In the Biomed Report we find the following statement: “In recent years there has been a shift from medical paternalism toward respect for the will and wishes of the patient as an independent moral agent. In understanding the relationship between health personnel and patients it is important to distinguish between bioethics and biolaw. This means that a ‘friendship model’ based on close encounters and prudential relationships between health care personnel and patients precedes the ‘contractual rights model’ of biolaw (I, 70)”.

3. *Solidarity as the Founding Value of European Health Care Systems*

By stressing the value of solidarity European bioethics has always accompanied a socialized model for the development of health care systems. It is important to notice that the idea of European civilization is founded on the ideal of a movement towards social justice, where everyone is respected in his or her hu-

manity. It is a vision of a collective history towards solidarity and fraternity in the creation of a civilized society where every citizen is protected by the rule of the law. We found a remarkable statement on this subject in the Biomed Report: “We can even say that the welfare state has changed the contractual liberalist understanding of law, based on the social contract. Civil law has changed into social law, leading to a broader conception of state responsibility towards members of society. The sharp distinction between law and morals in traditional civil law has been changed by the development of the welfare state. The ideas of universality, liberty and fraternity are essential principles that govern legal structures in the modern state. Thus, the liberal credo of personal liberty and responsibility related to the specific actions of a free individual has been replaced by state responsibility for the destiny of a citizen (Vol. 1, 60)”.

This approach has been responsible for the creation of a solidarity based health care system in Europe, mostly constructed on the idea of collective responsibility. In any case, solidarity implies that the social network is developed in such a way that not only the rich and privileged, but also the poor and the unemployed may enter the health care institutions with an equal access to standard medical treatment. Ruud ter Meulen refers in this context to the notion of “humanitarian solidarity”: this kind of solidarity, which is based on the dignity of the human person, wants to protect those human persons whose existence is threatened by circumstances beyond their own control, particularly natural fate or unfair social structures. Humanitarian solidarity should be the starting point for defining necessary care. Care services for persons unable to care for themselves because of psychological handicaps, for example, Alzheimer disease, psychiatric disorders, or mental retardation, should have prior-

ity in the basic package. Defined in this way, the basic package should be equally accessible to all, without financial constraints like co-payments or obligatory risks. A two tier system based on the principle of humanitarian solidarity puts care, not cure, at the center of its efforts to provide an adequate level of health care for all(7).

This solidarity based approach is hardly understandable for a liberalist understanding of health care, and as I observed regularly, therefore also almost impossible to understand for an Anglo-American observer. European bioethics applies this approach, however, as a kind of prevention of a too strongly market driven approach in health care. Needless to mention that the enormous costs of the welfare state also create their typical problems, but the issue of the allocation of scarce resources is radically different, if you approach it from the value of solidarity or from a market-driven intention.

4. The Concept of Human Dignity

Probably the most important European concept is that of Human Dignity. The anthropological mainstream with strong Germanic and Romanic influences has preserved the concept of “human dignity” in European bioethics and bio-law : “...the issue of dignity is fundamentally one of recognizing the ‘abstract nudity of humanity’ in every human being. Even bodily decay cannot abolish the appeal to treat everybody as ends-in-themselves with equal dignity. It is this conception of human dignity that has become the foundation of human rights as the legal instruments to protect the human person [...] This also includes the extension of human rights in bio-rights for all ways and kinds of human life. In bioethics the very essence of mankind is at stake. The need to protect human dignity is in particular present at the limits of human life, where the human person can no

longer be said to have autonomy. This pertains to the dignity of the embryo, the dead body, handicapped newborns etc. (I, 37)”.

The ethical clarification of the concept of Human Dignity remains also in Europe a subject of strong debate. It is therefore interesting to see how the Biomed Report tried to make a synthesis:

“Although we must admit that there are great disagreements concerning the adequate understanding of human dignity, a substantial content of the concept can be summed up in the following steps (I, 35):

1. Human dignity emerges as a virtue of recognition of the other in an intersubjective relationship. This recognition is based on social construction. As a social concept human dignity constitutes a capacity that the person has because of his or her social position.
2. Dignity is universalized and indicates the intrinsic value and moral responsibility of every human being.
3. The person must, as a result of the intersubjective understanding of dignity, be considered as without a price. Therefore, human beings cannot be objects for trade or commercial transaction.
4. Dignity is based on self-other relations of shame and proudness, e.g. in degradation and self-esteem.
5. Dignity defines certain ‘taboo’ situations and emotions as the limits of civilized behavior. This means that there are certain things that a society should just not do.
6. In this way dignity emerges in the process of human civilization.

7. Finally, dignity includes the individual’s openness to the metaphysical dimensions of life, referring to dignified behavior at the limit-situations of existence such as birth, suffering, death of a beloved other, one’s own death etc.”

This concept of human dignity is predominantly present in the Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe (1996). The main purpose of the Convention has been the protection of human dignity for present and future generations. It is typical for the European approach that some observers still are convinced that this concept is not enough related to the phenomenological or personalistic foundation of law: “ Instead of focusing on self-determination the Convention on Human Rights and Biomedicine should accept the full consequences of its anthropological presuppositions, and found respect for the body of the human being in the notions of integrity and dignity in order to make a clear formulation of a philosophy of the human body and the whole living world (I, 301)³”.

The Functioning of Bioethics

Principlism⁽⁸⁾ has led to an approach which is more or less procedural: one of the weaknesses of this approach is clearly that it may be possible to develop a line of Principlist reasoning without being aware what we understand under what is good or not good. In contrast with this approach, European bioethics has always been much more “teleological” in character: the willingness to realize the humanly desirable (as the ‘telos’ or goal of our actions) is the driving force in many European ethical approaches. This implies that the concept of personhood functions as a clarification of the humanly desirable (cf. P. Ricoeur): the promotion of the

³ Vol. I, p. 301: the Editors of this volume refer to their personal critical remarks on the Convention.

human person in all his dimensions and relationships is indeed the dynamic factor in the development of an ethical reasoning. This personalist self-understanding of European bioethics at the same time explains the importance of the concept of personhood, human dignity, responsibility and solidarity, all basic dimensions of the humanly desirable. Ethical reasoning is therefore fundamentally normative and remains challenged by the clarification of the basic goods.

The European Contribution

Presenting European bioethics implies at the same time partly a radical critique on the Principlist approach: the “Georgetown mantra” lacks a sound ethical basis to function adequately for consistent ethical decision making. This is not something new: European medical ethicists (especially those who belonged to the Germanic and Romanic cultures) remained from the early beginnings of the breakthrough of bioethics very reluctant to integrate Principlism into their ethical reflection. For the majority of the continental European approach to bioethics, the influence of the philosophical and anthropological mainstreams in the European tradition urged to a more foundational approach to bioethics: phenomenology and existentialism as an historical background to understand the vulnerable patient and the medical profession; relational philosophy to clarify the physician-patient relationship; solidarity and social justice theories as a framework for the welfare state.

These inspirational traditions keep their force and make bioethics much more than a method for medical decision making. They help to promote an ethical culture in medicine for the reason that they situate bioethics where it really belongs: in the heart and the middle of the relationship between the physician and the

vulnerable patient. European bioethics wants to serve this culture of medicine and should therefore have a much more influential place in the intercontinental dialogue than it has until now.

Regulatory and Legal Initiatives

I present now shortly two short illustrations of European regulatory approaches to developments in biomedicine. The first one is the opinion of the EGE on human stem cell research; the second one is the additional protocol on organ transplantation by the Council of Europe.

1. The EGE on human stem cell research

It is quite remarkable how quickly international organizations have dismissed the possibility of reproductive human cloning. However, the decision of the British Parliament (with the vote in the House of Lords on January 23rd, 2001) to allow therapeutic cloning indicates a rather moderate attitude. A select committee of the UK House of Lords decided to allow scientists in the UK to create and carry out research on human embryo clones. Licenses for the use of cloned embryos, however, should only be granted if there is a demonstrable and exceptional need that cannot be met by using spare embryos after an IVF-treatment.⁴ Several countries of the European mainland also took position on stem cell research and therapeutic cloning. France and the Netherlands, for example, introduced a bill in Parliament, opposing the creation of embryos solely for research purposes. Embryos derived from IVF, on the other hand, which are no longer required for a parental project become available for stem cell research. As for Germany, the National Ethics Committee circumvented the rigorous ‘embryo-

⁴ House of Lords. *Stem Cell Research – Report*. 13 February 2002. [Website] Available in <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk>

law' by deciding to recommend allowing the import of human stem cells from abroad under clear supervision.

All this makes clear that policy makers are rather reticent about reproductive cloning but that there is a more open attitude to stem cell research and even towards therapeutic cloning. The European Parliament has explicitly rejected a move to ban human therapeutic cloning in the European Union. Only 37 of the 391 Euro-MPs voted in favor of the 'Fiori report' on the social, legal, ethical and economic implications of human genetics (November 29th, 2001). Similar voices could be heard at the conference of the Life Sciences High Level Group of the European Commission, entitled *Stem Cells: Therapies for the Future* (19 December 2001)⁵. The opinion of the European Group on Ethics in Science and New Technologies, addressed to the European Commission, prohibits therapeutic cloning, but then again allows stem cell research on 'spare' embryos⁶. In the opinion of the Group, in such a highly sensitive matter, "the proportionality principle and a precautionary approach must be applied: it is not sufficient to consider the legitimacy of the pursued aim of alleviating human sufferings, it is also essential to consider the means employed. In particular, the hopes of regenerative medicine are still very speculative and debated among scientists. Calling for prudence, the Group considers that, at present, the creation of embryos by somatic cell nuclear transfer for research on stem cell therapy would be premature, since there is a wide field of research to be carried out with alternative sources of human stem cells (from spare embryos, foetal tissues and adult stem cells) (Opinion Nº 15).

⁵ Conference videos and papers can be consulted at <http://europa.eu.int/comm/research/quality-of-life/stemcells.html>

⁶ European Group on Ethics in Science and New Technologies. *Adoption of an Opinion on Ethical Aspects of Human Stem Cell Research and Use*. 14 November 2000, revised edition, January 2001.

2. *The Council of Europe on Organ Transplantation*

The original Convention (1996) devoted the sixth Chapter to "organ and tissue removal from living donors for transplantation purposes". It was a surprise that no orientation was given for cadaver donors. This was corrected by an "Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin" (Strasbourg, 24 January 2002). The Protocol remains very general and allows the co-existence of several consent procedures, like the "opting in" and "opting out" system. In Article 17, this is mentioned as follows: "Organs or tissues shall not be removed from the body of a deceased person unless consent or authorization required by law has been obtained. The removal shall not be carried out if the deceased person has objected to it".

More important is however the prohibition of financial gain, as described in Chapter VI: "The human body and its parts shall not, as such, give rise to financial gain or comparable advantage [...] Organ and tissue trafficking shall be prohibited".

Conclusion

The continental European approach to bioethics is multifaceted. The respect for the dignity of the human person in his relational and societal involvement is much more dominant than it is in the Anglo-American approaches to bioethics. This is also translated in the regulatory and legal systems of the different European bodies. I presented the European Group on Ethics, with its moderate view on human stem cell research, and the – more important – European Convention on Human Rights and Biomedicine. I do express therefore a sincere hope that bioethics may always and everywhere integrate this many-sided approaches to medicine and health care.

References

1. De Wachter MAM. The European Convention on Bioethics. *Hastings Center Report* 1997; 27 (1): 13-23.
2. Rendtorff JD, Kemp P, (eds.) *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw*. Vol. I. Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability. Copenhagen- Barcelona: Centre for Ethics and Law and Institut Borja de Bioètica; 2000: 11.
3. Schotsmans P. Personalism in Medical Ethics. *Ethical Perspectives* 1999; 6: 10-19.
4. Buber M. *Ich und Du*. Leipzig: Im Insel-Verlag; 1923.
5. Levinas E. *Autrement qu'être ou au-delà de l'essence*. La Haye: Martinus Nijhoff; 1974.
6. Ricoeur P. Le problème du fondement de la morale. *Sapienza* 1975 ; 28: 313-337.
7. Ter Meulen R. Are There Limits to Solidarity with the Elderly? *Hastings Center Report* 1994; 25(5): 36-38.
8. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford Press; 2001.

ACCESO A LA SALUD EN CHILE

Mauricio Olavarría Gambi*

Resumen: Chile presenta una pronunciada reducción en la incidencia de la pobreza y los indicadores del estado de salud de la población se acercan a los de los países desarrollados. Este artículo se pregunta por el acceso efectivo de los pobres a la atención de salud y analiza el estado de salud de las personas de más bajos ingresos: si cuando están enfermos acceden a atención médica y dental, si cuando reciben atención de salud la reciben oportunamente, con demora o de manera tardía, y si disponen de cobertura de sistemas de protección de salud.

Palabras clave: pobreza, condiciones de atención en salud, cobertura médica y dental

ACCESS TO HEALTHCARE IN CHILE

Abstract: Chile presents a remarkable lessening of its poverty; indicators show that people's healthcare conditions are close to those of the developed countries. This paper analyses the healthcare conditions of people with the lowest incomes, if they have access to medical and dental care when they are sick, if this care is readily obtained or with delay or when it is already late, and if they get coverage from the healthcare protective systems.

Key words: poverty, healthcare conditions, medical and dental coverage

ACESSO À SAÚDE NO CHILE

Resumo: Costatamos que o Chile apresenta uma redução significada na incidencia da pobreza e que os indicadores do estado de saúde da população se aproximam dos países desenvolvidos. Neste artigo se pergunta pelo acesso efetivo dos pobres aos cuidados de saúde. O trabalho analisa o estado de saúde das pessoas de mais baixa renda. Quando estas adoecem tem acesso à atenção médica e odontológica? Recebem cuidados de saúde no momento necessário, com demora ou tardiamente? Além disso discorre a respeito da cobertura de sistemas de proteção de saúde.

Palavras chaves: pobreza, condições de cuidados de saúde, cobertura médica e odontológica

* Doctor en Ciencias Políticas. Investigador y profesor del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile
Correspondencia: molavarr@uchile.cl

Introducción

¿Logran los pobres acceso a los servicios de salud? La Constitución de la República de Chile declara que la salud es un derecho básico reconocido para todos los ciudadanos, y documentos oficiales muestran una amplia cobertura del sistema de salud¹. Asimismo, los indicadores acerca del estado de la salud de la población en Chile se ubican entre los mejores del continente y muy cerca de los de países desarrollados(1). Chile presenta una larga tradición de políticas sociales que han contribuido notoriamente a expandir la cobertura de la atención de salud y a elevar los indicadores sanitarios a los niveles que hoy presenta el país(2). Aunque en el nivel agregado los indicadores sobre el estado de salud de la población son relativamente favorables para Chile, ha habido intensas críticas al sistema público de salud –al que acuden las personas de menores ingresos– en términos de la calidad y oportunidad de los servicios entregados. Dado que mantenerse sano es uno de los activos con que cuentan los pobres (para poder trabajar), los problemas que ellos tengan en acceder a atención de salud cuando la necesitan podrían traducirse en obstáculos serios a sus esfuerzos por superar el estado de pobreza. Así, este trabajo analiza el acceso de las personas de menores ingresos a la atención de salud y las implicancias de política pública que se derivan de ello.

La relación conceptual entre el estado de salud y la disposición a obtener ingresos ha sido bien expuesta por Akin y otros(3). Según ellos, las personas nacen con cierta dotación de capital humano en salud del cual derivan utilidad. Del flujo de días saludables las personas derivan la posibilidad de trabajar, obtener ingresos y realizar las actividades que deseen. El capital humano en salud se deteriora con el paso del tiempo, las enfermedades, accidentes y, finalmente, se extingue con la muerte. De este modo, las intervencio-

nes en salud –siguiendo a Akin y otros– estarían orientadas a evitar un deterioro progresivo o acelerado del capital humano en salud.

De ello se deduce que habría una asociación entre deterioro de la salud y pobreza, toda vez que las personas enfermas tendrían mayores dificultades para trabajar y generar ingresos. De esta manera, intervenciones de política pública en salud que busquen apoyar el proceso de superación de la pobreza, necesitarían incluir la efectiva y oportuna provisión de servicios y protección de salud a la población, de manera que ésta aumente –o al menos no disminuya sensiblemente– el flujo de días saludables.

Así, este trabajo se centra en el análisis de si los pobres son más probablemente sanos o no, si cuando están enfermos acceden a atención médica y dental, si cuando reciben atención de salud la reciben oportunamente, con demora o de manera tardía, y si disponen de cobertura de seguridad social que les permita materializar acciones de reparación de la salud cuando lo necesitan.

Las siguientes secciones presentan una breve descripción del sistema chileno de protección de salud, los datos y métodos usados en el análisis, los hallazgos y conclusiones relevantes que fluyen del análisis, y las implicancias de política pública que se deducen del trabajo.

El sistema chileno de protección de salud

Se estructura sobre dos pilares: el público y el privado. El sistema privado de atención de salud se organiza en torno a las instituciones de salud previsional y pagos directos al proveedor privado –médico u hospital. El sistema público se organiza, a su vez, en torno al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Los trabajadores enteran el siete por ciento de sus salarios, ya sea a alguna Institución de Salud Previsional (ISAPRE) o al FONASA, con lo cual adquieren

¹ MIDEPLAN (2004) CASEN [Sitio en Internet] Disponible en www.mideplan.cl Último acceso en septiembre de 2004.

cobertura para los servicios de salud. Los trabajadores afiliados a alguna ISAPRE pueden cotizar un monto adicional al siete por ciento básico y con ello aumentan la variedad de servicios a la que tienen acceso o bien disminuyen los copagos por los servicios contratados.

Los trabajadores afiliados a FONASA pueden acceder a la atención de salud ya sea a través del sistema institucional o bajo el sistema de libre elección. Quienes tienen cobertura de

salud con el sistema institucional reciben el servicio en consultorios municipales de salud u hospitales públicos. En este sistema, dependiendo del ingreso del afiliado, el copago varía entre el 25 y 50 por ciento del valor establecido por el FONASA para el servicio prestado. En el sistema de libre elección, los beneficiarios pueden recibir el servicio de un prestador privado registrado en FONASA, pero con copagos más altos dado que estos dependen del precio asignado por el prestador del servicio.

Tabla 1. Cobertura de atención de salud por sistemas (%).

Quintil Ingreso	Sistema de Salud	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
I	Indigent Mod.	49.4	46.3	45.6	53.5	50.1	52.8	53.5
	FONASA	39.8	38.6	37.6	31.5	34.2	33.4	34
	FFAA	0.1	0.7	0.8	0.5	0.3	0.5	0.5
	ISAPRE	0.9	2.8	5.2	6.3	5.6	4.0	3.1
	Otros	9.8	10.6	9.6	7.0	8.9	8.8	8.6
	Sin Dato	—	0.9	1.2	1.0	0.7	0.6	0.4
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
II	Indigent Mod.	32.4	32.3	29.7	36.3	29.4	29.3	30.1
	FONASA	51.5	46.4	43.7	39.9	41.9	44.6	50
	FFAA	0.9	2.1	2.6	1.6	3.2	1.7	1.6
	ISAPRE	2.6	6.5	11.8	13.4	14.3	13.2	7.8
	Otros	12.6	11.5	10.5	7.4	10.3	10.4	10
	Sin Dato	—	1.3	1.6	1.5	0.9	0.9	0.6
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
III	Indigent Mod.	24.3	22.7	22.2	24.8	19.0	17.8	17.2
	FONASA	53.9	46.9	41.5	40.5	41.4	44.4	49.8
	FFAA	2.6	2.6	3.2	2.9	3.6	3.5	4.4
	ISAPRE	5.1	11.3	17.3	21.7	22.7	21.3	17.6
	Otros	14.1	14.6	14.1	8.7	11.9	11.6	10.3
	Sin Dato	—	1.9	1.7	1.5	1.4	1.3	0.7
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
IV	Indigent Mod.	16.0	14.1	12.9	15.2	10.5	9.4	9.3
	FONASA	50.2	43.5	37.4	34.4	34.4	37.7	44.1
	FFAA	5.6	3.9	4.3	4.8	5.3	5.4	5.6
	ISAPRE	11.9	21.6	28.7	33.5	34.9	33.0	29.5
	Otros	16.3	15.3	15.1	10.7	13.6	13.4	10.9
	Sin Dato	—	1.7	1.7	1.3	1.4	1.1	0.6
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
V	Indigent Mod.	6.0	6.1	5.1	7.2	3.1	2.7	2.5
	FONASA	39.5	30.7	25.2	22.2	22.2	23.3	27.1
	FFAA	6.5	3.9	3.4	4.7	3.9	4.9	4.8
	ISAPRE	29.2	41.2	46.3	52.9	55.9	55.4	54.2
	Otros	18.7	16.6	18.2	11.9	14.1	13.1	11
	Sin Dato	—	1.3	1.8	1.1	0.7	0.7	0.4
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
TOTAL	Indigent Mod.	27.5	26.1	24.9	29.3	24.2	24.5	24.9
	FONASA	46.9	41.5	37.7	34.1	35.3	37.2	41.5
	FFAA	2.9	2.5	2.7	2.7	3.1	3.0	3.1
	ISAPRE	8.7	15.1	20.0	23.7	24.7	23.1	19.9
	Otros	13.9	13.5	13.1	8.9	11.5	11.2	10.1
	Sin Dato	—	1.4	1.6	1.3	1.0	0.9	0.6
	Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuentes: MIDEPLAN 1999; pp. 49-50; MIDEPLAN 2004a².

² MIDEPLAN Módulo Serie 1987-1998. *Santiago de Chile: Serie CASEN 98*. Santiago de Chile: MIDEPLAN. Departamento de Información Social; diciembre de 1999.
MIDEPLAN (2004a) *CASEN* [Sitio en Internet] Disponible en www.mideplan.cl Último acceso en septiembre de 2004.

Los pobres pueden igualmente recibir atención a través del sistema público –en consultorios municipales y/u hospitales públicos– y para ellos no hay exigencia de copago, aunque necesitan comprobar que no disponen de ingresos para pagar por el servicio.

A menudo los servicios públicos de salud han sido criticados por sus inadecuadas instalaciones, la falta de médicos generales, especialistas y otros profesionales, largas esperas para recibir la atención y falta de equipamiento y de recursos para otorgar los servicios que la población requiere. Pero, por otro lado, también se argumenta que los servicios públicos de salud han respondido con prontitud a las emergencias, han sido la base sobre la cual se han implementado los planes nacionales de salud y su desarrollo aparece correlacionado con los positivos indicadores sobre el estado de salud de la población que muestra Chile(2).

Según los datos de la serie 1987-2000 presentados en la tabla 1, alrededor de una cuarta parte de la población ha recibido servicios de salud bajo la modalidad indigente, cuatro de cada diez demandantes de servicios de salud lo han hecho a través de FONASA, alrededor de un quinto de la población ha estado cubierta por ISAPREs en el período de la serie, y el 15 por ciento restante se ha distribuido entre los sistemas de salud de las Fuerzas Armadas y pagos directos a proveedores privados. Los datos de la tabla 1 también muestran que el principal proveedor de servicios de salud –por lejos– es el sistema público. La tabla 1 también muestra que el sistema público –indigente y FONASA– concentra su cobertura en los tres primeros quintiles de ingreso, que en el cuarto quintil la distribución es pareja entre el sistema público y el sistema privado –ISAPREs y pagos directos a proveedores privados– y que la cobertura de las ISAPREs se concentra en el quintil más rico.

Datos y métodos

El análisis estadístico se ha realizado con datos provenientes de la encuesta CASEN para el período 1987-2000. La CASEN es una encuesta chilena, representativa, basada en una muestra probabilística, cuyo propósito es aportar información sobre las características socioeconómicas de la población y, con ello, monitorear el desempeño de las intervenciones de política pública que tengan efecto sobre el bienestar de la población. La encuesta es aplicada por el Departamento de Economía de la Universidad de Chile, por encargo del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), y procesada por la sede en Santiago de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de la Organización de las Naciones Unidas (CEPAL).

Este análisis ha usado tanto un modelo *logit* multinomial, para estimar la probabilidad predicha de tener cobertura de salud para distintos estratos, como también un modelo *probit*, para estimar la probabilidad marginal de acceder a atención de salud, ser saludable y recibir atención para distintos estratos. La unidad de análisis es la persona y ambos modelos han sido contruidos en ese nivel. Ambos modelos controlan por diferentes características personales. Conforme a ello, variables dicotómicas se han incorporado para representar estratos socioeconómicos –que reflejan niveles de pobreza o riqueza relativos–, niveles de escolaridad, género, edad, residencia en áreas urbanas o rurales, y estado civil. Los estratos socioeconómicos considerados son: indigente, pobre, casi pobre e ingreso medio-alto. El criterio para distinguir entre ellos es si el ingreso cae bajo el valor de una, dos o tres canastas básicas de alimentos³. Si su

³ La canasta básica de alimentos es una medida que identifica el ingreso mínimo que una persona necesita para satisfacer sus necesidades alimentarias. Se construye considerando el consumo mínimo requerido de proteínas y calorías, según los estándares de la Organización Mundial de la Salud, los hábitos de consumo de la población y los precios de mercado.

ingreso está sobre el valor de tres canastas básicas de alimentos, entonces son calificados como de ingreso medio-alto. Para la población rural, los valores son 0.75, 1.5 y 2.5 de la canasta básica de alimentos. En el caso de la edad de las personas, se han empleado categorías que representan diferentes etapas del ciclo vital: 0 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 19 años, 20 a 39 años, 40 a 65 años y 66 años y más. La categoría de 40 a 65 años ha sido identificada normalmente como el grupo de referencia. En aquellos casos en que se han usado variables dicotómicas para la educación, las categorías construidas buscan reflejar el efecto de las diversas etapas del ciclo educacional. Así, las categorías consideradas para el nivel de escolaridad son: sin educación, 1 a 4 años, 5 a 7, 8 años, 9 a 11, 12 años, y más de 12 años de escolaridad. Ocho años de escolaridad ha sido la categoría tomada como el grupo de referencia. Las categorías para el estado civil son: parejas –ya sea casados o que viven juntos–, si vive solo –soltero(a), separado(a), divorciado(a) y viudo(a).

El modelo *logit* multinomial aplicado se expresa del siguiente modo:

$$\text{Salustati} = \beta_1 + \beta_2\text{ESEi} + \beta_3\text{Mti} + \beta_4\text{Rurti} + \beta_5\text{Edti} + \beta_6\text{ECTi} + \text{eti}$$

Donde: Salustat es una variable dependiente no ordenada que incluye las siguientes categorías:

Salustat = 0 si la persona carece de cobertura de salud

Salustat = 1 si la persona está cubierta por el programa público de salud (FONASA)

Salustat = 2 si la persona está cubierta por un plan privado de salud (ISAPRE)

Grupo de comparación: personas con un plan privado de salud (ISAPRE)

Los modelos *probit* aplicados se expresan en las siguientes ecuaciones:

$$\text{PPSti} = \beta_1 + \beta_2\text{ESEti} + \beta_3\text{Mti} + \beta_4\text{Rurti} + \beta_5\text{Edti} + \beta_6\text{NEti} + \beta_7\text{ECTi} + \text{eti}$$

$$\text{ESTi} = \beta_1 + \beta_2\text{ESEti} + \beta_3\text{Mti} + \beta_4\text{Rurti} + \beta_5\text{Edti} + \beta_6\text{NEi} + \beta_7\text{ECTi} + \text{eti}$$

Donde: PPS representa la participación en el programa de salud, M significa mujeres, Rur representa a la población de áreas rurales, ESE denota estratos socioeconómicos, Ed representa un vector *dummy* de edad, NE quiere decir niveles de escolaridad y EC estado civil. Variaciones de estos modelos también incluyen controles ya sea si la persona es trabajador independiente o trabajador de baja calificación.

Los resultados de los análisis estadísticos se presentan en anexos.

Acceso a la salud

Los resultados del análisis estadístico indican que pobres y casi pobres son más probablemente sanos (anexo 2), pero presentan una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud cuando la necesitan en eventos de enfermedad o accidente (anexo 3). Del mismo modo, el análisis indica que pobres y casi pobres más probablemente no acceden a la atención de salud dental (anexo 4). También muestra que los hombres y los menores de 40 años de edad son más probablemente sanos, pero que enfrentan más dificultades para acceder a la atención de salud (anexos 2 y 3). A su vez, el anexo 3 muestra que es menos probable que los habitantes de áreas rurales accedan a la atención de salud. Por otro lado, las mujeres presentan una mayor recurrencia de eventos relacionados con el estado de salud y presentan una mayor probabilidad de recibir atención médica cuando la necesitan (anexos 2 y 3).

Los niños pobres y casi pobres presentan una mayor probabilidad de sufrir desnutrición (anexo 5) y, también, de acceder a los benefi-

cios del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)⁴ y del Programa de Alimentación Escolar (PAE)⁵ (anexos 6 y 7). Esto último podría parecer una obviedad, es decir, que niños pobres sean los principales beneficiarios de programas orientados a pobres. Sin embargo, lo que en realidad está mostrando este resultado es que ambos programas presentan una efectiva focalización.

Los resultados del análisis de probabilidad predicha (tabla 2) y marginal son consistentes

en mostrar que pobres y casi pobres reciben atención de salud a través del sistema de atención de indigentes principalmente, y que la probabilidad que ellos estén cubiertos por FONASA o alguna ISAPRE es menor (anexos 8, 9, 10 y 12). Los trabajadores independientes presentan el mismo comportamiento (anexo 8), en tanto que los trabajadores de baja productividad tienden a recibir atención de salud como indigentes o a través de FONASA, y no por medio de las ISAPREs (anexos 8, 9 y 10)

Tabla 2. Probabilidad predicha de recibir atención de salud como indigente o a través de FONASA (el plan público de salud) clasificado por pobres y casi pobres, 1987-2000.

		1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Atención como indigente	Pobre	0.4446	0.4477	0.4604	0.5635	0.5146	0.5640	0.6691
	Casi pobre	0.3828	0.3874	0.3988	0.4837	0.4209	0.4539	0.5299
FONASA	Pobre	0.5360	0.4909	0.4511	0.3518	0.4083	0.3792	0.3081
	Casi pobre	0.5750	0.5270	0.4769	0.4022	0.4536	0.4404	0.4230

Fuente: Olavarría, 2004. Cálculos del autor basados en las encuestas CASEN. Resultados del modelo *logit* multinomial se presentan en el anexo 12.

Nota: Las variables por las que se ha controlado son: estrato socioeconómico, género, área de residencia, edad, escolaridad y estado civil.

Estos hallazgos son consistentes con el hecho de que los pobres y casi pobres presentan la mayor probabilidad de carecer de cobertura previsional de jubilación y pensiones (AFP o INP) y de ser trabajadores de baja productividad(2). A su vez, la tabla 2 muestra una creciente probabilidad de pobres y casi pobres de recibir atención de salud como indigentes. Es necesario hacer notar que esto se da en un contexto de, por un lado, sostenida y fuerte disminución de la pobreza en

Chile⁶—para todos los años de la serie de la tabla 2—y, por otro, de un crecimiento económico promedio del siete por ciento anual hasta el tercer trimestre de 1998. Luego, una pregunta relevante es ¿por qué, en un contexto de afluencia económica, los sectores de más bajos ingresos demandan servicios de salud como indigentes? La sección siguiente aborda esta pregunta.

Adicionalmente, y de manera coincidente, el análisis muestra que pobres y casi pobres acceden a la atención de salud con alguna demora o de manera tardía, cuando la reciben. Muy raramente reciben atención de salud oportuna (anexo 11).

⁴ El PNAC es un programa de acceso universal que entrega leche y otros productos nutricionales a los niños menores de 6 años, mujeres embarazadas y nodrizas para prevenir o mejorar situaciones de desnutrición. Para obtener los beneficios del programa las madres deben llevar a los niños a controles médicos periódicos sobre su estado de salud. Fue creado en 1954 y es administrado por el Ministerio de Salud.

⁵ El PAE es un programa que entrega desayunos, almuerzos y colaciones a los estudiantes pobres, de edades entre 6 y 14 años, que asisten a las escuelas del sistema municipal y del sistema subvencionado. Este programa fue creado en 1964 y es administrado por la “Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas”, dependiente del Ministerio de Educación.

⁶ La incidencia de la pobreza, medida por ingreso, se redujo en Chile desde 45,1 % de la población en 1987 a 20,6 % en el año 2000. Ver el anexo 1.

Conclusiones e implicancias de política pública

Los hallazgos de este trabajo indican que, siendo Chile un país con indicadores de salud de la población que se comparan muy favorablemente con el resto de la región latinoamericana, los pobres –siendo más probablemente sanos– tienen serias dificultades para acceder a la atención de salud –médica o dental– cuando la necesitan y, cuando la obtienen, acceden con alguna demora o de manera tardía.

Vista en perspectiva, esta situación estaría relacionada con la convergencia de dos hechos. Por un lado, las largas esperas e inadecuada calidad de los servicios provistos por el sistema público de salud y, por otro, la falta de acceso a protección efectiva en salud previsional harían que los pobres y casi pobres tengan un menor acceso a los cuidados de salud. Los altos copagos en FONASA o los planes con muy bajos beneficios a que pueden acceder en alguna ISAPRE, cuando alcanzan a uno de estos mecanismos de protección, hacen que en estados de necesidad los demanden como indigentes. Esa misma escasa protección hace que, cuando logran acceder a atención de salud, tengan serias dificultades para hacer efectivo el descanso destinado a recuperarse. La falta de acceso a estos mecanismos permite que el costo de oportunidad de una licencia médica sea muy alto para pobres y casi pobres, dado que normalmente significa quedar sin ingresos por el período de recuperación de la salud. Ello, unido a las largas esperas –que tam-

bién implican un alto costo de oportunidad para los pobres– y la baja calidad de la atención de salud que normalmente reciben los pobres, crea altas barreras para que los estratos de menores ingresos puedan tener un acceso efectivo a la atención de salud.

Así, dada la escasez de activos en capital humano (normalmente expresada en baja escolaridad), en capital físico y en capital financiero, y la debilidad de capital social, mantenerse sano es uno de los escasos activos que los pobres tienen, pues –siguiendo a Akin y otros (1985)– ello les permitiría disponer de un stock de días saludables a partir de los cuales pueden generar ingresos. Pero este capital humano en salud está en riesgo si acaso los pobres no pueden acceder a servicios que permitan recuperar la salud en eventos de enfermedad y accidentes. Con ello se interrumpe una vía de escape de la pobreza o se aumenta la probabilidad de caída a una situación de pobreza de los casi pobres y, eventualmente, de los estratos medios.

Las implicancias de política pública que resultan de los hallazgos de este análisis son evidentes. Por un lado, reforzar los mecanismos de protección de salud y, por otro, mejorar la calidad y la oportunidad de la provisión de los servicios públicos de salud. Ello permitiría un acceso más expedito de los pobres a los servicios de salud, cuando lo necesiten, y posibilitar acciones efectivamente reparatorias del estado de salud para este grupo social.

Referencias

1. CEPAL *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2002*. Santiago de Chile: CEPAL; 2003.
2. Olavarría Gambi M. *Pobreza, Crecimiento Económico y Políticas Sociales*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2004.
3. Akin J, Griffin Ch, Guilkey D, Popkin B. *The Demand for Primary Health Services in the Third World*. New Jersey: Rowman & Allanheld; 1985.

Anexo 1

Incidencia de la Pobreza, Chile 1987 – 2000.

Año	Indigentes	Pobres No Indigentes	Total Pobres
1987	17.4	27.7	45.1
1990	12.9	25.7	38.6
1992	8.8	23.8	32.6
1994	7.6	20.0	27.5
1996	5.7	17.5	23.2
1998	5.6	16.1	21.7
2000	5.7	14.9	20.6
2003	4.7	14.1	18.8

Fuente: MIDEPLAN 1999a, pág. 90; MIDEPLAN 2004a; MIDEPLAN 2004b.

Anexo 2

Resultados del Análisis Probit para: Estado de Salud
Variable Dependiente: Habitante Sano

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	0.0786 (0.000) [0.0194]	0.2444 (0.000) [0.0709]	0.0956 (0.000) [0.0274]	0.0355 (0.015) [0.0096]	0.0274 (0.176) [0.0062]	-0.0589 (0.000) [-0.0171]	-0.0586 (0.000) [-0.0125]
Pobre no Indigente	0.0618 (0.000) [0.0154]	0.1886 (0.000) [0.0568]	0.0691 (0.000) [0.0201]	0.0656 (0.000) [0.0177]	0.0320 (0.016) 0.0073	-0.0301 (0.001) [-0.0086]	-0.0301 (0.001) [-0.0063]
Casi pobre	0.0330 (0.033) [0.0082]	0.1520 (0.000) [0.0458]	0.0662 (0.000) [0.0193]	0.0420 (0.000) [0.0114]	0.0401 (0.002) [0.0091]	-0.0335 (0.001) [-0.0096]	0.0055 (0.530) [0.0011]
Mujer	-0.2158 (0.000) [-0.0544]	-0.2516 (0.000) [-0.0782]	-0.2212 (0.000) [-0.0654]	-0.1642 (0.000) [-0.0450]	-0.1606 (0.000) [-0.0371]	-0.2000 (0.000) [-0.0567]	-0.1646 (0.000) [-0.0342]
Rural	0.0929 (0.000) [0.0230]	0.1217 (0.000) [0.0372]	0.0704 (0.000) [0.0206]	0.0499 (0.000) [0.0136]	-0.0063 (0.558) [-0.0014]	-0.0602 (0.000) [-0.0172]	-0.0342 (0.000) [-0.0072]
Edad 5 a 14	Si						
Edad 15 a 19	Si						
Edad 20 a 39	Si						
Edad 66 y más	Si						
Soltero, separado o divorciado	Si						
Viudo (a)	Si						
Constante	0.8527 (0.000)	0.6398 (0.000)	0.7196 (0.000)	0.7675 (0.000)	0.9697 (0.000)	0.8392 (0.000)	1.0787 (0.000)
Número de Obs.	73509	78475	108010	135225	102285	144541	252066
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.0289	0.0200	0.0216	0.0249	0.0270	0.0285	0.0269

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 3

Resultados del Análisis Probit para: Estado de Salud II

Variable Dependiente: Habitante Enfermo Atendido

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	-0.5485 (0.000) [-0.0775]	-0.4442 (0.000) [-0.0487]	-0.2921 (0.000) [-0.0241]	-0.1622 (0.004) [-0.0121]	-0.4288 (0.000) [-0.0425]	-0.2078 (0.002) [-0.0119]	-0.2418 (0.000) [-0.0946]
Pobre no Indigente	-0.3589 (0.000) [-0.0426]	-0.3762 (0.000) [-0.0362]	-0.2626 (0.000) [-0.0199]	-0.1905 (0.000) [-0.0140]	-0.1385 (0.011) [-0.0105]	-0.1743 (0.000) [-0.0093]	-0.1043 (0.000) [-0.0402]
Casi pobre	-0.1686 (0.002) [-0.0188]	-0.2530 (0.000) [-0.0232]	-0.1831 (0.000) [-0.0134]	-0.1591 (0.000) [-0.0115]	-0.1415 (0.007) [-0.0108]	-0.0780 (0.083) [-0.0038]	-0.0624 (0.002) [-0.0240]
Mujer	0.0811 (0.032) [0.0084]	0.1908 (0.000) [0.0156]	0.1479 (0.000) [0.0099]	0.0662 (0.034) [0.0044]	0.1260 (0.002) [0.0090]	0.1967 (0.000) [0.0096]	0.1225 (0.000) [0.0469]
Rural	-0.1654 (0.000) [-0.0181]	-0.1711 (0.000) [-0.0147]	-0.1139 (0.001) [-0.0077]	-0.2687 (0.000) [-0.0191]	-0.1665 (0.000) [-0.0125]	-0.0037 (0.915) [-0.0001]	-0.3718 (0.000) [-0.1425]
Edad 5 a 14	Si						
Edad 15 a 19	Si						
Edad 20 a 39	Si						
Edad 66 y más	Si						
Soltero, separado o divorciado	Si						
Viudo (a)	Si						
Constante	1.6756 (0.000)	1.8354 (0.000)	1.8960 (0.000)	1.9813 (0.000)	1.8824 (0.000)	1.9761 (0.000)	0.4458 (0.000)
Número de Obs.	12996	19319	24307	26920	15814	30540	32741
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.0435	0.0307	0.0216	0.0201	0.0167	0.0138	0.0243

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos han sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 4.

Resultados del Análisis Probit para: Atención Dental

Variable Dependiente: Sin Atención Dental

	1994	1996	1998	2000
Indigente	0.4470 (0.000) [0.0149]	0.4375 (0.000) [0.0124]	0.2920 (0.000) [0.0098]	0.3787 (0.000) [0.0174]
Pobre no indigente	0.3951 (0.000) [0.0111]	0.3004 (0.000) [0.0067]	0.3282 (0.000) [0.0106]	0.2873 (0.000) [0.0113]
Casi pobre	0.2484 (0.000) [0.0063]	0.1873 (0.000) [0.0038]	0.1587 (0.000) [0.0044]	0.2510 (0.000) [0.0096]
Mujer	0.0907 (0.000) [0.0019]	0.1505 (0.000) [0.0026]	0.1210 (0.000) [0.0030]	0.1490 (0.000) [0.0048]
Rural	0.0410 (0.067) [0.0009]	0.0429 (0.157) [0.0008]	0.0806 (0.000) [0.0021]	0.0727 (0.000) [0.0023]
Soltero, separado	0.0651 (0.003) [0.0014]	0.0486 (0.082) [0.0009]	0.0263 (0.198) [0.0006]	-0.0579 (0.000) [-0.0019]
Viudo (a)	-0.1111 (0.058) [-0.0021]	-0.0902 (0.199) [-0.0014]	-0.1481 (0.006) [-0.0031]	-0.1042 (0.007) [-0.0030]
Constante	-2.6822 (0.000)	-0.7238 (0.000)	-2.5475 (0.000)	-2.4456 (0.000)
Número de Obs.	135443	102461	144705	252217
Prob>chi2	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
Pseudo R2	0.0244	0.0228	0.0163	0.0181

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 5

Resultados del Análisis Probit para: Desnutrición

Variable Dependiente: Niños Desnutridos

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	0.6194 (0.000) [0.1204]	0.6356 (0.000) [0.1043]	0.5178 (0.000) [0.1162]	0.4055 (0.000) [0.0470]	0.6003 (0.000) [0.0758]	0.5168 (0.000) [0.6465]	0.5114 (0.000) [0.0545]
Pobre no indigente	0.4212 (0.000) [0.0740]	0.4474 (0.000) [0.0626]	0.3118 (0.000) [0.0609]	0.3379 (0.000) [0.0347]	0.4072 (0.000) [0.0411]	0.3912 (0.000) [0.0413]	0.3675 (0.000) [0.0328]
Casi Pobre	0.2277 (0.000) [0.0402]	0.2546 (0.000) [0.0357]	0.2461 (0.000) [0.0493]	0.1429 (0.002) [0.0140]	0.2555 (0.000) [0.0250]	0.1938 (0.000) [0.0189]	0.2142 (0.000) [0.0179]
Mujer	0.0072 (0.827) [0.0011]	-0.0211 (0.346) [-0.0026]	0.0304 (0.232) [0.0055]	0.0268 (0.376) [0.0024]	0.0829 (0.024) [0.0070]	0.0174 (0.581) [0.0015]	-0.0190 (0.000) [-0.0014]
Rural	0.0796 (0.024) [0.0129]	0.1404 (0.000) [0.0181]	0.1666 (0.000) [0.0315]	0.0709 (0.022) [0.0065]	0.1203 (0.002) [0.0107]	0.1687 (0.000) [0.0158]	0.1848 (0.527) [0.0143]
Constante	-1.7173 (0.000)	-1.8800 (0.000)	-1.5560 (0.000)	-1.9541 (0.000)	-2.0664 (0.000)	-1.9859 (0.000)	-2.0908 (0.000)
Número de Obs.	11234	30072	17398	21045	15054	19882	25190
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.0268	0.0297	0.0192	0.0152	0.0289	0.0244	0.0250

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 6.

Resultados del Análisis Probit para:

Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)

Variable Dependiente: PNAC

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	1.4255 (0.000) [0.2673]	1.3000 (0.000) [0.2512]	1.1551 (0.000) [0.1761]	0.9775 (0.000) [0.1603]	0.8924 (0.000) [0.1565]	0.7914 (0.000) [0.1698]	0.1420 (0.000) [0.0064]
Pobre no Indigente	1.1430 (0.000) [0.2492]	1.0832 (0.000) [0.2548]	0.9604 (0.000) [0.1906]	0.9253 (0.000) [0.1825]	0.8986 (0.000) [0.1843]	0.6527 (0.000) [0.1619]	0.1842 (0.000) [0.0084]
Casi Pobre	0.7919 (0.000) [0.1575]	0.7708 (0.000) [0.1698]	0.7695 (0.000) [0.1394]	0.6843 (0.000) [0.1300]	0.6618 (0.000) [0.1359]	0.5085 (0.000) [0.1281]	0.1338 (0.000) [0.0063]
Mujer	0.0377 (0.190) [0.0099]	-0.0492 (0.059) [-0.0137]	-0.0037 (0.873) [-0.0008]	-0.0176 (0.399) [-0.0041]	-0.0549 (0.022) [-0.0138]	-0.1064 (0.000) [-0.0305]	-0.0604 (0.000) [-0.0031]
Rural	0.5101 (0.000) [0.1223]	0.4782 (0.000) [0.1222]	0.5955 (0.000) [0.1263]	0.6928 (0.000) [0.1507]	0.6644 (0.000) [0.1436]	0.4707 (0.000) [0.1246]	0.3094 (0.000) [0.0152]
Constante	-0.1305 (0.000)	-0.0280 (0.286)	0.1764 (0.000)	0.1903 (0.000)	0.3200 (0.000)	0.3743 (0.000)	1.8611 (0.000)
Número de obs.	11255	13007	18078	22022	15894	21241	252217
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.1718	0.1388	0.1300	0.1286	0.1093	0.0653	0.0423

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 7.

Resultados del Análisis Probit para:

Programa de Alimentación Escolar (PAE)

Variable Dependiente: PAE

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	1.1031 (0.000) [0.3773]	1.0918 (0.000) [0.4140]	1.0240 (0.000) [0.3913]	0.9960 (0.000) [0.3798]	1.1368 (0.000) [0.4251]	0.7274 (0.000) [0.2825]	0.2393 (0.000) [0.0436]
Pobre no indigente	0.8011 (0.000) [0.2598]	0.7210 (0.000) [0.2723]	0.7004 (0.000) [0.2668]	0.7041 (0.000) [0.2735]	0.8029 (0.000) [0.3110]	0.5075 (0.000) [0.2001]	0.1347 (0.000) [0.0263]
Casi pobre	0.4418 (0.000) [0.1448]	0.4290 (0.000) [0.1644]	0.4069 (0.000) [0.1564]	0.4016 (0.000) [0.1577]	0.4964 (0.000) [0.1942]	0.2829 (0.000) [0.1118]	0.0584 (0.000) [0.0117]
Mujer	-0.0545 (0.004) [-0.0161]	-0.0811 (0.000) [-0.0299]	-0.0576 (0.000) [-0.0214]	-0.0712 (0.000) [-0.0275]	-0.0833 (0.000) [-0.0318]	-0.0336 (0.004) [-0.0131]	-0.0050 (0.439) [-0.0010]
Rural	0.8557 (0.000) [0.2845]	0.8680 (0.000) [0.3301]	1.0772 (0.000) [0.4050]	1.0326 (0.000) [0.3926]	1.1878 (0.000) [0.4472]	1.0077 (0.000) [0.3855]	0.6133 (0.000) [0.1189]
Constante	-1.5502 (0.000)	-1.1062 (0.000)	-1.1069 (0.000)	-1.0095 (0.000)	-0.9262 (0.000)	-0.6713 (0.000)	0.8490 (0.000)
Número de Obs.	23543	17625	34099	43174	37177	52638	252217
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.1434	0.1232	0.1583	0.1558	0.1731	0.1117	0.0423

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos han sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 8.

Resultados del Análisis Probit para:

Sistema de Salud Pública I

Variable Dependiente: Plan de Salud para Indig0entes

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	1.2923 (0.000) [0.2798]	1.3604 (0.000) [0.2580]	0.9719 (0.000) [0.3400]	0.9437 (0.000) [0.3508]	1.3745 (0.000) [0.4872]	1.2557 (0.000) [0.4425]	1.2343 (0.000) [0.4496]
Pobre no Indigente	0.6983 (0.000) [0.1022]	0.7936 (0.000) [0.0953]	0.5910 (0.000) [0.1832]	0.6061 (0.000) [0.2113]	0.8176 (0.000) [0.2570]	0.7714 (0.000) [0.2403]	0.7756 (0.000) [0.2633]
Casi pobre	0.3118 (0.029) [0.0360]	0.7219 (0.000) [0.0841]	0.3531 (0.000) [0.1043]	0.3395 (0.000) [0.1153]	0.5213 (0.000) [0.1553]	0.5437 (0.000) [0.1601]	0.4669 (0.000) [0.1483]
Mujer	0.1629 (0.344) [0.0164]	0.3547 (0.069) [0.0293]	0.0454 (0.007) [0.0124]	0.0368 (0.293) [0.0118]	0.2205 (0.000) [0.0615]	0.2402 (0.000) [0.0659]	0.1222 (0.000) [0.0353]
Rural	0.1411 (0.392) [0.0147]	0.2800 (0.099) [0.0242]	0.3144 (0.000) [0.0890]	0.3379 (0.000) [0.1104]	0.5084 (0.000) [0.1455]	0.4118 (0.000) [0.1120]	0.4613 (0.000) [0.1353]
Edad 15 a 19	Si						
Edad 20 a 39	Si						
Edad 66 y más	Si						
Sin educación	Si						
Escolaridad 1 a 4	Si						
Escolaridad 5 a 7	Si						
Escolaridad 9 a 11	Si						
Escolaridad 12	Si						
Educ. Universitaria	Si						
Separado, Soltero o Divorciado	Si						
Viudo (a)	Si						
Trabajador independiente	0.8329 (0.000) [0.1285]	0.9365 (0.000) [0.1255]	0.8215 (0.000) [0.2583]	0.9784 (0.000) [0.3399]	0.0190 (0.000) [0.3098]	1.0005 (0.000) [0.2987]	0.9782 (0.000) [0.3207]
Trabajador de baja Productividad	0.6906 (0.000) [0.0727]	0.4591 (0.001) [0.0356]	0.3063 (0.000) [0.0866]	0.3453 (0.000) [0.1146]		0.2411 (0.000) [0.0643]	0.2399 (0.000) [0.0710]
Constante	-2.3451 (0.000)	-2.2201 (0.000)	-1.6036 (0.000)	-1.4841 (0.000)	-1.6807 (0.000)	-1.6221 (0.000)	-1.622 (0.000)
Número de Obs.	2007	2049	47936	32329	24265	34156	85141
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.3220	0.3837	0.2008	0.2203	0.2531	0.2369	0.2362

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión dprobit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 9

Resultados del Análisis Probit para:
Sistema de Salud Pública II (FONASA)
Variable Dependiente: Plan de Salud (FONASA)

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	-0.6270 (0.000) [-0.2213]	-0.2851 (0.066) [-0.0969]	-0.1553 (0.000) [-0.0578]	0.3172 (0.000) [-0.1137]	-0.4716 (0.000) [-0.1662]	-0.6512 (0.000) [-0.2260]	-0.8554 (0.000) [-0.2932]
Pobre no Indigente	0.0424 (0.677) [0.1670]	0.3542 (0.000) [0.1343]	0.1177 (0.000) [0.0453]	0.0132 (0.509) [0.0050]	0.0640 (0.007) [0.0247]	-0.0153 (0.470) [-0.0060]	-0.1882 (0.000) [-0.0737]
Casi pobre	0.0987 (0.320) [0.0389]	0.2035 (0.033) [0.0761]	0.1624 (0.000) [0.0627]	0.1137 (0.000) [0.0435]	0.1236 (0.000) [0.0480]	0.0498 (0.013) [0.0195]	0.0322 (0.011) [0.0128]
Mujer	0.4199 (0.000) [0.1658]	-0.0181 (0.884) [-0.0065]	0.1726 (0.000) [0.0665]	0.1870 (0.000) [0.0723]	0.1271 (0.000) [0.0494]	0.1363 (0.000) [0.0537]	0.1567 (0.000) [0.0622]
Rural	0.3131 (0.004) [0.1242]	0.2186 (0.025) [0.0820]	-0.0227 (0.107) [-0.0086]	-0.0183 (0.266) [-0.0069]	-0.1200 (0.000) [-0.0457]	-0.1264 (0.000) [-0.0491]	-0.1380 (0.000) [-0.0546]
Edad 15 a 19	Si						
Edad 20 a 39	Si						
Edad 66 y más	Si						
Sin educación	Si						
Escolaridad 1 a 4	Si						
Escolaridad 5 a 7	Si						
Escolaridad 9 a 11	Si						
Escolaridad 12	Si						
Educación Universitaria	Si						
Separado, Soltero o Divorciado	Si						
Viudo (a)	Si						
Trabajador independiente	-0.5574 (0.000) [-0.2040]	-0.1060 (0.262) [-0.0378]	-0.6330 (0.000) [-0.2237]	-0.6459 (0.000) [-0.2290]	-0.6994 (0.000) [-0.2508]	-0.6862 (0.000) [-0.2531]	-0.8325 (0.000) [-0.3074]
Trabajador de baja Productividad	0.5794 (0.000) [0.2256]	0.5679 (0.000) [0.2085]	0.0007 (0.960) [0.0002]	0.0075 (0.670) [0.0028]		0.1063 (0.000) [0.0417]	0.0270 (0.013) [0.0107]
Constante	-0.4521 (0.009)	-0.9760 (0.000)	0.0430 (0.059)	0.0663 (0.014)	0.2020 0.000	0.2206 (0.000)	0.3807 (0.000)
Número de Obs.	2007	2049	47936	32329	24265	34156	85141
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.0000
Pseudo R2	0.0664	0.0592	0.0466	0.0523	0.0652	0.0674	0.0811

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 10

Resultados del Análisis Probit para:

Sistema de Salud Privada (ISAPRE)

Variable Dependiente: Programa de Salud Privada (ISAPRE)

	1987	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Indigente	-1.3278 (0.000) [-0.0426]	-1.3567 (0.000) [-0.2582]	-0.9939 (0.000) [-0.1100]	-1.000 (0.000) [-0.1046]	-1.1813 (0.000) [-0.1189]	-1.0817 (0.000) [-0.0959]	-1.0482 (0.000) -0.0630
Pobre no Indigente	-0.9199 (0.000) [-0.0450]	-1.294 (0.000) [-0.2833]	-0.7003 (0.000) [-0.1051]	-0.7160 (0.000) [-0.1006]	-0.9101 (0.000) [-0.1258]	-0.8838 (0.000) [-0.1034]	-0.9107 (0.000) -0.0688
Casi pobre	-0.5845 (0.000) [-0.0298]	-0.9229 (0.000) [-0.2266]	-0.4441 (0.000) [-0.0731]	-0.4560 (0.000) [-0.0686]	-0.5278 (0.000) [-0.0838]	-0.4887 (0.000) [-0.0688]	-0.6319 (0.000) -0.0571
Mujer	-0.0769 (0.003) [-0.0052]	0.0351 (0.804) [0.0115]	-0.0773 (0.000) [-0.0147]	-0.0903 (0.040) [-0.0156]	-0.1587 (0.001) [-0.0289]	-0.2001 (0.000) [-0.0316]	-0.0968 (0.000) -0.0117
Rural	-0.8159 (0.000) [-0.0433]	-0.1672 (0.116) [-0.0522]	-0.6015 (0.000) [-0.1037]	-0.5781 (0.000) [-0.0962]	-0.5604 (0.000) [-0.0942]	-0.4848 (0.000) [-0.0750]	-0.4211 (0.000) -0.0495
Edad 15 a 19	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Edad 20 a 39	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Edad 66 y más	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Sin educación	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Escolaridad 1 a 4	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Escolaridad 5 a 7	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Escolaridad 9 a 11	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Escolaridad 12	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Educación Universitaria	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Separado, Soltero o Divorciado	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Viudo (a)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Trabajador independiente	-0.6807 (0.000) [-0.0373]	-0.7721 (0.000) [-0.1997]	-0.9426 (0.000) [0.1377]	-1.1661 (0.000) [-0.1605]	-1.1191 (0.000) [-0.1676]	-1.0502 (0.000) [-0.1400]	-0.8402 (0.000) -0.0786
Trabajador de baja Productividad		-0.0093 (0.906) [-0.0030]	-0.3630 (0.000) [-0.0656]	-0.4248 (0.000) [-0.0695]		-0.4286 (0.000) [-0.0655]	-0.4837 (0.000) -0.0513
Constante	-0.7528 (0.000)	-0.5092 (0.035)	-0.4408 0.000	-0.3154 (0.000)	-0.5522 (0.000)	-0.5880 (0.000)	-0.7355 (0.000)
Número Obs.	32063	2049	47936	32329	24265	34156	85141
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.2536	0.2569	0.2681	0.3103	0.2899	0.3004	0.2882

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de las encuestas CASEN señaladas en el encabezado.

Anexo 11**Resultados del Análisis Probit para: Oportunidad de la Atención de Salud**

Variables Independientes	Variables Dependientes		
	Atención Oportuna	Atención con Demora	Atención Tardía
Indigente	-0.3098 (0.000) [-0.0945]	0.2020 (0.000) [0.0488]	0.3437 (0.000) [0.0482]
Pobre no Indigente	-0.2902 (0.000) [-0.0860]	0.2462 (0.000) [0.0591]	0.2242 (0.000) [0.0281]
Casi Pobre	-0.2513 (0.000) [-0.0378]	0.2060 (0.000) [0.0487]	0.2091 (0.000) [0.0260]
Mujer	-0.07160 (0.000) [-0.0195]	0.0751 (0.001) [0.0164]	0.0276 (0.341) [0.0031]
Rural	0.0143 (0.487) [0.0039]	0.0231 (0.300) [0.0051]	-0.0821 (0.006) [-0.0090]
Separado, soltero	Si	Si	Si
Viudo (a)	Si	Si	Si
Constante	1.0004 (0.000)	-1.2235 (0.000)	-1.6664 (0.000)
Num. de Obs.	21229	21229	21229
Prob > chi2	0.0000	0.0000	0.0000
Pseudo R2	0.0098	0.0068	0.0095

Nota: Todas las variables incluidas en este modelo han sido trabajadas como variables dicotómicas. La unidad de análisis es el individuo. Los coeficientes de las regresiones probit se presentan en la primera línea de cada variable. Los números en paréntesis corresponden a los resultados del análisis de significación estadística ($p > z$). Los números en corchete representan la probabilidad marginal de la variable, la que ha sido calculada en una regresión probit. Los datos ha sido tomados de la encuesta CASEN del año 2000.

Anexo 12

Resultados multinomiales seleccionados según cobertura de salud. (Categoría Base: ISAPRE)

Variable	1987		1990		1992		1994		1996		1998		2000		
	Modalidad Indigente	FONASA													
Pobre	3.0420 (0.0531)	2.0469 (0.0504)	2.3132 (0.0367)	1.4418 (0.0337)	2.0774 (0.0290)	2.0774 (0.0290)	2.0255 (0.0256)	1.2857 (0.0267)	1.1203 (0.0247)	2.3955 (0.0337)	2.6829 (0.0335)	1.3879 (0.0319)	1.4468 (0.0325)	3.2955 (0.0295)	1.8394 (0.0291)
Casi Pobre	1.4339 (0.0520)	1.0874 (0.0474)	1.3644 (0.0389)	1.0275 (0.0344)	1.1639 (0.0305)	1.1639 (0.0305)	1.1685 (0.0265)	0.8384 (0.0270)	0.8265 (0.0248)	1.3131 (0.0317)	1.4499 (0.0283)	0.8851 (0.0285)	0.8464 (0.0261)	1.9117 (0.0247)	1.3383 (0.0235)
Mujer	0.0972 (0.0352)	0.0153 (0.0322)	0.1262 (0.0274)	0.0808 (0.0242)	0.1822 (0.0222)	0.1822 (0.0222)	0.1965 (0.0191)	0.0896 (0.0196)	0.1338 (0.0177)	0.3318 (0.0227)	0.3701 (0.0197)	0.1830 (0.0197)	0.1833 (0.0172)	0.3065 (0.0160)	0.1038 (0.0147)
Rural	2.0635 (0.0694)	1.7056 (0.0679)	1.4394 (0.0369)	0.7753 (0.0348)	1.5796 (0.0283)	1.5796 (0.0283)	1.6686 (0.0240)	0.9673 (0.0268)	0.9773 (0.0233)	1.8249 (0.0320)	1.6100 (0.0259)	0.8958 (0.0308)	0.7960 (0.0246)	1.9272 (0.0194)	0.9795 (0.0186)
Edad 20 a 39	0.3523 (0.0493)	-0.1126 (0.0444)	0.2044 (0.0366)	-0.1558 (0.0313)	0.2773 (0.0298)	0.2773 (0.0298)	0.1218 (0.0258)	-0.1845 (0.0254)	-0.2672 (0.0231)	0.1928 (0.0300)	0.3243 (0.0258)	-0.1740 (0.0251)	0.0406 (0.0217)	-0.1604 (0.0207)	-0.2059 (0.0184)
Edad 66 y más	0.7756 (0.1254)	1.3330 (0.1194)	0.7936 (0.0814)	1.1359 (0.0751)	0.6844 (0.0609)	0.6844 (0.0609)	1.1160 (0.0556)	1.0884 (0.0533)	1.2806 (0.0529)	1.2342 (0.0628)	0.9755 (0.0540)	1.2699 (0.0584)	1.1295 (0.0501)	0.9297 (0.0513)	0.9830 (0.0492)
Escolaridad 5 a 7 años	0.6254 (0.0876)	0.4790 (0.0839)	0.4611 (0.0666)	0.2373 (0.0636)	0.4713 (0.0491)	0.4713 (0.0491)	0.3916 (0.0436)	0.2310 (0.0467)	0.2712 (0.0427)	0.4157 (0.0529)	0.4911 (0.0469)	0.2143 (0.0503)	0.3272 (0.0448)	0.5565 (0.0483)	0.3413 (0.0469)
Escolaridad 12 años	-1.1604 (0.0818)	-0.5992 (0.0755)	-1.4049 (0.0607)	-0.7856 (0.0545)	-1.3817 (0.0462)	-1.3817 (0.0462)	-1.3240 (0.0408)	-0.7131 (0.0408)	-0.7078 (0.0382)	-1.5099 (0.0481)	-1.4708 (0.0411)	-0.8274 (0.0427)	-0.7513 (0.0371)	-1.3890 (0.0404)	-0.8012 (0.0375)
Más de 12 años de escolaridad	-1.4878 (0.0761)	-0.9482 (0.0696)	-2.3802 (0.0654)	-1.4370 (0.0543)	-2.5566 (0.0588)	-2.5566 (0.0588)	-2.5298 (0.0468)	-1.3855 (0.0422)	-1.4157 (0.0392)	-2.5528 (0.0549)	-2.8845 (0.0488)	-1.5466 (0.0438)	-1.6362 (0.0380)	-2.0974 (0.0402)	-1.6668 (0.0373)
Soltero, separado	1.4474 (0.0474)	0.6149 (0.0440)	0.9821 (0.0355)	0.2761 (0.0315)	0.8748 (0.0288)	0.8748 (0.0288)	1.0360 (0.0250)	0.2625 (0.0256)	0.2996 (0.0233)	0.6556 (0.0288)	0.7304 (0.0251)	0.1203 (0.0248)	0.1050 (0.0218)	1.1181 (0.0215)	0.3609 (0.0192)
Constante	-0.6317 (0.0749)	1.1678 (0.0682)	-0.5767 (0.0604)	0.9749 (0.0544)	-0.9037 (0.0460)	-0.9037 (0.0460)	-0.5291 (0.0405)	0.5422 (0.0409)	0.5399 (0.0380)	-0.6800 (0.0474)	-0.5692 (0.0406)	0.7430 (0.0423)	0.8753 (0.0366)	-0.2035 (0.0393)	1.2592 (0.0368)
Número de Obs	60,261	66,882	90,363	120,186	87,072	123,391	223,799	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Prob>chi2	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Pseudo R2	0.1406	0.1446	0.1546	0.1599	0.1757	0.1756	0.1688								

Nota: Modalidad Indigente hace referencia a recibir atención de salud libre de pago. FONASA se refiere al hecho de estar cubierto por el plan público de salud. ISAPRE indica que la persona está cubierta por el plan privado de salud. Los errores estándares se presentan en paréntesis. Otros resultados no mostrados aquí se refieren a variables que representan categorías adicionales de edad, niveles de escolaridad y estado civil. La constante representa a hombres casados, residentes en sectores urbanos, de edad entre 40 y 65 años, con 8 años completos de educación.

BIOÉTICA PARA UNA SALUD PÚBLICA CON RESPONSABILIDAD SOCIAL

María Iliana Ortíz*
Susana Palavecino**

Resumen: ¿Es posible un aporte bioético de las ciencias económicas en el campo de la salud pública? Nuestro propósito fue abrir un diálogo con tendencias económicas desarrolladas en las últimas décadas y ver cómo y en qué medida pueden dar su aporte en el campo de la salud pública dentro del contexto latinoamericano. Con este fin individualizamos algunos indicadores de responsabilidad social seguidos por las empresas que intentan llevar a la práctica dichas tendencias y estudiamos los efectos que se podrían provocar al aplicarlos en algunas problemáticas bioéticas que presenta la gestión de la salud pública. Encontramos en las pautas culturales que proponen estas tendencias un “humus” propicio para el abordaje de dilemas planteados. Así también distinguimos nuevas claves que podrían ayudar a revertir actitudes nocivas en la gestión de la salud, presentes en el Estado, en la sociedad, y en las empresas privadas.

Palabras clave: salud pública, bioética, indicadores de responsabilidad social, empresas con responsabilidad social, economía de comunión, empresas privadas de salud

BIOETHICS FOR A SOCIALLY RESPONSABLE PUBLIC HEALTH

Abstract: Is it possible for economy sciences to offer a bioethics' contribution for Public Health? Our aim was to establish a dialogue with economic trends developed during the last decades and to see how and up to what extent they can contribute to Public Health within the Latinamerican context. For this purpose we individualized some social responsibility indicators undertaken by enterprises that tried to apply those tendencies. We studied the effects that could be caused when applying them to certain bioethical issues presented by Public Health's management. We found a favourable “humus” to approach the dilemmas that were set up within the cultural patterns that these tendencies establish. We also distinguished new clues that could help revert undesirable attitudes of the health management which are present at the State, society and private enterprises.

Key words: public health, bioethics, social responsibility's indicators, social reliable enterprises, communion economy, private health enterprises

BIOÉTICA PARA UMA SAÚDE PÚBLICA COM RESPONSABILIDADE SOCIAL

Resumo: É possível uma abordagem bioética das ciências econômicas no campo da saúde pública? Nosso propósito é de dialogar com tendências econômicas desenvolvidas nas últimas décadas e ver como e em que medida estas podem dar sua contribuição no campo da saúde pública no contexto latino americano. Com este objetivo, individualizamos alguns indicadores de responsabilidade social seguidos por empresas que tentam colocar em prática tais tendências e estudamos os efeitos que se poderiam provocar ao aplicar algumas problemáticas bioéticas que se apresentam na gestão da saúde pública. Encontramos nas pautas culturais que propõem estas tendências um “humus” propício para a abordagem dos dilemas apresentados. Distinguimos também novas chaves que poderiam ajudar a reverter atitudes nocivas na gestão da saúde, presentes no Estado, na sociedade e nas empresas privadas.

Palavras chaves: saúde pública, bioética, indicadores de responsabilidade social, empresas com responsabilidade social, economia de comunhão, empresas privadas de saúde

* Bioquímica. Alumna de la Maestría en Bioética en la Universidad Nacional de Cuyo. Argentina

** Médica Neuróloga. Alumna de la Maestría en Bioética en la Universidad Nacional de Cuyo. Argentina

Correspondencia: focfemmza@impsat1.com.ar

Introducción

Si consideramos que la bioética estudia los juicios de valor que determinan la conducta de las personas relacionada con la vida y las técnicas que las afectan(1), en su práctica no podría limitarse a la resolución de dilemas y conflictos extremos sino, también, debería tutelar aquellos derechos reconocidos por la Carta de los Derechos del Hombre (alimentación, educación, cuidados sanitarios, etc.), a fin de ser eficaz y llegar a influir en el cuerpo social. En su origen se consideraba esta instancia como ineludible.

Actualmente se reconoce que la concepción de la gestión económica es el resultado de una determinada cultura y de una cierta visión del mundo. Posiblemente quienes comenzaron incursionando en la praxis de la bioética, en su vertiente norteamericana, se dirigieron ineludiblemente a intentar regular el crecimiento tecnológico y científico, principal preocupación en esa sociedad, en respuesta a la problemática inminente y al impacto que genera en el planeta dicho crecimiento. Las respuestas se buscan desde esa cultura, nacida del pensamiento neoliberal-positivista que lo acuna.

Sin embargo, estas respuestas no son aplicables completamente a todas las sociedades. Tal es el caso de la problemática latinoamericana, donde pueblos marcados por contrastes sociales extremos no ven resueltas sus necesidades básicas para el desarrollo humano. Por ello, compartimos la postura de que la bioética latinoamericana debe buscar su aporte específico desde dicha cultura(2) y pensamos que las ciencias sociales empíricas, en particular las ciencias económicas, tienen una deuda en su aporte al campo de la salud y, por ende, de la bioética.

La creencia de que ética y negocio caminan por senderos paralelos está profundamente

arraigada en la cultura de la sociedad actual. Sin embargo, existen numerosos trabajos de estudiosos en economía que muestran cómo ética y negocio pueden favorecer a las empresas en su capacidad de crear valor, tomando en forma simultánea ambos aspectos y descubriendo entre ellos sinergias importantes(3). Un acercamiento a dichas teorías permite constatar en las empresas una revisión de su modelo de comportamiento, con un continuo aumento del espacio reservado a la investigación sobre lo que es “económicamente correcto”.

Nuestra hipótesis es que dichas teorías económicas, que expresan una búsqueda innovadora rica en contenidos bioéticos, seguramente podrían ofrecer sus aportes en el campo de la salud de la población.

Principales actores en la gestión de salud de una población

Cuando se piensa en la salud en el contexto de una determinada población y se considera la promoción de una justicia social sustentable en este campo, con equidad entre las regiones y los grupos sociales, se evidencian tres actores principales: el Estado, las empresas privadas de salud y la sociedad.

¿Cómo incide el Estado?

Al estudiar la gestión de salud de una población, se observa una estrecha interrelación entre el rol del Estado, de las organizaciones no gubernamentales (ONG's) y de las empresas privadas de salud. Consideramos que la discusión no se plantea en términos de disyuntiva entre Estado o mercado, sino como la necesidad de establecer un equilibrio regulador, por parte del Estado, entre las instituciones públicas, la privatización de sectores de la salud pública y las empresas privadas de salud. Es cada vez mayor el número de los hospitales públicos que privatizan los centros de mayor com-

plejidad y es evidente el crecimiento de clínicas y hospitales privados. Las economías abiertas, que operan en la mayoría de nuestros países latinoamericanos, necesitan tanto regulaciones nacionales como internacionales, y la presencia de un Estado con capacidad para promoverlas y hacerlas cumplir.

En relación con la gestión de salud, el Estado juega un rol preponderantemente regulador. Sin embargo, el equilibrio no es fácil de lograr, ya que se trata de crear las condiciones adecuadas de equidad para propiciar una dinámica de crecimiento estable y sustentable tendiente al bienestar de toda la sociedad.

Si prevalece el rol tradicional del Estado —es decir de tipo proteccionista, que impide u obstaculiza las iniciativas privadas— los riesgos con implicancias éticas son graves:

- Disminución de la eficacia del servicio público: el Estado carga con una excesiva cantidad de centros de atención de salud, situación que dificulta la agilidad en la gestión y aumenta el gasto público.
- Riesgo de un control deficiente de los operadores de salud por parte del Estado, lo que lleva a una cierta inercia en los trabajadores, con la consecuente falta de incentivos para su crecimiento profesional y personal.
- Reducción de la posibilidad de la sociedad de asumir la función de control sobre la gestión del Estado, generando una distancia entre ellos que puede disparar la corrupción.

Algunos aspectos de un Estado activo en salud, serían:

- La promoción e implementación de políticas orientadas a la medicina preventiva, que hoy —bien se sabe— es la que genera mayor rendimiento y menor gasto público. Con

programas que interpreten con amplitud la realidad histórica del lugar y que no sean únicamente respuestas a las últimas alarmas emergentes, para que tengan continuidad y se arraiguen en la población, aunque los resultados no sean inmediatos.

- Tutelar el “empoderamiento” (*empowerment*) de la sociedad, entendido como fortalecimiento y potenciación de las capacidades latentes en la sociedad civil, por medio de la educación y la información adecuada. Sin duda, cuanto más instruida esté la población mejor será su posibilidad de discutir objetivos y estrategias. Y en este punto juega un rol importante la equidad de oportunidades como término bioético clave en el ámbito social.
- Favorecer la promoción de proyectos de desarrollo sustentable, con acento en una medicina atenta a las necesidades de las poblaciones más alejadas de los centros urbanos.
- Custodiar el “capital pensante” de la población, realizando un trabajo conjunto con las universidades para implementar el desarrollo de tecnología, educación, producción de propios medicamentos, entre otros factores, y evitar la salida al exterior de investigadores de valor.

¿Cómo inciden las empresas privadas de salud?

La aparición de empresas privadas de salud es un fenómeno mundial que presenta tanto aspectos positivos como riesgos desde el punto de vista bioético.

Si la tendencia privatizadora es predominante, entre otras consecuencias con valoración bioética en el campo de la salud observamos que:

- Disminuye la capacidad del Estado para conducir proyectos de desarrollo sustentables y justos.
- Se excluye a un mayor número de personas carentes de recursos de recibir las prestaciones en salud, ya que aumenta el número de servicios a cargo de la medicina privada.
- Se reducen, en muchos casos, los beneficios de los trabajadores organizados, ya que al venderse los servicios se sustituyen los antiguos contratos colectivos de trabajo por nuevas condiciones más “flexibles”, en las que se pierden derechos, poder de negociación e, incluso, prestaciones económicas.
- Se limita la posibilidad de acceso a la salud si las leyes no protegen adecuadamente a la población que aporta en ellas, generando, entre otras situaciones, aumento indiscriminado de las cuotas, derivación de fondos a otros fines e incumplimiento en los servicios.

Por otro lado el impacto positivo de la privatización en el campo de la salud se evidencia en que:

- Permite acceder a nuevas tecnologías, porque la competencia en el mercado exige actualizarlas continuamente buscando el acceso a maquinarias de última generación.
- Optimiza la gestión de la empresa y el uso de los recursos en la búsqueda de hacerla redituable.
- Tiende a destinar parte de sus réditos a la investigación, ya que una empresa privada de salud cuyos miembros hacen investigación clínica o básica se ve inmediatamente jerarquizada.

¿Qué incidencia tiene la sociedad?

La sociedad –entendida como comunidad civil e informada sobre las utilidades, riesgos y criterios éticos en juego, donde el rol de los medios es fundamental– tiene el derecho y el deber de participar en la regulación de su propia salud.

En este aspecto nos parece que el pensamiento económico tradicional, que se ha arraigado, subestima a la sociedad en su rol regulador e innovador. El pensamiento neoliberal debilita el cuerpo social, aísla al individuo arraigando en él la idea de que “nada se puede hacer”, y crece la tendencia de muchos a delegar, en forma absoluta, todas las decisiones en el gobierno de turno. La sociedad no asume su rol fiscalizador, generando así un manejo acrítico, destructor del potencial social inmenso de la población.

La sociedad, en diálogo con la comunidad científica y con los organismos reguladores del Estado, posibilitaría oportunamente el consenso necesario para establecer normas que preserven y fortalezcan la identidad cultural latinoamericana, sus valores y su concepción del ser humano. La responsabilidad no puede ser delegada ni denegado el derecho a participar, ya que las decisiones en salud son inherentes a la vida humana. Ni el Estado ni las empresas de salud tienen la capacidad aislada de proponer y, menos aún, de decidir. La democracia ejercida a diario, no sólo en el voto, origina la opinión pública responsable y decisiva.

Tendencias actuales en economía

La realidad social imperante ha llevado a las ciencias sociales empíricas a pensar en la necesidad de construir un futuro sostenible para todos. En el campo de la economía, nuevas corrientes que dan espacio al valor del compromiso social están siendo estudiadas en uni-

versidades y llevadas a la práctica por empresas de variados rubros, como alternativa a la economía regida desde hace décadas por el pensamiento de Adam Smith. Existen asociaciones y fundaciones que, en forma creativa, elaboran propuestas que generan herramientas viables y operativas para hacer más eficiente la gestión ética y socialmente responsable de empresas y organizaciones. Entre ellas, particularmente significativas para el propósito del artículo, las siguientes:

Amartya Sen, economista indio, Premio Nobel de Economía 1998, reivindica una ampliación del modelo de comportamiento humano aplicado en la economía. Propone un nuevo concepto de desarrollo (el “desarrollo humano”) que supera su identificación única con el crecimiento económico y dirige su atención a las necesidades de las personas, tales como la salud, longevidad, nivel de instrucción y participación en la vida social.

El desarrollo humano, según Sen, debe constituirse como fin y objetivo central de las medidas de política económica, y ser entendido como la capacidad de ejercer tres posibilidades esenciales: una vida larga y sana, la instrucción y el acceso a los recursos necesarios para alcanzar y mantener un nivel de vida digno. Para este autor, la distancia creada entre economía y ética determinó un sustancial empobrecimiento de la investigación económica y la exclusión de la referencia a valores subyacentes en cada cultura que, de por sí, condicionan las decisiones de las personas reales(4).

Empresas con responsabilidad social (ERS), según su propia definición, son aquellas que adoptan una posición ética que consiste en el libre y activo compromiso de contribuir a la mejora de la sociedad –tendiendo a hacerla solidaria y sustentable– y a un medio ambiente más limpio(5).

Esta dimensión da un nuevo marco para el desarrollo de las empresas, donde se pone especial énfasis en los resultados sociales y medioambientales. Por lo tanto, ellas tienen una responsabilidad hacia la sociedad que va más allá del pago de impuestos y tasas, la generación de empleos y el mero cumplimiento de la legislación en curso. Las compañías deben considerar también que sus decisiones contribuyan a la mejora de las condiciones de vida de nuestro planeta.

La escuela italiana (Luigino Bruni, Stefano Zamagni, Benedetto Gui) retoma la crítica al “*homo oeconomicus*”, iniciada por Sen; aprecia los límites del enfoque exclusivamente individualista del paradigma neoclásico y hace una propuesta novedosa denominada “Economía de Comunión” (EDC)(6,7). Las empresas que adhieren a este proyecto, si bien operan en el mercado, se proponen, como propia justificación, hacer de la actividad económica un lugar de encuentro en el sentido más profundo del término: un lugar de comunión. Una comunión entre los que tienen bienes y oportunidades económicas y quienes no los tienen, entre todos los sujetos que participan de diferentes modos en la misma actividad.

Chiara Lubich afirma que no es economista sino, más bien, iniciadora de “un nuevo estilo de vida, expresión de una cultura nueva”, que intenta construir la unidad en todos los frentes, teniendo como base la fraternidad universal, generando una cultura del dar y no del tener(8).

Vera Araujo, socióloga que estudia este fenómeno cultural, considera que el individualismo de la modernidad dio pie a la “cultura del tener”, que domina nuestras costumbres, creando la sociedad consumista que transforma en mercado toda la existencia. He aquí entonces la sociedad moderna, incapaz de crear relaciones profundas e intereses relacionales durables en el tiempo, y encerrada en su propia

soledad. El mercado se levanta como el nuevo ídolo que invade todas las esferas del vivir y del morir. Desde el punto de vista antropológico, la autora habla del *homo consumens*, protagonista de la cultura del tener, ávido de consumo, incapaz de conocimiento subjetivo y moral(9).

Como antídoto, este nuevo movimiento cultural impulsa la cultura del dar, para recobrar la solidaridad, la “condivisión”, es decir, el don, practicado y vivido no sólo dentro de un pequeño grupo comunitario o en las relaciones interpersonales, sino también como cultura, como mentalidad, como modo de ser y de hacer, capaz de insertarse en los mecanismos sociales y de transformar las instituciones y las estructuras de la posmodernidad. A. Viela manifiesta que esta propuesta contiene “un nuevo paradigma para las ciencias sociales¹”.

Un grupo de investigadores en el campo de la economía experimental de la Universidad de Zurich, presidido por Ernst Fehr, desarrolla el concepto de “reciprocidad” en economía. La identifican con una actitud mental de los sujetos, como es la de justificar el sacrificio de recursos materiales para responder con un favor a un favor recibido, y con un desaire a un desaire recibido. Demuestran que la reciprocidad como norma social condiciona sistemáticamente el comportamiento de muchas personas y termina siendo una regla capaz de promover relaciones de colaboración. De este modo, se genera un consecuente aumento del bienestar colectivo, sobre todo en situaciones en las que es impensable o imposible el recurso a un vínculo contractual(10).

Estas teorías ponen en duda la base del paradigma del *homo oeconomicus*, donde las actitudes son movidas exclusivamente por los intereses personales, ya que, de otro modo, se cae en el puro altruismo. La reciprocidad implica un compromiso condicionado hacia otros, y no incondicionado como lo es el altruismo.

Indicadores de Responsabilidad Social (IRS)

Muchos investigadores están en la búsqueda de indicadores que clasifiquen una empresa como socialmente responsable: los denominados Indicadores de Responsabilidad Social (IRS). Hay una tendencia entre los inversores a comprobar si las empresas en las que invierten tienen en cuenta estos parámetros. Como consecuencia, se está comenzando a mover una masa crítica que induce a las empresas a responder cuestionamientos éticos exigidos por inversores que se enrolan entre los socialmente responsables.

Los IRS que consideraremos en nuestro análisis son:

- Cumplimiento de normas medioambientales.
- Previsión de sistemas de medición de satisfacción de sus usuarios, empleados, proveedores, etc.
- Compromiso de las empresas con la sociedad en la que se encuentran insertas.
- Percepción de la necesidad del servicio que presta la empresa por parte de la sociedad. Implementación de instrumentos para su participación en la gestión.
- Coordinación y colaboración con instituciones del medio para ofrecer variedad de servicios y cubrir distintas necesidades reales de la población.

¹ Viela A. *Elogio académico*. Doctorado Honoris Causa en Ciencias Sociales, otorgado por la Universidad Católica de Lublin a la Sra. Ch. Lubich. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.focolare.org/> Acceso el 15 de Junio de 2003.

¿Contribuyen los IRS a una mayor calidad en el control de la gestión de la salud?

Nuestra hipótesis se dirige a interrelacionar estos nuevos indicadores que están generando un viraje en la economía actual y ver de qué modo pueden entrar en diálogo con la función del Estado, de las empresas privadas y de la sociedad en la gestión de la salud. Citando los indicadores se seguirá el siguiente esquema: presentación de algunas problemáticas en el ámbito de la salud, los posibles aportes de las ERS y de la EDC, y la interrelación entre ambas.

Cumplimiento de normas medioambientales

El control en el ámbito de la salud tiene distintas connotaciones bioéticas en las cuales el Estado cumple una función importante. Desde la Conferencia Mundial de Estocolmo (1992) hasta la Cumbre Mundial de Johannesburgo (2002), la comunidad internacional ha iniciado una búsqueda para promover la conciencia de la estrecha interrelación entre salud, ambiente y desarrollo sustentable.

En la praxis médica, las normas de bioseguridad tendientes a controlar la contaminación del ambiente, los factores de riesgo de contagios en la prevención de las epidemias y la protección de los agentes de salud (médicos, enfermeros, personal administrativo) constituyen un compromiso con las futuras generaciones. Estas normas (higiene, atención personalizada, proporcionalidad de agentes de salud al número de usuarios, control de tratamiento de residuos, etc.) no deben ser exclusividad de empresas privadas, usadas como herramienta de “marketing”, sino que deben ser controladas por el Estado en todos los centros de salud, privados o públicos, sin distinción.

Las ERS educan al trabajador para asumir un libre y activo compromiso de mejorar el bienestar de la empresa y de los usuarios con una

actitud solidaria, sustentable y activa en la contribución a un medio ambiente más limpio. Solidaridad no significa beneficencia filantrópica –actitud a la cual nadie puede ser obligado, como bien afirman los propulsores de EDC dedicados a la salud– sino la capacidad de comprender que se otorga el acceso a la salud a un ser humano que está en pleno derecho de tenerla. Implica también compromiso con la educación de la población para generar pautas culturales expresadas por el paradigma del desarrollo sostenible, es decir, una sociedad equitativa y cuidadosa del medio ambiente.

Las ERS trabajan conjuntamente con las autoridades públicas, afrontando este desafío para la reducción del impacto negativo de su accionar sobre el planeta, con acciones tales como: reducción de los gastos energéticos y de eliminación de residuos, y menor consumo de materias primas, entre otras.

Podemos citar la *ISO 19000* (EMAS) que, mediante el sistema comunitario de gestión y auditoría medioambiental, incentiva la creación de sistemas de ecoauditorías y ecogestión de las firmas, de manera de lograr la mejora del rendimiento ecológico. Como ejemplo de colaboración entre las autoridades públicas y las empresas citamos las “políticas integradas de productos” (PIP), que se basan en el estudio de las repercusiones de los productos a lo largo de su ciclo vital.

La comunidad internacional comenzó a premiar a las empresas que se esfuerzan por realizar mejoras en temas ecológicos, favoreciendo su apertura a nuevas oportunidades de mercado. La iniciativas de *World Business Council for Sustainable Development* y de *European Partners for the Environment*, conjuntamente con la Comisión Europea, propusieron la “*European Eco-Efficiency Initiative*” (EEEI), con el objeto de integrar las operaciones comerciales y las políticas industriales y econó-

micas, por una parte, con la eficiencia ecológica de estas operaciones, por otra.

En los planes estatales de salud pública se podría educar al operador de la salud en el valor del desarrollo sostenible. La implementación en municipios de ecoauditorías que controlen la ecogestión de los centros de salud, incluyendo el estudio previo de las repercusiones de su funcionamiento a lo largo del tiempo –por ejemplo, en la contaminación medioambiental de ciertas prácticas tecnológicas–, son elementos de gran importancia bioética.

Asimismo, podrían implementarse sistemas de incentivo a aquellos centros que hacen opciones ecológicas y difundir su accionar en el medio para provocar el efecto multiplicador como lo hacen las ERS.

Sistemas de medición de satisfacción de sus usuarios, empleados y proveedores

En salud se advierte una falencia en este campo. A veces, apelando a la llamada “vocación al cuidado del enfermo”, se desvaloriza la función de los operadores de salud, llevando a su insatisfacción, a que se sientan explotados y sin intervención, según sus capacidades, en las decisiones pertinentes. De no menor importancia es la implementación de métodos que permitan conocer la valoración de los enfermos, de la comunidad en general y de los proveedores sanitarios sobre los centros de salud privados y públicos.

Es de uso común en las empresas comerciales con responsabilidad social un doble *feedback*: primero, entre los usuarios de los productos ofrecidos y la empresa, para examinar si cumplen sistemáticamente con las expectativas de sus usuarios y/o proveedores; segundo, un control interno de la empresa para ver el grado de satisfacción de sus empleados.

En este campo, particularmente rica es la concepción del “bien relacional” propuesto por las empresas de EDC; ellas consideran la relación entre las personas de la empresa un “bien” en sí, tan estimable como el rédito económico para su crecimiento.

En la actualidad, evaluar a las firmas sólo por su desempeño en la calidad de sus productos y/o servicios es condición necesaria pero no suficiente, ya que de ese modo no se tiene en cuenta a la organización en su conjunto y en su contexto. En esta perspectiva, la empresa viene concebida como una comunidad de personas y, por tanto, no es un simple agregado ni una yuxtaposición, no es un aglomerado sino una comunidad que requiere presencia de vínculos y conciencia de cooperar con una obra en común. La comunidad permite la diversidad en la igualdad y exige además articulación y dinamismo(9).

La afirmación de la dignidad de los trabajadores que prestan sus servicios en una empresa de EDC no es una cuestión de principios o una declaración de intenciones, sino una realidad que se concreta en la búsqueda continua de modos de involucrar a todo el personal en la vida de la empresa. La orientación productiva, las decisiones técnicas, la organización del trabajo y de los distintos aspectos de la comunidad trabajadora, en una palabra, los objetivos empresariales, se alcanzan favoreciendo la creatividad, la asunción de responsabilidades y la participación.

Proveer los medios para que pueda introducirse en las instituciones de salud el “bien relacional” –con la fuerza y la eficacia que tienen las ERS– puede ofrecer pistas para abordar las problemáticas bioéticas emergentes en la comunicación en salud. Ello evitaría los bloques corporativos no dialogantes dentro de un nosocomio, favoreciendo el rendimiento y la operatividad sanitaria.

Nuestra propuesta es que se pueden considerar los binomios (médico-paciente, operadores de salud-administrativos, directivos sanitarios-empleados) como un “bien relacional” que produce un rédito cuantificable, al modo de las empresas citadas. Asimismo, la implementación de los espacios para generarlo permitirá aumentar el rendimiento, coordinar con mayor rapidez los esfuerzos, mejorar el ambiente de trabajo que influye en la salud del enfermo y apoyarse y controlarse recíprocamente en las opciones a favor de un desarrollo sostenible, entre otros beneficios. Estos resultados son un buen incentivo para hacer sustentable la institución sanitaria.

Compromiso de las empresas con la sociedad en la que se encuentran insertas

La actitud comprometida de los centros de salud con la sociedad tiene un contenido bioético de particular relieve: la instalación de un centro sanitario supone la atención de las necesidades primordiales de la población y, en función de ellas, la optimización de sus recursos.

¿Cuál es el aporte que encontramos en el análisis de ERS y de EDC? Existe una fuerte interacción entre las ERS y las comunidades en donde se establecen. Las empresas contribuyen al desarrollo de estas comunidades creando fuentes laborales, pagando los impuestos y, además, redoblando esfuerzos en la educación medioambiental, ofreciendo plazas adicionales de formación profesional y contratando personas socialmente excluidas. También son interesantes las medidas sanitarias que implementan para mejorar los hábitos alimenticios o las inversiones en espacios recreativos para la comunidad.

El compromiso de las ERS es aún mayor. Sus empresas tienen códigos que se traducen en actitudes bioéticas muy precisas, entre las cuales se encuentran:

- Destinar parte de las utilidades para aliviar directamente las necesidades más urgentes de personas que atraviesan situaciones de dificultad económica, no sólo dentro de la empresa sino en la comunidad en que se encuentran insertas. Para ello realizan un continuo sondeo de la situación y un control de las oportunidades laborales, de modo de revertir situaciones de pobreza a su alcance.
- Promover relaciones leales y de confianza dentro de la empresa y con los clientes, los proveedores, la competencia, la comunidad local e internacional, y la administración pública. Se genera así un flujo de comunicación que permite a la sociedad conocer con mayor sinceridad las posibilidades y limitaciones de la empresa, evitando crear falsas expectativas y cumpliendo metas previstas. Con la mirada puesta en el interés general prevén que sus empleados y operadores conozcan las necesidades emergentes y participen de la búsqueda de soluciones.
- Destinar libremente otra parte de sus utilidades al desarrollo de la cultura del dar, incentivando la formación del mayor número de personas y favoreciendo la profundización e investigación de su aplicación.

Desde la perspectiva bioética, estos postulados de EDC y de ERS aportan a la institución sanitaria varias pistas de acceso al compromiso ético con el medio. Siguiéndolas, una institución sanitaria podría ver facilitado su compromiso con la sociedad que la rodea, y en colaboración con el Estado podrá:

- Dar importancia al estudio de campo para detectar la situación real de la salud del sector involucrado de la población y, por tanto, dar respuestas adecuadas a las principales enfermedades locales. De esta manera se optimizaría el uso del dinero empleado en tareas preventivas.

- Orientar capitales privados y estatales destinados a investigaciones para atender prioritariamente necesidades locales.
- Regular la distribución geográfica racional y proporcional a las necesidades reales de los centros de salud.
- Distribuir la tecnología en las diferentes unidades sanitarias en función de una mayor equidad.

Las mencionadas tareas de bioética médica se han comenzado a atender desde los comités de ética de la investigación o los comités de bioética implementados para la práctica asistencial. La tarea educativa que se proponen dichos comités puede ser enriquecida por la experiencia y los postulados que mueven a las empresas con responsabilidad social y a las de EDC.

Se amplía también la atención de salud pues se dirige no sólo al enfermo y a sus necesidades sino a la salud entendida como cultura, como entretenimiento, como deporte o como relaciones sanas con el entorno.

Percepción de la necesidad del servicio que presta la empresa por parte de la sociedad. Implementación de instrumentos para su participación en la gestión

Los medios de comunicación, junto al Estado y las instituciones sanitarias, comparten la función de crear y solidificar pautas culturales para educar a la comunidad civil en el cuidado de su propia salud. En este punto, Fernando Lolas contribuye en su capítulo “Bioética, comunicación y equidad en salud”: una información veraz, adecuada al medio y continuada en el tiempo sienta las bases para permitir la contribución necesaria de la sociedad(11).

También, en este sentido, la concepción del proyecto de cultura que subyace en la EDC

puede ser un aporte para el fortalecimiento de la sociedad civil, porque permite descubrir y desarrollar el capital social que en ella existe. Según sus postulados, una empresa de este tipo contribuye a acrecentar el capital social y el proceso de empoderamiento de la sociedad a través de:

- **Confianza:** colabora con políticas estatales que generan esta actitud, buscando acercar los polos para eliminar desigualdades. La experiencia que comunica la EDC es la de ver fortalecidas y potenciadas las capacidades latentes en la sociedad civil(7).
- **Participación:** constata que los programas que optimizan sus recursos y logran mejor sus metas –creando autosustentabilidad en las comunidades con bajos recursos económicos– son aquellos donde la sociedad participa desde su gestación, compartiendo planificación, gestión, control y evaluación.
- **Culturización:** una sociedad que se hace consciente de sus logros y de sus necesidades es un estímulo en el proceso de crecimiento de la empresa.
- **Difusión:** la empresa, al informar a la población sus proyectos, logros y límites, permite el *feed-back* necesario para integrarse en la sociedad.

La aplicación de estos puntos en salud podría ser clave para la efectividad de la medicina preventiva y, de este modo, se evitarían conductas meramente asistencialistas. Asimismo, se sostendrían con mayor alcance y continuidad en la sociedad proyectos de integración del enfermo crónico, anciano, discapacitado, madres solas, lactantes, etc. Por su parte el Estado, al proponerse estos objetivos, facilitaría las instancias legales de participación de la población no obstaculizando su aporte indispensable en la sanción de leyes.

Coordinación y colaboración con instituciones del medio para ofrecer variedad de servicios y cubrir distintas necesidades reales de la población

En salud este punto significa que el Estado coordine los centros de una región para ofrecer distintos servicios y cubrir distintas necesidades reales de la población, favoreciendo una inversión razonable, es decir, una optimización de los recursos.

La promoción de una cultura de integración, al modo de la EDC, puede colaborar en la creación de una red de solidaridad entre los distintos actores de salud, que involucre no sólo a los profesionales y a los trabajadores sino también a pacientes, proveedores y colaboradores externos. Este aspecto se relaciona directamente con el aumento del desarrollo de las empresas que se asocian de este modo y con la colaboración de las mismas tendiente a integrar los recursos disponibles en favor de la comunidad. No se trata de asociación como un juego estratégico a favor de un provecho para la empresa (como la propone la teoría de los juegos) sino a favor de la sociedad civil, dando como resultado un sorprendente crecimiento empresarial(7).

Sin duda, un objetivo bioético (perseguido particularmente en el ámbito de los comités) es la implementación de un serio trabajo interdisciplinario, porque posibilita otorgar soluciones globales. Esta integración, establecida como un objetivo claro, puede potenciar la efectividad y optimización de los recursos. Los modos y métodos como los implementa la EDC pueden dar apoyo más sostenible a este propósito.

Conclusiones

El análisis del posible aporte en salud de los IRS y de los postulados de la EDC nos ha llevado a revisar preocupaciones y demandas so-

ciales que afrontan denodadamente gobierno e instituciones de salud, públicas y privadas.

En primer lugar, la metodología aplicada permite observar la existencia de una primordial “tensión” que afronta un diálogo bioético comprometido con la praxis: el individuo, con sus necesidades y preferencias, frente a lo colectivo, a lo comunitario, con sus demandas ineludibles para hacer de éste un mundo “vivable”.

En el desarrollo del artículo se ha hablado, implícita y explícitamente, de una integración sustentada en una cultura del dar(8), que hace posible el clima dialógico necesario para abordar de modo racional y experimental el problema de la tensión individuo-comunidad en el ámbito de la salud, fenómeno de particular urgencia en las realidades latinoamericanas.

Asimismo, observamos que esta cultura de integración proporciona nuevas herramientas que puedan revertir pautas culturales. En efecto, el análisis detenido del accionar de las empresas que adhieren a los proyectos de EDC y de ERS ha permitido vislumbrar que los IRS contienen elementos válidos para ayudar a encontrar respuestas a interrogantes bioéticos. Tal es el caso de la posibilidad de:

- Revertir patrones culturales nocivos (inerencia de la sociedad en su conjunto frente a decisiones que la afectan, corrupción, descrédito, escepticismo frente a los cambios, entre otros) aplicables al ámbito de la salud.
- Encontrar nuevos modos de empoderar a la sociedad y responsabilizar a las instituciones de salud en la distribución de sus recursos, en la equidad distributiva de los mismos, en el cuidado del medio ambiente y en la calidad de vida.

- Contribuir con mayor eficacia al tratamiento integral del individuo enfermo, con un trabajo interdisciplinario serio que permita dar una respuesta global a la necesidad del sujeto.

Los interrogantes bioéticos planteados constituyen verdaderos retos para acortar las distancias entre lo que es y lo que debiera ser la salud de la población y desafían a una ulterior investigación.

Referencias

1. Lolás F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000.
2. Lolás F. *Bioética: El diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2ª ed. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001.
3. Confederación Empresarial Española de la Economía Social. *Anuario de la Economía Social* 2001.
4. Sen A. *On ethics and economics*. Oxford: Blackwell; 1987.
5. Lowry R. *Good Money: a guide to profitable Social Investing in the 90s*. New York: Norton & Company; 1993.
6. Bruni L, Zamagni S, (eds.) *Persona y comunión*. Buenos Aires: Editorial Ciudad Nueva; 2003.
7. Bruni L. *Humanizar la economía*. Buenos Aires: Editorial Ciudad Nueva; 2000.
8. Lubich Ch. *Una cultura nueva para una nueva sociedad*. Buenos Aires: Editorial Ciudad Nueva; 2003.
9. Quartana P, Sorgi T, Araujo V, Gui B, Ferrucci A. *Economía de comunión. Propuestas y reflexiones para una cultura del dar*. Buenos Aires: Editorial Ciudad Nueva; 1992.
10. Fehr E, Gächter S. Reciprocity and Economics. The economic implications of “homo reciprocans”. *European economics review* 1998; 42.
11. Lolás F. *Bioética y Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana; 2002.

LA ODISEA DE LA ESPECIE: EL PORVENIR LEJANO DE LA HUMANIDAD

María Lucrecia Rovalletti*

Resumen: A partir de la definición del hombre como “ser práctico”, se plantea la noción de “trascendencia técnica” u “operatoria”. Dado que la tecnociencia considera que los límites se establecen para ser transgredidos, se la compara con el concepto de “utopía” como “operador de trascendencia” (S. Breton). Esto nos lleva a pensar en una nueva “evolución”, ya no fruto de los cambios naturales sino del poder tecnocientífico humano. Entonces, ante esto caben dos alternativas: la de los enfrentamientos y desgarros, o la del debate sereno y argumentado de cada situación.

Palabras clave: tecnociencia, utopía, ética, bioética

THE SPECIES' ODYSSEY: HUMANITY'S DISTANT FUTURE

Abstract: The notion of “technical transcendency” or “operatory” is raised starting from man’s definition as a “praxis being”. Since technoscience establishes that limits are settled to be transgressed, it is compared with the concept of “utopia” as an “transcendental operator” (S. Breton). This leads us to think about a new “evolution” not due to natural changes, but to human technoscientific power. Thus, we have two alternatives: confrontations and breaches, or a fair and reasoned debate of each situation.

Key words: technoscience, utopia, ethics, bioethics

A ODISSÉIA DA ESPÉCIE: O DISTANTE FUTURO DA HUMANIDADE

Resumo: A partir da definição de homem como “ser prático”, se coloca a noção de “transcendência técnica” ou “operacional”. Dado que a tecnociência considera que os limites se estabelecem para ser transgredidos, compara-se com o conceito de “utopia” como “operador de transcendência” (S. Breton). Isto nos leva a pensar numa nova “evolução”, que não seja fruto das mudanças naturais, mas do poder tecnocientífico humano. Então, frente a ele surgem duas alternativas: a dos enfrentamentos e desvios, ou a do debate sereno e argumentado de cada situação.

Palavras chaves: tecnociencia, utopia, ética, bioética

* Universidad de Buenos Aires. CONICET. Fundación Mainetti

“¿Por qué se le ocurrió a la naturaleza organizar un ser expuesto a la descomunal capacidad del error y perturbabilidad de la conciencia”?(1, p.14)

La técnica como remedio de la insuficiencia biológica

Para comprender al hombre, Gehlen parte de las condiciones de la existencia de este “ser, especial e incomparable al que le faltan todas las condiciones vitales del animal”, que tiene que encontrar ante sí y en sí mismo una serie de “tareas” para poder mantener, prorrogar y llevar adelante su vida.

Si “la naturaleza le ha concedido una posición especial al hombre o, dicho de otra manera, en el hombre ha intentado una dirección de la evolución no existente antes, no probada todavía”, si ella lo entregó “a todos los peligros de posibles alteraciones o extravíos que se encierran en ese no ‘estar firmemente establecido’, en esa obligación de afirmarse a sí mismo” y en ese tener que disponer de sí mismo, es porque “tuvo que existir un motivo muy serio(1)”.

Es por ello que el hombre tiene que tomar posición frente a las cosas, y a esos actos los denomina “acciones”. “El hombre es el ser prático” que comercia, que trata-con¹ cosas(1, p.35); pero es también el que toma posición respecto de sí mismo y “se hace algo” no como un lujo sino por sus propios condicionamientos: es un “ser de doma”, de amaestramiento o adiestramiento, de educación. Por eso cuando el hombre está dejado de sí mismo y desperdicia su tarea vitalmente necesaria, es un “ser amenazado o en riesgo”, con una posibilidad constitucional de malograrse. De allí la ne-

cesidad de que el hombre sea “pre-visor”, orientado “a lo lejano, a lo no presente en el espacio y el tiempo”. Precisamente por eso está erecto, circunspecto, es decir, mirando a su alrededor con sus manos libres.

A diferencia del animal, el hombre aprende de la experiencia, sin que ella tenga que ver siempre con una situación biológicamente extraordinaria. Hay en él una descarga, liberación o exención de su comportamiento respecto de las pulsiones, que convierte al aprendizaje en una verdadera novedad. Si bien está determinado por la carencia –es decir, la no adaptación, la no especialización–, puede resarcirse de ello por la “capacidad de trabajo” o por el “don de la acción”.

Gehlen –como Alsberg, Ortega, Tinland y otros– deriva la necesidad de la técnica de la deficiencia orgánica del ser humano. Plantea un principio de sustitución de órganos, junto al cual aparecen luego los de descarga y de superación de órganos. Así, la piedra lanzada con la mano alivia al puño que golpea y, al mismo tiempo, lo aventaja respecto a sus efectos; el coche y la cabalgadura nos eximen del andar y superan con creces su alcance; la bestia de carga hace visible el principio de descarga; el avión sustituye las alas y sobrepasa holgadamente todo esfuerzo orgánico de vuelo. Esto mostraría la relación esencial entre el hombre y la técnica², es decir, entre la inteligencia inventiva del hombre, su equipamiento orgánico y la capacidad de aumento de sus necesidades.

El hombre, al estar abierto al “mundo”, carece de la adaptación animal a un ambiente-fragmento; “frente a él no hay un medio ambiente (circun-mundo) con distribución de sig-

1 Más aún, la determinación del hombre a la acción es una ley estructural que trasciende a todas las funciones y operaciones humanas, y surge precisamente de su organización físico-biológica.

2 Gehlen no pretende apreciar la totalidad del patrimonio anímico humano con esta sola función, pues no deja de lado el lenguaje ni las instituciones, aunque éstas se encuentren en estrecha interacción histórica con las formas técnicas de conducción de la vida, de la legislación del trabajo y la economía.

nificados realizada por vía instintiva”. Al contrario, esta apertura significa más bien una carga, pues lo somete constantemente “a una sobreabundancia de estímulos de tipo no animal, a una plétora de impresiones ‘sin finalidad’ que afluyen a él y que él tiene que dominar de alguna manera(1, pp. 39-41)”. El mundo se le presenta, expresado negativamente, como un campo de sorpresas, de estructura imprevisible, que sólo puede ser elaborado, es decir experimentado, mediante “pre-visión” y “pro-videncia”. Sin embargo, al tener que apropiarse por la acción de esa riqueza que el mundo le ofrece, éste se convierte en un “campo ilimitado de admiración(1, p. 151).

“Sin ambiente específico al cual esté adaptado; sin modelos innatos adecuados de movimiento y conducta [...]; sin órganos e instintos, pobre sensorialmente, desarmado, desnudo, de exterior embrionario; instintivamente inseguro –por la misma información proveniente de sus impulsos–, el hombre depende de la acción, de la transformación inteligente de cualesquiera circunstancias naturales que se le presenten(2, p. 115).”

Gehlen incorpora decididamente la actividad técnica a las características constitutivas humanas y declina vincularla con la “mera razón” o la “simple utilidad”. Encuentra, además, una relación entre técnica y magia.

“La técnica, en una evolución muy prolongada, pasó a ocupar el espacio donde antes –cuando la técnica era sólo fabricación de herramientas– imperaba la magia; es decir, el espacio que separaba lo que nos es dado hacer mediante acción inmediata de aquello cuyo éxito o fracaso ya no depende del hombre(2, p. 116).”

La creencia en la ductilidad de la naturaleza en función de nuestras necesidades y deseos parece indicar un *a priori* común entre la magia primitiva, por una parte, y la ciencia natu-

ral y la técnica modernas, por otra. Para los primitivos las fuerzas mágicas no eran arbitrarias ni espontáneas, sino que constituían un automatismo animado inserto en todas las cosas que se podía poner en marcha mediante la fórmula correcta. La “fórmula mágica” se presentaba entonces como una herramienta para acercar las distancias espaciales y temporales.

Actualmente ese espacio ha sido reducido o transformado por la tecnología más moderna. Con la máquina a vapor (obra de James Watt, 1769-1790), y luego el motor de combustión (Benz y Daimler, 1886), la humanidad se liberó definitivamente del reino orgánico como fuente de energía. Por otra parte, con la “cadena de montaje” la técnica logró un “sistema industrial” que mecanizó todos los sectores de la producción, a la vez que inició un intercambio metódico y planificado con las ciencias exactas y naturales. Finalmente, cuando la técnica dejó de ser la mera aplicación de una “ciencia” o teoría pura y de tener un puesto de mera subordinación, pasó a constituir un momento intrínseco de la investigación científica: la técnica devino tecnología³. A su vez, el conjunto de la ciencia, aplicación y reutilización técnica y aprovechamiento industrial se convirtió en una superestructura: el gran aparato industrializado tecnocientífico.

La racionalidad tecnológica

El hombre actual no hace sino afianzar este “ser prático”, precisamente porque su existencia está marcada y determinada plenamente por el hecho tecnológico. No se trata sólo de que el hombre utilice la tecnología para mejorar sus condiciones de vida o su dominio de la realidad, sino que el hombre se ha convertido en un “ser-en-la-técnica”, en la medida en que ésta ha llegado a ser un factor esencial en su modo de ser-en-el-mundo(3). La amplitud de este fe-

3 Gehlen denomina “tecnología” al gran aparato industrializado de tecnociencia.

nómeno “tecnológico” afecta a todos los ámbitos de la vida, de tal modo que se puede decir que la racionalidad contemporánea se constituye como una “racionalidad tecnológica”⁴.

Se trata de una racionalidad caracterizada por su operatividad práctica, es decir, por la utilidad pragmática del conocimiento. Se busca alcanzar una operatividad y una eficacia máximas, que sean inmediatamente verificables. El confín neto que separa lo deseable de lo imposible sólo está delineado por los recursos que se tengan, por las habilidades técnicas o por el conocimiento a disposición.

Por otra parte, esta racionalidad busca ineludiblemente su expansión a la máxima realidad posible, en el orden cualitativo y cuantitativo. Esto permite una retroalimentación en el sistema tecnológico, pues al incrementarse nuevas capacidades de acción se crean nuevas técnicas aplicables a otros objetos, ensanchándose continuamente bajo su control los límites de la realidad. Según este “imperativo tecnológico”, hay que hacer todo lo que se puede, es decir, desarrollar todas las potencialidades de la materia, del viviente y del ser pensante.

A su vez, la “razón tecnológica” –como razón manipuladora y transformadora de la realidad– constituye no un mero *modus operandi* sino un *modus essendi* que instaura una mediación epistemológica entre el hombre y la realidad(3, p. 209). A diferencia del “instrumento”, que se usa y se abandona una vez utilizado, la mediación acompaña permanentemente al hombre por constituir una dimensión antropológica que no puede ser abandonada voluntariamente.

Por este carácter transformador, la racionalidad tecnológica se asume finalmente como

una “voluntad de poder” sobre la realidad en todos sus aspectos, desde los objetos materiales hasta los sociales. Constituye, de este modo, la culminación del programa epistemológico de la modernidad: conocer para prever y dominar la naturaleza. Pensemos, por ejemplo, en el Proyecto Genoma Humano.

Ahora bien, como toda forma de racionalidad responde al conjunto de exigencias sociales, políticas y económicas de su tiempo, la realización histórica de este paradigma tecnológico no puede llevarse a cabo al margen de éstas.

Trascendencia “técnica” u “operatoria”

Ya señalamos cómo, a través de la acción (es decir, de una actividad técnica inventiva), el hombre busca trascender las condiciones de la existencia que le han sido impuestas. Sin embargo, esta intervención –que hasta hace unas décadas era una actividad de orden y organización– ha devenido hoy una actividad de transformación y de manipulación de la naturaleza, incluso la humana. El motor de esta superación parece residir ahora en una “trascendencia operatoria”, expresión de ese potencial de investigación y desarrollo tecnocientífico(4).

Una repercusión de esta dirección se ve claramente en la ciencia-ficción⁵. Se sueña seguramente con la inteligencia artificial de los ordenadores del futuro, aunque esta trascendencia operatoria en la humanidad, más que concebirla bajo el ángulo de la sustitución masiva (robots que reemplazarían al hombre), se la considera bajo aquél de la co-evolución progresiva y continua que se ensaya con pequeños saltos mutacionales en las direcciones más diversas y que, eventualmente, pueden despejar

4 En las ciencias sociales y humanas se habla, por ejemplo, de “tecnologías educativas”, de “técnicas psicológicas”.

5 Aunque los prejuicios culturalistas tradicionales de algunos autores consagren estas aventuras a menudo al fracaso.

una línea dominante de fuerzas⁶. Al modo de la otrora vinculación entre técnica y magia, hoy se reactualiza este nexo entre la tecnociencia y la ficción, a la que Hottois⁷ llama “ciencia-en-ficción”.

En este sentido, la “trascendencia operativa” bien puede ser comparada a la “utopía” como “operador de trascendencia”(5). En efecto, la utopía se presenta no sólo como un pensar funcional sino como una manera necesaria de pensar por constante superación, que recorre un triple estadio: crítico de la realidad existente; imaginativo, como ruptura con lo existente para abrirse a lo nuevo; y constructivo o normativo que, al intentar dar forma a lo “imposible”, se plasma en un conjunto de representaciones y/o proposiciones susceptibles de concretarse en un nuevo cuadro de vida.

“El ritmo ternario de la función utópica mostraría un paradigma de la operatividad espiritual, una especie de modelo regulador teórico, aplicable por el pensamiento a todo el conjunto de la actividad humana, sin que por eso deba confundírsele con un instrumento de acción concreta en lo cotidiano. Podría designarse a este paradigma como el método para marchar y no para dar por terminada la marcha, como itinerancia rítmica del espíritu humano que está llamado a no detenerse nunca en el camino(6).”

De este modo, el pensar utópico deviene un mecanismo operativo esencial del hombre o, por decirlo de otro modo, es el hombre mismo en actividad.

6 El “imaginario” de la ciencia-ficción se expresa a veces bajo una des-materialización progresiva, pasando sucesivamente por estructuras soportes del espíritu infinitamente más extendidas, más potentes y más durables que los cerebros humanos, para terminar en entidades también tan especulativas como las estructuras dinámicas del tiempo-espacio.

7 Siguiendo a C.P. Snow.

Los avatares de la evolución

El proceso evolutivo, que se extendiera durante millares de años, parece haber logrado un punto fundamental con la aparición de la especie humana. Sin embargo, el paso de la “especificidad de los instintos animales” a la “carencia” de los mismos en el hombre hace que éste se ubique mal en la hipótesis evolucionista. En efecto, la no-especialización de los órganos y el retardo en el proceso biológico humano no representan una ventaja en la lucha por la existencia, no concurren a un mejor nivel de adaptación, ni tanto, menos favorecen el proceso de selección natural. Por esto, es problemático describir al hombre en término de evolución lineal y explicar el origen a través de leyes de selección y adaptación(7). La bioevolución toma una vuelta (*Umschlagen*), una inversión (*Verkehrung*), una involución (*Rückbildung*) en el hombre, dirá Gehlen. A fin de lograr la supervivencia humana, que no puede ser garantizada por una refinada disposición instintiva ni por una mejor especialización de los órganos, el hombre cuenta con esa relación peculiar entre el cuerpo y el mundo que se caracteriza por ser acción, y no reacción como en los animales. Se abre paso entonces un nuevo proceso –la logo-evolución– donde las grandes transformaciones biofísicas dejan lugar a las realizaciones simbólicas: es el largo camino que van recorriendo los distintos tipos humanos, que se denomina “humanización”.

Ahora bien, si desde una perspectiva antropocéntrica la aparición de la especie humana constituye el vértice del proceso evolutivo, después del cual no hay transformaciones biofísicas sino realizaciones simbólicas a lo largo de una historia, para una perspectiva evolucionista ésta constituye sólo un lapso sin duda específicamente humano pero extraordinariamente breve, precedido de una prehistoria extraordinariamente larga y eventualmente seguida de una evolución posthistórica. La histo-

ría constituiría el tiempo de las modificaciones culturales, simbólicas y de invención de técnicas instrumentales, sin capacidad de mutación profunda en el ámbito material, viviente natural y humano. Se inscribiría aquí un tipo de “trascendencia simbólica”, mediada por el lenguaje⁸, dado que la actividad “*langagière*” ha sido y es la matriz del progreso de las instituciones culturales. En este nivel, ¿qué consecuencias traería aparejada para la libertad la informatización progresiva de la sociedad? ¿Qué consecuencias ocasionaría el desarrollo progresivo de lenguas artificiales y operacionales aprendidas por los niños desde sus primeros años, las cuales podrían sustituir parte por parte el lenguaje diario caracterizado por la polisemia, la flexibilidad, la libertad semántica? ¿Qué consecuencias acarrearía la ampliación de los vínculos entre el cerebro y la computadora?

En la medida en que las actuales investigaciones tecnocientíficas han logrado sobrepasar las modificaciones históricas y culturales, políticas y sociales, propias de la “trascendencia simbólica”, pueden considerarse verdaderas mutaciones, no-espectaculares pero sí acumulativas como en el proceso evolutivo. Se trata ahora una tecnoevolución⁽⁸⁾ que recién comienza, y de la cual no se sabe si será diferente de la evolución histórica o si tendrá las mismas consecuencias que la evolución biológica. De este modo, experimentando por ensayo y error, el hombre no hace sino continuar un trabajo análogo al que la naturaleza realizara en el curso de la evolución al precio de millares de tentativas.

De esta evolución posthistórica nada podemos anticipar. Más aún, las direcciones actuales de las tecnociencias del viviente parecieran hacer “estallar los cuadros del humanismo y antropocentrismo”, conduciendo “al hombre más allá del hombre, fuera del hom-

bre, no necesariamente en (*dans*) lo inhumano sino hacia (*vers*) lo abhumano, lo otro que la naturaleza o especie humana^(8, p. 91). Aquella vía respetuosa del “dato natural” deja su lugar a la “trascendencia operatoria”, cuyas vías a *lo absoluto* o a *lo otro* pasan por refundiciones radicales e indefinidas respecto de la naturaleza y de la esencia humana: transformación de los modos de transmisión de generación en generación, de los genes en todas las especies vivientes, del cuerpo y del cerebro humano, de los modos de comunicación e interacción entre éstos, por no seguir con un largo etcétera.

Peculiar paradoja ésta, el hombre no sólo transforma el mundo sino que él mismo es objeto de transformación; se ha convertido en una materia cada vez más plástica hasta acabar siendo un hombre remodelable, deconstruible, manipulable. El “hacer”, investido ahora de la idea de un progreso sin límites, pareciera capaz de realizar y cumplir con el fin último al cual tiende el hombre: la felicidad, según indicaba Aristóteles.

La ética tradicional preveía un agente moral que debía regular sus relaciones siempre con sus propios semejantes, en un tiempo que no superaba la duración de una vida, por lo cual el saber solicitado al actuar moral no exigía competencia ni conocimientos especializados. Pero hoy el ámbito circunscrito de la intención y de la acción, que rige la ética, está fuertemente atravesado por efecto del hacer técnico cuyas producciones van más allá del actuar humano. La tecnociencia actual condiciona y cuestiona a la ética obligándola a tomar posición sobre una realidad que ya no es más natural sino artificial, que ella no cesa de construir y hacer posible, cualquiera sea la posición asumida por aquélla.

Ante esto surge un temor debido a la indefinición misma de sus consecuencias. Caben en-

8 Con esto, no se trata de instaurar una inflación del lenguaje.

tonces dos alternativas, la de los enfrentamientos y desgarros, o la del debate sereno y argumentado de cada situación.

La “legitimación” de la tecnociencia no necesariamente debe llevar a una limitación de sus desarrollos e investigaciones, so pena de caer en un nuevo “malestar de la cultura”.

Referencias

1. Gehlen A. *El hombre*. Salamanca: Editorial Sígueme; 1980: 18.
2. Gehlen A. *Antropología Filosófica*. Barcelona: Paidós; 1993.
3. Queraltó Moreno R. Racionalidad tecnológica y mundo futuro: La herencia de la razón moderna. *Seminarios de Filosofía* 1998; 11: 203-219.
4. Hottois G, (ed.) *Philosophie et science-fiction*. Paris: Vrin; 2000.
5. Breton S. *Théorie des idéologies*. Paris: Desclée; 1976.
6. Briancesco E. Pensar la Utopía. *Teología* 1979; XVI(33).
7. Galimberti U. *Psique e techne. L'uomo nell'età della tecnica*. Milano: Feltrinell Editore; 1998.
8. Hottois G, (ed.) *Evaluer la technique*. Paris: Vrin; 1988.

Bibliografía

- Albertini A. Biotecnologie e paesi in via di sviluppo. En: Rodotà S, (comp.) *Questioni di bioetica*. Bari: Laterza; 1993: 289-300.
- Bauman Z. *La società dell'incertezza*. Bologna: Il Mulino; 1999.
- Bianca M. *Scienza, etica e bioetica*. Firenze: Angelo Ponte Corboli Editore; 1999.
- Bonilla A. La neutralidad axiológica de la ciencia como problema. En: Rovaletti ML, (ed.) *Ética y psicoterapia*. Buenos Aires: Biblos; 1995: 21-27.
- Casado M, Godoy Duarte R, (ed.) *Los retos de la genética en el siglo XXI. Genética y Bioética*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999.
- Chanteur J. La thérapie génique, les manipulations génétiques et l'éthique. En: Del Tacca M. (comp.) *L'etica nella ricerca biomedica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1997: 137-148.
- D'Agostino F. Etica nella ricerca scientifica. En: Del Tacca M. (comp.) *L'etica nella ricerca biomedica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1997: 59-68.
- De Carli L. Etica nella ricerca sul genoma umano. En: Del Tacca M. (comp.) *L'etica nella ricerca biomedica*. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1997: 149-164.
- Escudé Casals J. Una ética para la era tecnológica. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1997; 5: 63-84.

La odisea de la especie: El porvenir lejano de la humanidad - *M. Rovaletti*

Hottois G. *Essais de Philosophie Bioéthique et Biopolitique*. Paris: Vrin; 1999.

Hottois G. Liberté, humanisme, évolution. En : Hottois G. (ed.) *Evaluer la technique*. Paris: Vrin; 1988: 85-96.

Lacadena J. Genética, Sociedad y Bioética. En: Palacios M, (coord.) *Bioética 2000*. Madrid: Ediciones Nobel; 2000.

Ladrière J. *L'Éthique dans l'univers de la rationalité*. Québec: Éditions Artel-Namur, Fides y Artème Fayard; 1997.

Ladrière J. *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*. Paris: Aubier-UNESCO; 1977.

Lenoir F. *Le temps de la responsabilité. Entretiens sur l'éthique*. Paris: Fayard; 1991.

Muñoz E. Los cultivos transgénicos y su relación con los bienes comunes. En Palacios M, (coord.) *Bioética 2000*. Madrid: Ediciones Nobel; 2000.

Nossal GJV. *Los límites de la manipulación genética*. Barcelona: Gedisa; 1997.

Pessina A. Bioética. *L'uomo sperimentale*. Milano: Bruno Mondadori; 1999.

Puytorac P. *De la biophilosophie à une éthique de la biologie: la société face à la biologie*. Paris: L'Harmattan ; 1998

Rovaletti ML. Más allá de la enfermedad: las prerrogativas de la biomedicina actual. *Acta Bioethica* 2000; VI(2): 309-319.

Sachetti A. *L'uomo antibiologico. Riconciliare, società e natura*. Milano: Feltrinelli; 1999.

Schramm FR, Kotow M. Bioética y Biotecnología: lo humano entre dos paradigmas. *Acta Bioethica* 2001; VII(2): 259-276.

Vergote HB. L'artifice et le faux prestiges du naturel. En: Hottois G, (ed.) *Evaluer la technique*. Paris: Vrin; 1988: 117- 132.

EL MALESTAR EN LA RELACIÓN MÉDICO- PACIENTE

Gabriela Manitta*

Resumen: Lo que se plantea en torno al malestar en la relación médico- paciente es la posibilidad de reconocer la locura que engendran algunas normas, tales como aquella que pretende transformar la acción médica en una operación de autómatas.

El médico puede asumir una posición diferente si está dispuesto a preservar en sí el lugar de su propia ignorancia acerca de la particularidad inalienable de cada enfermo, de esa historia individual en la que anida el síntoma.

Pues aun cuando se esté en condiciones de afirmar que se han respetado los derechos del paciente, nada se sabe de él. Es necesario que el médico pueda situarse frente al sujeto como frente a un misterio para poder reconocer la particularidad de éste y para que el paciente pueda reconocerse en su particularidad.

Palabras clave: relación médico- paciente, otro, particularidad, síntoma, pregunta, ignorancia, tecnociencia, palabra, norma

UNEASINESS IN THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

Abstract: The possibility to recognize the madness that certain norms generate, such as the one that pretends to transform the medical action into an automaton's operation is stated around the uneasiness in the physician-patient relationship.

Physicians may assume a different position if they are willing to keep in themselves the sight of their own ignorance about the inalienable particularity of each sick person, and of the individual history that shelters the symptoms.

Because even though we can assert that the patient's rights have been respected, we know nothing about him. In order to recognise his patient's particularity, and for the patient to acknowledge himself in that particularity, the doctor has to face him as if he was facing a mystery.

Key words: physician-patient relationship, another one, particularity, symptom, question, ignorance, technoscience, word, norm

O MAL ESTAR NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Resumo: O que se coloca em torno do mal estar na relação médico-paciente é a possibilidade de reconhecer a loucura provocada por algumas normas, tais como aquela que pretende transformar a ação médica numa operação automática. O médico pode assumir uma posição diferente se está disposto a preservar em si, o lugar de sua própria ignorância em relação à singularidade inalienável de cada doente, de sua história individual que se localiza no sintoma.

Mesmo quando se está em condições de afirmar que os direitos do paciente foram respeitados, nada se sabe dele. É necessário que o médico se situe frente ao sujeito, estando frente a um mistério para poder reconhecer a singularidade deste, e para que o paciente também possa reconhecer-se em sua singularidade.

Palavras chaves: relação médico-paciente, outro, singularidade, sintoma, pergunta, ignorância, tecnociência, palavra, norma

* Licenciada en Psicología. Alumna de la Maestría en Bioética en la Universidad Nacional de Cuyo. Argentina
Correspondencia: gmanitta@hotmail.com

Introducción

En este trabajo pretendo interrogar la relación médico-paciente a partir del malestar que en su configuración actual se evidencia. No busco alcanzar respuestas abarcadoras y tranquilizantes, pues considero que sólo en la incomodidad de la pregunta es posible el movimiento de búsqueda.

Comenzaré recorriendo algunos conceptos sobre la alteridad y su misterio, y sobre la constitución del sujeto. Luego puntualizaré cuestiones referidas específicamente al vínculo entre el médico y el paciente. Finalmente, intentaré ubicar una posición diferente para ambos frente a la tecnociencia y la norma.

1. Del sufrimiento al sujeto

Emmanuel Levinas afirma que en el dolor físico se encuentra inequívocamente el compromiso con la existencia. “En el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Todo el rigor del sufrimiento consiste en esa imposibilidad de distanciamiento. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser. En este sentido, el sufrimiento es la imposibilidad de la nada(1)”.

Además de la apelación a una nada imposible, en el sufrimiento está presente también la proximidad de la muerte, cuya incógnita se presenta como el correlato de la experiencia de la imposibilidad de la nada. Levinas señala que la propia relación con la muerte no puede tener lugar bajo la luz; el sujeto entra en una relación con algo que no proviene de él. Se trata de la relación con el misterio.

La muerte anuncia un acontecimiento del que el sujeto no puede adueñarse, pues es algo que escapa a su comprensión. Entonces con la

muerte no es posible una relación de objeto, por lo que respecto de ella el sujeto deja de serlo: “...de ella [de la muerte] es de lo que precisamente no sabemos nada(1, p. 113)”.

Por ser incomprendible, la muerte escapa a todo presente. El “ahora”, para Levinas, supone que el sujeto es el dueño de lo posible, de captar lo posible. La muerte nunca es ahora. Es una relación única con el futuro. Por lo tanto, cuando la muerte existe el sujeto ya no está, pues no se encuentra en disposición de captar nada. Y es en ese sufrimiento (donde se capta la vecindad de la muerte) que se produce el paso del sujeto de la actividad a la pasividad.

Levinas aclara que este paso no se produce en el instante en el que aún podemos captar el sufrimiento, en el que aún somos sujetos del sufrimiento, sino en el llanto y el sollozo en los que éste desemboca. “Morir es retornar a ese estado de irresponsabilidad, morir es convertirse en la conmoción infantil del sollozo(1, p. 113)”.

La constitución del sujeto

En el inicio de la vida no hay Yo. Lacan designa como “estadio del espejo” a la instancia necesaria para la formación del Yo en el sujeto humano. Para que éste se constituya será necesaria la asunción de una imagen por mediación del Otro.

El Otro de los primeros cuidados le otorga al bebé humano una imagen de sí que lo rescata de la discordancia primordial en la que se encuentra, debido a incoordinación motriz propia de la prematuración del nacimiento.

El sujeto, entonces, se precipita de la insuficiencia original a la anticipación. Por medio de la identificación con lo que Lacan designa como “Yo ideal” el sujeto humano se desliza de una imagen fragmentada del propio cuerpo a una forma ortopédica de su totalidad.

Esta forma que le ofrece el Otro, y con la que el sujeto se identifica, es siempre enajenante, pero fundamental para la supervivencia; porque se trata de la matriz simbólica en la que el Yo se precipita.

A lo largo de la vida hay situaciones que nos remiten nuevamente a esa situación de indefensión y fragmentación primordial. La enfermedad y el padecimiento físico son algunas de ellas, por esto van siempre acompañadas de un monto de angustia que varía de acuerdo con las características singulares.

La enfermedad nos hace presente la imposibilidad de garantías, la finitud y la fragilidad de la vida; fragmenta el cuerpo, lo hace ajeno, desconocido. Nos pone ante la muerte y volvemos a experimentar algo que ya conocimos en el inicio de nuestra vida: la indefensión.

El sujeto se dirige entonces al médico como a ese Otro que puede devolverle una imagen de sí completa, sin grietas por donde asome la angustia. En el diagnóstico el médico otorga una posibilidad de identificación, que para cada sujeto se juega de forma singular. Por ello, para alguien “ser infértil”, por ejemplo, es ya una forma de existencia, es un significante con el que es posible identificarse y que rescata al sujeto de la nada, del “no ser”.

Para el sujeto humano lo posible siempre estará del lado de lo simbólico, pues se trata de un sujeto de palabra que, como tal, sólo encuentra posibilidades en las significaciones. La muerte no puede significarse, queda fuera del registro simbólico porque no hay un significante que la presentifique para el sujeto que habla.

La posibilidad de la muerte provoca angustia justamente porque no puede asumirse, no se la puede aprehender en el presente, es pura ausencia.

El otro semejante

Para abordar esta cuestión, podemos preguntarnos ¿qué es lo Otro? Y también ¿quién es el otro? Preguntas diferentes, por cierto.

Para Levinas, la proximidad de la muerte indica que estamos en relación con algo que es absolutamente otro. Lo Otro que así se anuncia no existe del mismo modo que el sujeto. Su poder sobre el existir del sujeto es misterioso, no ya desconocido sino incognoscible.

La muerte es lo absolutamente Otro de lo cual el sujeto no puede saber. Como alteridad radical nos acerca al misterio de la relación con los otros, en el sentido de que cada semejante es también un misterio, una “otredad” opaca.

“La relación con otro no es una relación idílica y armoniosa de comunión ni una empatía mediante la cual podamos ponernos en su lugar: le reconocemos como semejante a nosotros y al mismo tiempo exterior; la relación con otro es una relación con un Misterio (1, p. 116).”

En esa relación con los demás al sujeto le acontece algo, que no asume pero con lo que se enfrenta en cierto modo. En el cara a cara con los otros se produce un encuentro con un rostro en el que el otro se da y al mismo tiempo se oculta.

Entonces, la relación con otro comporta algo más que relaciones con el misterio, ya que se aborda al otro en la vida corriente. “Uno es para el otro lo que el otro es para uno; no hay lugar excepcional para el sujeto. Se conoce al otro por empatía, como a un otro-yo mismo (1, p. 126).”

Sin embargo, en el interior de la relación con otro que caracteriza la vida social aparece la relación como no recíproca, es decir, como relación que quebranta la contemporaneidad. “El otro en cuanto otro no es solamente un alter ego: es algo que yo no soy (1, p. 127).”

Podríamos decir que lo cotidiano vela el misterio, lo esconde detrás de una pantalla. Desde aquí es posible comprender lo que en una primera lectura parecería una contradicción. Pues, por un lado, Levinas nos dice que la relación con otro no es una en la cual podamos conocerlo por empatía y, al mismo tiempo, afirma que se conoce al otro como a otro-yo mismo.

Lo Otro que el otro semejante nos representa es siempre misterio, presencia inasible, incognoscible. De lo Otro podemos tener alguna pista, alguna señal en la angustia y el sollozo. Pero no hay relación posible ya que en su presencia el sujeto pierde su estatus de tal.

Es decir, para que sea posible el encuentro con otro será necesario reconocerle su alteridad irreductible a la semejanza con el yo-mismo. “A partir de Platón el ideal de lo social se buscará en un ideal de fusión. Se pensará que, en su relación con otro, el sujeto tiende a identificarse con él, abismándose en una representación colectiva, en un ideal común. Es la comunidad que dice ‘nosotros’, la que, vuelta hacia el sol inteligible, hacia la verdad, siente al otro junto a sí y no frente a sí. Una colectividad necesariamente establecida en torno a un tercer término que sirve de intermediario(1, p. 137)”.

Levinas opone a esta colectividad del “junto a”, la colectividad “yo-tú”. No se trata de una participación en un tercer término –ya sea una persona, una verdad, una obra o una profesión. Se trata de una colectividad que no es una comunión. Es el cara a cara sin intermediarios donde la proximidad del otro no anula la distancia.

El “junto a” implica desconocer la distancia, tomar al otro semejante en calidad de objeto y creer que podemos conocerlo como un reflejo del sí-mismo en el espejo. Implica también olvidar que el yo es lugar de desconocimiento, dado

que el sujeto nunca puede dar cuenta acabada de sí mismo, aún cuando le sea posible producir un efecto de verdad acerca de sí.

En el “junto a” es donde tienen lugar la rivalidad y la empatía, por la identificación con la *imago* del semejante. Pues lo idéntico no deja lugar a la diferencia y si el otro es igual al sí mismo no se lo reconoce en su alteridad. “El otro no es un ser con quien nos enfrentamos, que nos amenaza o que quiere dominarnos. El hecho de que sea refractario a nuestro poder no representa un poder superior al nuestro. Todo su poder consiste en su alteridad. Su misterio constituye su alteridad(1, p.130)”.

Levinas explica que no consideramos al otro inicialmente como libertad, ya que en este caso la comunicación fracasa de antemano. Porque la única relación posible con una libertad es la sumisión o el avasallamiento. Y en ambos casos una de las dos libertades queda aniquilada. Lo que caracteriza inicialmente al otro no es la libertad. La esencia del otro es la alteridad. Del mismo modo que con la muerte, no nos enfrentamos en este caso con un existente, sino con el acontecimiento de la alteridad.

Por esto, insiste, la alteridad no es pura y simplemente la existencia de otra libertad junto a la mía. El otro permanece de alguna manera ausente en su misterio y, precisamente por ello, se hace presente como otro. No es posible conocerlo, poseerlo o aprenderlo pues entonces ya no sería otro.

En el cara a cara que implica el “yo-tu” se hace posible un espacio propiamente humano donde cada sujeto preserva el uso de la palabra para sí y para el otro. La palabra le otorga a cada uno su lugar. En este sentido el diálogo es, en sí mismo, exigencia de alteridad y, por ello, implica siempre a otro constituyendo una renuncia a la agresividad entendida como anulación de las diferencias.

El diálogo exige reconocer al otro como sujeto diferente al yo, accesible en su semejanza pero, a la vez, lejano en su propio misterio. “Sólo un sujeto puede comprender un sentido; inversamente, todo fenómeno de sentido implica un sujeto(2)”.

El sentido se construye entre sujetos, ya que es el otro quien sanciona la significación de lo dicho. Por ello, el mensaje no es algo que se produzca de una vez y para siempre, sino que va cobrando nuevas significaciones en tanto circula entre los sujetos.

2. Entre el médico y el paciente

Podría decirse que, hasta hace algunos años, entre el médico y el paciente estaban la enfermedad y el síntoma. En la actualidad, entre ellos hay, además, una pregunta por la ética. Siguiendo a Castoriadis, “en el peor de los casos la palabra ética se utiliza como eslogan y en el mejor, sólo es signo de un malestar y una pregunta(3)”.

El síntoma es un malestar que se manifiesta como una pregunta que el sujeto no acierta a responder, como una opacidad, un vacío de palabra, una incógnita que molesta porque aparece como algo extraño, ajeno. La ética también denuncia un malestar particular de nuestra época. Podemos situar este malestar en el “entre-sujetos” y decir, con palabras de Engelhardt, que “existe una tensión fundamental entre el objetivo de lograr el bien de las personas y el respeto hacia ellas como agentes morales libres y responsables. Existen desacuerdos fundamentales acerca de quién debe definir el bien de las personas, cómo y con respecto a qué norma(4).”

Del mismo modo, al observar vínculos particulares nos damos cuenta de que se pueden verificar malestares tanto en las relaciones de pareja como en las de padre-hijo, madre-hijo,

maestro-alumno, jefe-empleado, etc. Se trata de un “estar-mal”, o mejor dicho, un “estar-mal-con otro” generalizado.

La declinación del padre y de los ideales ha afectado la distribución de lugares y, con ello, emergen grandes dificultades para identificarse a un “tipo ideal”, a una manera de ser hombre, mujer, padre, madre, discípulo, hijo, etc.

Entre las relaciones que albergan un malestar, la relación médico-paciente ha sido una de las más estruendosas, con acusaciones, denuncias, reclamos, sentencias, códigos de ética, compromisos y tratados mundiales de por medio. En principio, lo que hay en esta relación son dos sujetos, uno de ellos a quien se le supone un saber (el médico) y otro que, en razón de ese supuesto, se dirige al primero con una demanda (el enfermo).

Pero si antes el escenario de este encuentro era, fundamentalmente, la enfermedad, hoy las cosas han cambiado. Se han modificado las demandas porque se ampliaron las ofertas; o bien, las que se ampliaron fueron las demandas porque se modificaron las ofertas. “En consecuencia, se amplía el espectro de la atención de la salud –que incluye desde el consejo genético a la cirugía cosmética– y los fines de la medicina –tradicionalmente reparadora y cada vez más modeladora de la naturaleza humana– se someten al análisis de beneficios(5)”.

En la época de la medicina “cosmética” el alcance de la intervención médica no sólo “debe” orientarse a reparar, sino, sobre todo, a devolver la felicidad. El sujeto exige que se le otorgue el beneficio de acceder a un estado libre de molestias y de deseo peligrosamente saciado. Donde el paciente decía “el doctor hizo todo lo que pudo” actualmente hay demanda por mala praxis, pues hoy “todo es posible”; es cuestión de encontrar al médico indicado con

los aparatos adecuados. Entre el médico y el paciente hay en la actualidad una presencia opaca que se ha dado en llamar “tecnociencia”.

J. Ladrière nos dice que el carácter más esencial de la tecnociencia es su capacidad para constituir un universo que se encuentra en interacción con el natural, pero que se construye como una totalidad *sui generis*, cada vez más autónomo, imponiendo de manera casi obligatoria sus propias leyes de funcionamiento a la acción humana. “En realidad, es la acción humana la que engendra la tecnociencia, pero, creándola, se convierte en deliberadamente dependiente de las posibilidades que ésta le ofrece, aunque también de las posibilidades que se le abren y de las limitaciones que ello implica(6)”.

Es necesario, en la actualidad, establecer una suerte de mediación entre el médico, el paciente y la tecnociencia. Mediación en el sentido de hacer lugar a la palabra en un reino donde imperan el silencio y la asepsia, donde los datos son mediciones y éstas dejan fuera a lo que no responda a un criterio de eficiencia.

“¡Medida en todas las cosas! La expresión cambia de sentido. La ética de la medida es griega, especialmente aristotélica, y significaba la necesidad de estar en el justo medio entre dos polos extremos. De ahora en más significa que la única ética posible es medir para comparar entre los efectos esperados de una acción y los progresos efectivamente realizados [...] En este marco neo-utilitarista, el único bien auténticamente reconocido sería la mejor relación calidad-precio(7).”

Antes que la relación médico-paciente, lo que se modifica es la relación de ambos con la salud. Del lado del médico en cuanto debe administrar beneficios y responder a los criterios de eficacia importados del mercado; del lado del paciente vemos que hoy el poder de la ciencia brinda al sujeto la posibilidad de recurrir al

médico a pedirle su cuota de beneficios con un objetivo preciso inmediato.

3. La pregunta en el cuerpo

El síntoma genera en el sujeto una pregunta, un punto de opacidad que no acierta a descifrar y con el cual se dirige al médico. “El médico es el depositario del saber sobre el cuerpo, en esa posición lo instituye el sujeto(8)”.

Cuando hablamos del cuerpo hacemos referencia a algo que está más allá de las vicisitudes del organismo. En lo real tenemos un organismo que, eventualmente, presenta alteraciones –anatómicas o funcionales– que son objeto de medicina. Ahora bien, si de lo que hablamos es de un sujeto humano, entonces además de un organismo hay un cuerpo.

Cada paciente tiene una forma particular de enfermar y de sanar, más allá de que los diagnósticos y tratamientos sean generalizables. Se trata de lo que permanece fuera de las mediciones y las estadísticas, de la manera singular de manifestar el sufrimiento y padecerlo. Se trata del síntoma que sólo es posible en el sujeto que habla.

Sin embargo, el sujeto mismo desconoce que su cuerpo está cifrado en un discurso específico; ignora que su cuerpo se utiliza según un código inconsciente y que ese código no es el del cuerpo médico. “Antes de que aparezca y se asuma ese discurso particular, el paciente se presenta con su cuerpo, cuya marca es determinado síntoma(8, p.162)”.

Lo que el paciente pide, más allá de la cura, es un saber acerca de su cuerpo. En ese punto, y a través del síntoma, dice Michael Tort, la demanda del sujeto, como demanda de un saber, encuentra la respuesta médica que la captura en su saber. Muchas veces esa respuesta implica un contrato de somatización inducido

por el deseo del médico y su exclusivo interés en el funcionamiento real de los órganos y funciones. Dicha somatización, siempre según Tort, está implícita en toda demanda u oferta de intervención en el cuerpo y corresponde al proceso por el cual la demanda del sujeto es tomada “al pie de la letra” para dar lugar a una intervención sobre el mismo cuerpo.

Es decir, el paciente pregunta con un síntoma y el médico responde desde el espacio clínico con una determinación anatómica/ funcional, producto de su saber sobre los cuerpos no sobre los sujetos. El diagnóstico abarca la extensión del dolor y sus manifestaciones, pero deja fuera la dimensión del sujeto que *con* y *en* ese cuerpo habla.

Al mismo tiempo, existe lo que Tort llama “somatización solicitada”. Es el proceso por el cual queda “entendido” que lo que el paciente trajo –y expuso a examen, diagnóstico e intervención– es el cuerpo y no el sujeto de palabra que requiere ser escuchado.

La somatización solicitada es una especie de contrato en el cual el sujeto dirige su demanda al médico y recibe de éste la certeza de que su padecer será tomado al pie de la letra. El paciente exhibirá su cuerpo a condición de desconocer eso “otro” referente a su condición de sujeto deseante, sufriente, sujeto de palabra. El médico, entonces, cae en la trampa que implica la transacción de ofrecer y recibir el cuerpo sólo como un puro organismo que no funciona.

Este pacto desvía la cuestión de deseo de sujeto y aliena el padecer a una respuesta tecnocientífica. Ahora bien, como se dijo antes, el médico es depositario de un saber y se espera de él que responda de alguna manera con el fin de devolverle al sujeto el bienestar perdido o, en última instancia, atenuar el dolor.

Entonces, ¿dónde está el límite en que el médico debe actuar y a qué debe responder?

Lacan nos dice que es en el registro del modo de respuesta a la demanda del enfermo donde está la posibilidad de supervivencia de la posición propiamente médica. Desde el psicoanálisis se apunta que no existe una correspondencia unívoca entre la demanda y el deseo, que cuando cualquiera nos pide algo, esto no es para nada idéntico e, incluso, a veces es diametralmente opuesto a aquello que desea.

El deseo es siempre inconsciente, no articulable en palabras, desconocido para el sujeto mismo. Por ello, podemos decir que toda demanda es un pedido complejo, que muestra y esconde, señala y engaña. El enfermo recurre a veces al médico para que lo autentifique en su condición de enfermo, o para que se lo trate de tal modo que se le permita seguir siendo un enfermo bien instalado en su enfermedad, aún cuando lo que explícitamente pide es la cura.

Esto significa que la tarea del médico no implica exclusivamente la administración de lo que se encuentra al alcance de la mano –un aparato quirúrgico o un antibiótico–, sino que más allá, o más acá, de éstos objetos existe otra dimensión que es necesario sostener. Atender a la dimensión de la demanda en toda su complejidad sólo es posible si el médico está dispuesto a preservar en sí el lugar de la ignorancia, de su propia ignorancia acerca de la particularidad inalienable de cada enfermo, de esa historia individual en la que anida el síntoma. De ésta manera, el médico hace posible la emergencia de una pregunta del paciente acerca de su síntoma. “Entramos ahí en un espacio sorprendente, no avalado por el saber, el único donde el deseo puede sorprender(se)(8, p. 161)”.

Cada vez que un paciente consulta por su síntoma, el médico tiene en sus manos la posibilidad de plantear una pausa en la carrera. Debe responder, es cierto. Pero no está obligado a responder siempre con una oferta. Por esta vía se pueda quizás pesquisar también algo del en-

gaño que implica la pantalla tecnocientífica. “Pues la ciencia no es incapaz de saber qué puede; pero ella, al igual que el sujeto que engendra, no puede saber qué quiere(9)”.

La ciencia sabe de operaciones, y lo que se está produciendo en el seno de la relación médico-paciente es una sustitución de la acción médica por la operación tecnocientífica. Tomando las definiciones que propone J. Ladrière, podemos definir a la operación como un proceso que se ejecuta de forma mecánica, según reglas establecidas, que la separa completamente de la significación. La acción es un proceso que se ejecuta en el marco de una intención y que se guía de manera continua por lo que ésta sugiere. “El programa operatorio es aplicable de manera indefinida y, en este sentido, es universalizable. La acción, al contrario, es siempre singular(6, p.209)”.

Conclusiones

Laurent señala que nos encontramos sumergidos en la búsqueda inquieta por justificar nuestra existencia, en una época en que el ideal se reduce a la eficacia: “Cada uno debe funcionar en el nivel más eficaz posible(7, p.152)”. Actualmente, el nivel de funcionamiento que se impone al sujeto es una derivación del que se supone en la máquina: la operación indicada con el menor costo posible y el mayor beneficio esperable.

También J. Ladrière nos pone en aviso sobre este punto: “Por una especie de inversión, llega un momento en que el sistema de necesidad, determinado por las propiedades somáticas y psíquicas del ser humano, no domina ya el desarrollo tecnológico, sino que es el devenir de la misma tecnología el que rige el sistema de necesidades(10)”.

Y si consideramos que el ideal de la tecnología puede compararse al de la ciencia —en el

sentido de que siempre buscará saber qué puede aunque no sepa qué quiere— encontramos la posición del sujeto más que comprometida. Sólo al sujeto humano le está reservada la posibilidad del deseo, pero éste, que rescata la particularidad del sujeto, representa un peligro para el ideal de eficacia.

“El poder se ejerce ahora a través de maquinarias que organizan directamente los cerebros (en los sistemas de comunicación, las redes de información, etc.) y los cuerpos (en los sistemas de asistencia social, las actividades controladas, etc.) con el propósito de llevarlos hacia un estado autónomo de alienación, de enajenación en el sentido de la vida y del deseo de creatividad(11)”. Cuerpos y cerebros quedan así deshabitados, pues donde el deseo singular ha sido aplastado y la pregunta silenciada no hay sujeto que se sostenga.

¿Es posible situar en el interior de la relación médico-paciente éste síntoma de la época en que vivimos? Del lado del médico encontramos la exigencia de la eficacia, de efectividad, en una época seducida por los resultados tecnocientíficos. El médico es sometido todo el tiempo a evaluaciones de eficacia. La eficacia se asocia a la rapidez del diagnóstico y al uso adecuado de la tecnología. La salud se ha convertido en una industria donde los procedimientos deben ser rentables. Los avances técnicos ya no pueden dejarse afuera por lo que, si no existe demanda de ellos, habrá que generarla. Pero, entonces, el paciente ya no es un sujeto, es un cuerpo que se presta a la confirmación de la efectividad de los avances de la biología. Y el médico queda atrapado en una operación, en el cumplimiento de una norma que hace callar la pregunta por el sentido.

Las normas son necesarias, como también lo es poder reconocer la locura que a veces engendra su aplicación. Aun cuando se trate de normas válidas, no podemos definir al sujeto por

las reglas a las cuales obedece. Éstas sirven para orientarnos, dan una guía para la acción, pero nada dicen de la particularidad de los sujetos que obedecen a ellas. Ahora bien, en el cumplimiento de la norma es posible distinguir cómo el reglamento se adapta al caso y, fundamentalmente, captar lo que en el caso excede el reglamento. A partir de allí es posible dirigir la acción sin alienarla a una operación.

Por último, tampoco podemos reducir el reconocimiento de la singularidad del paciente al respeto por sus derechos lo cual es condición necesaria, pero no suficiente. Tomemos por ejemplo el principio de autonomía: “Se dice que una persona actúa con autonomía cuando tiene independencia respecto de controles externos y capacidad para obrar de acuerdo a una elección propia. La autonomía se prueba en las opciones escogidas y, por ello, la potencialidad de tenerla, si bien importante, se limita o restringe en numerosos casos [...] Normalmente, lo que se juzga al considerar la autonomía es el grado de intencionalidad de los actos, la comprensión que de ellos tiene el agente y la ausencia de coerciones o limitaciones(12)”.

Aún cuando se afirme que se ha respetado la autonomía del paciente, nada se sabe de él. La alteridad del semejante, como vimos antes, no nos es accesible por la vía del saber, pues esto implicaría reducir al otro a la categoría de

objeto del conocimiento. “La particularidad no sólo se alcanza respetando los derechos de la persona, lo que es un requisito necesario, sino dejando hablar al sujeto. Primero no hay que hablarlo, o someterlo a la regla, aunque fuera la mejor de las reglas(7, p.86)”.

Aunque la regla fuera respetar la autonomía del paciente, es necesario que el médico pueda situarse frente al sujeto como frente a un misterio, para poder reconocer la particularidad de éste y para que el paciente pueda reconocerse en su particularidad, pues es también responsabilidad del paciente no someterse a la demanda de ofrecer su cuerpo como deshabitado de todo deseo.

Podría objetarse que cuando se dispone de sólo veinte minutos, o a veces menos, para hacer un diagnóstico y recomendar un tratamiento, poco espacio queda para que el paciente “hable”. Pero esto sería reducir la palabra al mensaje. Se habla también con el cuerpo, en el síntoma que no ha pasado al registro de la palabra. Y el médico, que asume el desafío de reconocer su ignorancia con respecto a la alteridad del otro que es su paciente, puede “escuchar”, atender al enfermo y no a la enfermedad. El paciente, así atendido, es un sujeto que puede sorprender y sorprenderse en una pregunta que, hasta el momento del encuentro con el médico, había quedado suspendida.

Referencias

1. Levinas E. *El Tiempo y el Otro*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica; 1993: 109- 110.
2. Lacan J. *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2002: 94.
3. Castoriadis C. El taparrabos de la ética. *Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública* (Universidad de Santiago de Chile) 1996; 1(2):1.
4. Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Ediciones Paidós; 1995: 16.
5. Mainetti JA. *Jules Romains: Knock o la medicalización de la vida*. Quirón 2001;1(32): 124.

6. Ladrière J. Del sentido de la bioética. *Acta Bioethica* 2000; VI(2): 203.
7. Laurent E. *Psicoanálisis y salud mental*. Buenos Aires: Editorial Tres Haches; 2000: 144.
8. Tort M. *El deseo frío*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión SAIC; 1994: 161.
9. Lacan J. *Intervenciones y Textos I*. Buenos Aires: Ediciones Manantial SRL; 2002: 92.
10. Ladrière J. *El reto de la racionalidad*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1977: 63.
11. Hardt M, Negri A. *Imperio*. Buenos Aires: Paidós; 2003: 36.
12. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2001: 64.

CALLAHAN, DANIEL

Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece.

Editorial Triacastela, Madrid, 2004, 335 pp.

Meritorio es que la Editorial Triacastela haya decidido publicar una versión en lengua española del ya famoso y controvertido libro que Callahan publicara por primera vez en 1987. Tanto su primera edición como la segunda de 1995 despertaron una ola de críticas, algunas sensatas, otras desproporcionadas, las más desorientadas.

Callahan es un distinguido filósofo y un ameno escritor. De los muchos años que le conozco, y de las veces que hemos compartido alguna conferencia o algún viaje, guardo el recuerdo de un infatigable trabajador, de esos que están permanentemente a la caza de algún concepto, elaborando una idea o escribiendo algunos renglones. En Praga, ciudad a la que nos condujo un proyecto famoso que él dirigiera, que llevó por título “Los fines de la medicina”, Callahan solía retirarse a su habitación a escribir algunos de los que luego serían “best sellers” de un género –el de este libro– que bien pudiera llamarse “de filosofía práctica” o de “sabiduría aplicada”. Bien entiendo que tales apelativos pueden sonar a sarcasmos o a designaciones peyorativas, pero quisiera proponerlos porque al escribir el autor y al leerlo el lector se produce un excelente clima de diálogo que recompensa a quienes se aventuran en el examen de sus argumentos.

“Poner límites” se originó en la observación, por simple no menos impactante, de que los costos asociados a la vejez y el envejecimiento crecen en forma desmesurada en casi todas las sociedades, especialmente en las desarrolladas tecnológicamente. Cuando Callahan escribe su libro, se da en su país, Estados Unidos, la paradoja de que los más viejos están recibiendo más ayuda estatal que los más jóvenes. También se observa una lacerante realidad y es que en una de las economías más florecientes del planeta, y en una sociedad altamente “comodificada”, más de 40 millones de personas carecen por completo de cualquier tipo de cobertura médica y están condenadas, por ende, a ser parias en medio de la riqueza. Callahan se pregunta si no ha llegado el momento de reflexionar sobre estas paradojas en forma seria. Considera que la medicina moderna ha logrado muchos triunfos y que la tecnología se ha empleado en derrotar la enfermedad, combatir el dolor y la invalidez y prolongar la vida. Sabiendo eso, no cabe sino concluir que los problemas no derivan de haber tenido poca ciencia médica sino de haber tenido mucha y, lo que es peor, exitosa. La gente pudo esperar –en un clima de “falsas esperanzas”, como titula Callahan otro de sus libros– que la vejez sería tan subsanable como un resfriado y que no hay límites de gasto si la necesidad se toma por norma.

Anticipar una catástrofe no estuvo entre sus prioridades, según confiesa el autor, al momento de publicar. Quería advertir de entrada que las sociedades exitosas operan con alguna forma de racionamiento de los bienes sociales, y que éste se puede hacer azarosamente dejando sin racionalidad muchas decisiones y logrando éxitos muy contradictorios. De allí la tesis, tan malentendida, que anima a este libro: es posible racionar los recursos terapéuticos de manera sensata en función de la edad.

A primera vista, el lector sencillo no deja de sentir cierto escándalo. Acostumbrados como estamos a decir lo “políticamente correcto” en materia de distribución de los recursos, podría repugnarnos de entrada que alguien, lisa y llanamente, advierta que estamos compelidos a hacerlo, porque estamos obligados, temprano o tarde, a convivir con el éxito de las ciencias médicas. La edad, tomada como parámetro individual, no debiera autorizarnos para negar atención médica a nadie. Y, sin embargo, todos sabemos o intuimos que en algún futuro los sistemas sociales de apoyo a la ancianidad, sobre todo los solidarios, colapsarán y se hará insoportable mantenerlos. Primero, porque las poblaciones envejecen velozmente. Segundo, porque cada vez demandan recursos médicos más caros. Tercero, porque la masa de personas jóvenes y activas no sólo se reduce sino, además, se compone de personas que no desean sacrificarse por sus viejos.

Callahan mezcla en este libro datos, observaciones y argumentos con notas autobiográficas que obligan a preguntarse hasta donde mantiene con rigor sus puntos de vista. Las preguntas clave (las mismas que le haría uno al piloto del avión en que viaja) son: ¿cómo se ve usted en el escenario que describe? ¿Se aplican

a usted las conclusiones, por ingratas que parezcan? Callahan, paladinamente, afirma no saberlo. Su biografía será su último y definitivo testimonio. Y cuando prologa esta versión española de su libro ya bordea los setenta y cinco años y puede comprobar que vive bien, que tiene esperanzas y que tal vez no querría morir aún.

La pregunta es, por ende, no si todos moriremos sino cuándo y cómo sería mejor morir. Morir la propia muerte y en forma oportuna es morir dignamente. No hay aquí una apresurada banalización de la eutanasia concebida de modo vulgar ni, ¡sálvenos el cielo!, una tórpida argumentación economicista del tipo “invirtamos en las edades más rentables”. Debo confesar que en innumerables ocasiones, presentando los argumentos de Callahan ante audiencias relativamente toscas en reflexión, me encuentro con escandalizada repetición de consignas, monsergas y doctrinas. Yo nada tengo contra estas manifestaciones imperfectas del espíritu humano. Solamente que no nos dejan aprehender la riqueza de un diálogo como el que Callahan propone.

El autor sugiere, por ejemplo, que una vida lista para la muerte es una vida que ha cumplido su curso natural. Ello puede ocurrir a los treinta, a los cincuenta, a los setenta. La completitud, la perfección de las vidas humanas no se mide en más años sino en años plenos, buenos, satisfactorios, sanos y felices. Mala elección la del término “natural”, porque no se refiere a biología sino a biografía. Quiere insinuar que todos intuimos, o sabemos, o creemos saber, que la muerte de un niño es más triste que la de un anciano, siquiera porque, como dice la sabiduría popular, “no ha vivido aún su vida”. Esta percepción por supuesto está determinada por la cultura y la costumbre, no por un gen de la longevidad esperada. Es variable de comunidad a comunidad y es muy difícil concebir que pueda haber una sociedad tan metódicamente reglada que elimine a algunos de sus miembros en virtud de ineluctables leyes de lo que los primeros sociólogos llamaron “mecánica social”. Sin embargo, fue la tesis de Emile Durkheim, cuando habla de la “tasa suicidógena”, constante para cada sociedad. El suponer una suerte de espíritu colectivo huele a pensamiento biologizante, huele a pensar de los seres humanos como “hordas” instintivas, sin individuos, colmenas más que sociedades. Un razonamiento como éste de racionar los recursos por superior designio de la comunidad recuerda los peligrosos totalitarismos de antaño y hogaño.

En el plano individual, quiero reivindicar la noción de “calidad del ciclo vital”. No simplemente calidad de vida –concepto estático– sino calidad del ciclo total, que considera lo dinámico de los cambios, las transiciones y las crisis. Lástima es que solamente pueda estimarse retrospectivamente, si bien la nueva medicina predictiva y la elaboración del concepto de riesgo (probabilidad de daños y amenazas) permite anticipar algo. Lamentablemente, toda futurología, incluso a escala menor, ha probado ser ilusoria.

He aquí, pues, en síntesis algunos de los temas aludidos en este libro de amena lectura. El valor de la tensión entre lo colectivo y lo individual para la reflexión moral no precisa destacarse. La reflexión sobre las etapas de la vida humana y el intrínseco valor de cada una encuentra en este libro una magnífica presentación. La vocación de la muerte, que algunas culturas rechazan y convierten en tabú y otras ensalzan, es un tema implícito. Las preguntas son múltiples, las respuestas ambiguas, el tiempo breve, el arte interminable.

La cuidada presentación gráfica de este libro es un aliciente aún mayor para una lectura grata.

Fernando Lolas Stepke

VERONELLI, JUAN CARLOS & VERONELLI CORRECH, MAGALÍ

Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina.

Organización Panamericana de la Salud, Argentina, 2004, Tomo 1 y Tomo 2, 712 pp. en total.

Difícil sería anticipar la profundidad y versación histórica de estos dos volúmenes atendiendo al título que los identifica. Éste anticipa una muy especializada visión de las instituciones de salud pública y parece contentarse con insinuar que la obra tratará solamente de sus orígenes.

La verdad es que se trata de un texto mucho más completo que eso. Los autores revisan la historia de las instituciones sanitarias en la Argentina en el contexto de una razonable cobertura de la historia político social del país y del virreinato del Plata, del cual formó parte lo que hoy es la República Argentina. Estudian las instituciones coloniales y la progresiva profesionalización de las labores de vigilancia y control de las enfermedades infecciosas. Centran su análisis, ya en la época republicana, en el desempeño de los diferentes organismos públicos que la nación argentina creó para sistematizar y ordenar el trabajo de prevención y promoción de la salud colectiva e individual.

Una motivación importante para emprender la preparación de este enjundioso libro está explicada en la introducción. Se trata de la paradoja de que, hacia 1950, Argentina era no solamente un país poderoso en lo económico y ejemplar en muchos sentidos, sino también contaba con un progresivo mejoramiento de las condiciones de salud y de organización del sistema sanitario, y luego vino un estancamiento que no puede atribuirse sencillamente a un destino histórico ineluctable. Comparado con otros de la región latinoamericana, afirman los autores, la clave para entender este desarrollo particular radica en una “debilidad estructural de nuestra organización médico-sanitaria”. Tal debilidad se produce por y se expresa en una fragmentación institucional verdaderamente notable, en unas formas de regulación frondosas y hasta contradictorias y en una multiplicidad de agentes y actores sociales con atribuciones no del todo claras y a veces hasta antagónicas.

En este libro se encontrará una razonable exposición histórica matizada con opiniones personales en un grado aceptable, aunque, en ocasiones, el lector de fuera de la Argentina no sepa exactamente cuán ecuánime ha sido el juicio sobre determinadas personas o rumbos institucionales. Los autores advierten que, en su valoración, han echado mano no solamente del panegírico habitual que suele hacerse del ministro de turno o del amigo político, sino también del documento hostil y de la opinión discrepante. Con todo, no está ausente la admiración por personas notables como Guillermo Rawson, Eduardo Wilde, Emilio Coni o Ramón Carrillo, aunque el juicio definitivo sobre cada uno y sus aportaciones sea ponderado y hasta ecuánime.

Sin duda alguna, de las grandes ideas-fuerza que se impusieron en las políticas públicas asociadas con la salud, aquella de la solidaridad mezcló desde siempre la protección personal con la promoción del bienestar. No cabe duda que segregar la calidad de la vida en aquella dependiente del entorno y aquella relacionada con la salud, por más razonable que parezca desde el punto de vista técnico, suele ser desmentida en la realidad por la precariedad del tejido social en las repúblicas latinoamericanas. Como tema que es de política en el sentido noble de la expresión, las páginas de este libro riguroso en su análisis documental, sólido en su consulta de las fuentes y ameno en su presentación, ofrecen claves de interpretación y sugerencias para nuevos planteamientos.

Esta publicación de la Representación de OPS en Argentina cuenta con un adecuado índice de nombres y recoge un conjunto apropiado de fotografías que, sin duda, contribuyen a su mejor lectura. Quizá en una segunda edición pudiera pensarse en un índice de materias que ayudara al estudioso a un mejor aprovechamiento del trabajo. Cabe felicitar a los autores y a quienes los apoyaron y estimularon por haber producido un texto de singular valor que, esperablemente, podría generar en otros la sana inclinación a emularlo.

Fernando Lolás Stepke

ACOSTA SARRIEGO, JOSÉ R. (Editor Científico)

Bioética para la sustentabilidad.

Publicaciones Acuario, Centro “Félix Varela”, La Habana, 2002. 742 pp.

Puede afirmarse que este es un honesto esfuerzo de presentación de la bioética desde una perspectiva alejada de los núcleos de poder disciplinario. Su compilador y editor ha desplegado una intensa actividad en el campo de la docencia y la difusión de la bioética, no solamente en Cuba sino también en otros países, colaborando con el Programa Regional de Bioética OPS/OMS en diversas formas.

El libro se inicia con tres artículos de rememoración y homenaje de Van Rensselaer Potter reconociendo sus aportes y situándolos en la perspectiva de la “sustentabilidad”, que da título a este libro.

Luego vienen dos partes, “Planteamiento general de una bioética para la sustentabilidad” y “Medio ambiente y recursos naturales”.

Como ocurre en obras de este tipo, la factura de los distintos capítulos es desigual y, si bien hay algunos que pueden considerarse reales aportes, hay otros que se remiten a repetir argumentos ya conocidos o a replantear sus tesis favoritas. El conjunto es, sin embargo, valioso y solamente es de lamentar que sea tan difícil conseguir este libro.

Esta nota se prepara, en realidad, en el ánimo de hacer presente su existencia, celebrar el esfuerzo y sugerir que parte de sus contenidos fueran difundidos en Internet o por otros medios, como separatas.

Fernando Lolas Stepke

McGEE, GLENN

El bebé perfecto. Tener hijos en el nuevo mundo de la clonación y la genética.

Editorial Gedisa, Barcelona, 2003, 252 pp.

El autor es conocido especialmente por sus artículos en medios de comunicación sobre temas de genética, es profesor del Centro de Bioética de la Universidad de Pennsylvania, donde enseña Filosofía y coordina Ética de la Investigación Biomédica. En esta obra ofrece una amplia y objetiva información sobre todos los recursos y técnicas de reproducción asistida actualmente disponibles, y acerca de la prevención de problemas genéticos. Muestra un talante optimista y tranquilizador de la ingeniería genética, que suele rechazarse –según el autor– por prejuicios o falta de conocimientos precisos. Así, señala, los factores que se descubren en el ADN nunca se desarrollan de forma previsible debido a la variedad de circunstancias individuales de la vida. O, también, es imposible programar un “bebé perfecto”, porque nadie tiene una idea absolutamente clara sobre cómo “debe ser” un niño. Expone de manera accesible los argumentos éticos y científicos más importantes a favor y en contra de la manipulación genética, evaluándolos a la luz de casos concretos y de los recursos posibles. Se echa de menos, quizás, una mayor profundización en una fundamentación ética de sus criterios, más allá de lo actualmente posible o socialmente deseado.

LOLAS STEPKE, FERNANDO (Editor)

Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS.

Organización Panamericana de la Salud, Unidad de Bioética OPS-OMS, Santiago de Chile, 2004, 192 pp.

Coordinado por el Dr. Fernando Lolas, este libro recoge de forma resumida las actividades e iniciativas llevadas a cabo por la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización

Mundial de la Salud en sus primeros diez años de existencia. Creada en 1994 –como Programa Regional de Bioética–, en Santiago de Chile, mediante un convenio de OPS con el Gobierno de Chile y la Universidad de Chile, su misión ha sido y es “colaborar con entidades públicas y privadas en el desarrollo y la aplicación de conceptos y procedimientos para la sustentabilidad ética de decisiones relativas a la investigación científica, la capacitación técnica, la formación profesional, el cuidado de la salud y la formulación de políticas sanitarias” en toda Latinoamérica.

Como señala Fernando Lolas, Director de la Unidad de Bioética, han sido dos lustros de “buena voluntad y pluralismo” que han querido ahora celebrarse con la publicación de las intervenciones de la Cuarta Reunión del Comité Asesor Internacional en Bioética de la OPS, y de un Seminario sobre dignidad al final de la vida.

La primera parte expone las aportaciones de los miembros del Comité Asesor. James Drane escribe sobre los inicios de la bioética y de la Unidad de Bioética dentro de la OPS. Diego Gracia aporta su experiencia y reflexión sobre la enseñanza de la bioética, con la propuesta de un modelo deliberativo –de retorno a Sócrates– frente a los modelos doctrinal, o instructivo, y neutral, o informativo. Alfonso Llano analiza la relación entre la bioética y la religión, a partir de la relación entre el bioeticista y la fe religiosa. Leocir Pessini trata de las cuestiones éticas esenciales en el final de la vida y, especialmente, de los tratamientos inútiles, los cuidados paliativos y la aportación de la ética teológica en este campo. Eduardo Rodríguez Yunta escribe sobre la relación médico-paciente, con una propuesta de humanización sobre la base de un modelo comunicacional deliberativo o interpretativo, que supere tanto el modelo paternalista como el contractual o consumista. Pedro Federico Hooft analiza la presencia de la bioética en la jurisprudencia argentina. Ruth Macklin se centra en las propuestas de salud sexual y reproductiva en Latinoamérica y el Caribe. Finalmente, Norman Daniels, y Walter Flores exponen sobre el “*benchmarking fairness*” en las reformas de salud en Latinoamérica, con experiencias de proyectos desarrollados en Guatemala y Ecuador.

En la sección dedicada al Seminario sobre dignidad al final de la vida, escriben Wolfgang U. Eckart sobre la Medicina paliativa, Ana Escribar sobre las condiciones de posibilidad de una muerte digna, y Ricardo Vacarezza en torno a la limitación del esfuerzo terapéutico como nuevo nombre de la eutanasia pasiva. Se añaden algunos artículos con información de las actividades y publicaciones de la Unidad de Bioética en estos diez años de existencia: el Dr. Fernando Lolas reflexiona sobre su campo de acción y la finalidad de las actividades realizadas; Francisco León escribe sobre la historia reciente y los retos actuales de la bioética en Latinoamérica; Jaime Zabala describe el desarrollo de Magíster Internacional en Bioética de la OPS/OMS; Roberto Mancini informa sobre la formación en bioética, con el desarrollo de talleres en numerosos países; Eduardo Rodríguez Yunta detalla la reciente experiencia del Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial; y, finalmente, Guillermo Fuentes y Alvaro Quezada se refieren a los sitios web y a las publicaciones de la Unidad respectivamente en estos diez años.

OUTOMURO, DELIA

Manual de Fundamentos de Bioética.

Editorial Magíster, Buenos Aires, 2004, 204 pp.

La autora es doctora en Medicina y licenciada en Filosofía, profesora de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y coordinadora de la Unidad Académica de Bioética en esa misma Facultad. Ha escrito diversos libros y artículos en relación con la bioética y en éste presenta un texto pedagógico de conceptos básicos para los que deseen iniciarse en esta disciplina y, muy especialmente, para los alumnos de Medicina que deben abordar disciplinas no biomédicas, donde el análisis, la reflexión crítica, la fundamentación y el diálogo son especialmente importantes. Ha seguido para ello –como expone en la nota preliminar– la guía de la clásica obra de Beauchamp y Childress sobre Principios de Ética Biomédica y su tematización de los cuatro principios básicos, y las reglas derivadas de ellos. Menciona también los aportes, importantes para su pensamiento, de los profesores Diego Gracia, José Alberto Mainetti y Fernando Lolas.

Cada capítulo presenta la misma estructura: contenidos, actividades, notas y referencias bibliográficas, con bastantes cuadros sinópticos y esquemas conceptuales que facilitan la lectura, a la vez que orientan a los docentes sobre propuestas prácticas de actividades. La autora quiere proveer los conceptos básicos y las habilidades intelectuales para poder entrar en el análisis bioético, aunque no trata directamente aquí los conflictos más actuales: eutanasia, aborto, reproducción asistida o genética, por ejemplo.

Como expone el doctor Fernando Lolos en el prólogo, este libro contribuye a algunos de los aspectos esenciales de la docencia de la bioética: “proporcionar habilidades y destrezas para identificar conflictos y dilemas, justificar su legitimidad y buscar formas de solución o resolución”, como primera etapa necesaria en cualquier abordaje académico de la bioética.

ESCRÍBAR, ANA; PÉREZ, MANUEL Y VILLARROEL, RAÚL (Editores)

Bioética, fundamentos y dimensión práctica.

Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2004, 489 pp.

Amplio manual de bioética elaborado en el Centro de Estudios de Ética Aplicada de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, bajo la dirección de Ana Escribar, profesora de Filosofía y directora del Centro, Manuel Pérez, médico neurólogo y Magíster en Bioética, y Raúl Villarroel, Doctor en Filosofía y Magíster en Bioética. Con ellos han colaborado otros dieciséis profesionales, en su mayoría médicos y filósofos, en un trabajo interdisciplinar que quiere “reunir en un todo organizado los diversos enfoques de los autores desde el ámbito científico al humanista, poniendo de manifiesto en todos ellos una especial vocación tendiente a proteger la vida humana, la vida en su conjunto y el medio ambiente que la sustenta”. El deseo común –como expresan los editores– es “mejorar la calidad moral de la vida, tanto en la relación entre las personas como en la disposición a preservar nuestro mundo biológico global [con] la común intención de promover los ideales de perfección y ‘vida buena’”.

Por orden, se exponen primero los antecedentes filosóficos de la bioética, con un análisis de cada una de las principales corrientes: ética de las virtudes aristotélica, ética deontológica kantiana, ética axiológica, utilitarista, del discurso, y la actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad. Luego se aborda el surgimiento y desarrollo de la bioética, sus principales hitos, una introducción al método deliberativo y al enfoque narrativo en bioética, y un estudio de los condicionamientos sociales de esta disciplina.

En el tercer capítulo, el más extenso, se exponen los principales temas de bioética clínica, en relación con el inicio y fin de la vida, técnicas de reproducción asistida, genoma y clonación, etc.

El cuarto capítulo, bajo el título “Otras aplicaciones de la bioética”, analiza la relación de ésta con el medio ambiente, la ética de la investigación en sujetos humanos, las relaciones con el derecho y la protección ético/jurídica de la vida humana, la bioética como espacio de radicalización de la democracia y, finalmente, los aspectos referentes a la educación en temas de bioética y la ayuda de ésta a la construcción de la personalidad moral.

TENA TAMAYO, CARLOS (Editor)

La Comunicación Humana y el Derecho Sanitario.

Memorias del Octavo Simposio Internacional de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México, 2004, 191 pp.

Organizado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de México, este es ya el octavo Simposio pensado como compendio y profundización teórica de lo que es su finalidad práctica: mejorar las relaciones entre los profesionales de la salud y sus pacientes a través de las 22 comisiones existentes en el país.

En esta ocasión el encuentro se centró en la comunicación e información entre médico y paciente, tanto desde el punto de vista ético como jurídico. Algunas materias tratadas fueron: los distintos modelos de comunicación, a cargo de Lawrence Wissow; el manejo de la información médica –el consentimiento informado–, por Gabrieli Manuell Lee; la información clínica en el ordenamiento legal mexicano, por Víctor Guerra; el expediente clínico electrónico, por Luis Miguel Chong; la confidencialidad de los datos clínicos, a cargo de Agustín Ramírez; y la información genómica, por Laura Albarellos.

Se desarrolló, además, una mesa sobre derecho sanitario, con ponencias jurídicas de Osvaldo Romo, Octavio Casamadrid y Ricardo de Lorenzo; otra sobre la ética médica en el siglo XXI y su relación con el derecho, a cargo de Francisco León, a la que siguió una mesa de discusión sobre dilemas bioéticos y derecho sanitario, también recogida, en el libro.

CIBEIRA, JOSÉ BENITO

Medicina y Bioética en el siglo XXI.

Ediciones Lumiere SA, Buenos Aires, Argentina, 2004, 288 pp.

El Dr. José B. Cibeira ha sido el creador de la especialidad de Medicina Física y Rehabilitación en la Argentina, y durante bastantes años dirigió el Instituto de Rehabilitación Psicofísica en Buenos Aires. Actualmente es director de la carrera de esta especialidad en la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Por este libro obtuvo el premio de Ética Médica del año 2003 de la Asociación Médica Argentina.

El autor divide la medicina en asistencial clásica y predictiva. La primera es curativa perfecta, rehabilitativa y paliativa; la segunda puede clasificarse según los análisis genéticos: antes de la concepción, aplicados al embrión ya implantado o feto, en el momento de nacer, o en el laboratorio con el embrión *in vitro*. Analiza, así, los aspectos éticos de las, denominadas por él, “acciones terapéuticas”, como el aborto, la anticoncepción, la elección de sexo o el “alquiler de vientres”, ya sea por indicación médica o por comodidad de la futura madre. Expone numerosos temas, éticos y legales sobre estas cuestiones, así como sobre clonación humana y animal, fecundación asistida y trasplante de órganos. También analiza de manera escueta el suicidio asistido y las actitudes médicas ante la eutanasia, distanasia y ortotanasia.

En la última parte de su libro expone los problemas de ingeniería genética y ambiental, e imagina cómo puede ser la humanidad en este siglo. En resumen, realiza un repaso de los principales problemas actuales de la bioética, quizás de forma en extremo concisa en algunos casos.

LAGRÉE, JACQUELINE

El médico, el enfermo y el filósofo.

La esfera de los Libros, Madrid, 2005, 204 pgs.

La autora es filósofa, especialista en la época clásica, profesora de Historia de la Filosofía Moderna en la Universidad de Rennes, Francia. Participa desde hace quince años en el Comité Regional de Ética de Rennes y recoge en este libro sus observaciones sobre los cambios producidos en la relación médico-paciente y sobre las cuestiones éticas vinculadas con el dolor, la enfermedad y la muerte. La Medicina es “arte de la vida”, como titula su conclusión final, y para eso debe reflexionar sobre a quién se cuida, qué quiere decir hablar, la propia práctica médica y las virtudes que deben tener el enfermo y el médico para comprenderse y vivir conjuntamente las situaciones de enfermedad y muerte dentro de una “ética de la solicitud”.

Francisco J. León Correa

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. Presentación de los artículos

Los trabajos enviados a *Acta Bioethica* deberán prepararse de acuerdo con la quinta edición (1997) de los "Requisitos Uniformes Para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas" (Estilo Vancouver), establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por ejemplo: International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

2. Requisitos técnicos

Los manuscritos deberán ser enviados a:

a) Correo Electrónico: bioetica@chi.ops-oms.org (en attachment) o

b) Dirección Postal: texto impreso en papel bond blanco, medida estándar ISO A4, con márgenes de por lo menos 2,5 cm, impreso sólo sobre una cara del papel, espaciado doble. El original será acompañado de copia en formato electrónico (diskette 3-1/2") en formato MS Word o Word Perfect.

Las páginas serán numeradas en forma consecutiva, empezando por la página de título.

La extensión del texto no debe exceder las 6.000 palabras, incluyendo cuadros y gráficos.

Conserve copias de todo el material enviado.

3. Esquema estructural del trabajo

3.1 Página titular

La primera página del manuscrito contendrá: 1) El título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación; 2) el nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional; 3) nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hubiera; 5) nombre, dirección, número de Fax y Correo Electrónico del autor responsable de la correspondencia relativa al manuscrito y solicitudes de separatas.

3.2 Resumen y palabras-clave

La segunda página incluirá un resumen de no más de **200 palabras** que describa los propósitos del estudio o investigación, metodología empleada y las conclusiones más importantes.

Al final del resumen los autores deberán agregar e identificar como tal, de tres a diez "palabras-clave" o frases cortas, que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilice para este propósito los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*; en el caso de términos de reciente aparición, que todavía no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales. Consultar siguiente URL:

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Se recomienda a los autores proporcionar su propia traducción del resumen al inglés (abstract), el cual también debe consignar listado de palabras-clave (key words). *Acta Bioethica* realizará dicha traducción para quienes no puedan proporcionarla.

3.3 Introducción

Expresé el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

3.4 Metodología

Detalle los métodos, técnicas y procedimientos seguidos para recoger u organizar la información.

3.5 Resultados

Presente los resultados en secuencia lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatice o resume sólo las observaciones importantes.

3.6 *Discusión*

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en las secciones Introducción y Resultados. En la sección Discusión explique el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus implicaciones en investigaciones futuras.

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos presentados. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

3.7 *Agradecimientos*

Como Apéndice del texto, una o más declaraciones deberán especificar: a) colaboraciones que deben ser reconocidas, pero que no justifican autoría, tales como apoyo general del jefe del departamento; b) ayuda técnica recibida; c) apoyo financiero y material, y d) las relaciones financieras que puedan crear un conflicto de intereses.

Expresar su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

3.8 *Referencias*

- Las referencias deberán numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto (Sistema de orden de mención). Si una referencia es citada más de una vez, su número original será utilizado en citaciones ulteriores.
- Si fuese necesario citar un número de página, este será incluido dentro del paréntesis con el número de referencia. Esta práctica se recomienda al referenciar citas textuales. Por ejemplo:
La resolución instó a los Gobiernos Miembros a “realizar esfuerzos especiales a través de contribuciones voluntarias para el desarrollo de la investigación catalítica” (17, p.240).
- Identifique las referencias en el texto, tablas y leyendas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.
- Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.
- Las referencias deberán ser listadas en orden numérico al final del texto.
- Absténgase de utilizar resúmenes como referencias.
- Las referencias de artículos aceptados, pero aún no publicados, deberán designarse como “en prensa” o “próximamente a ser publicados”; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos, así como la comprobación de que han sido aceptados para publicación.
- **Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.**
- Emplee el estilo de los ejemplos descritos a continuación, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el *Index Medicus*. Al referenciar revistas científicas cítelas por su nombre completo (no abreviado).
(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Ejemplos

3.8.1 *Artículos de revistas científicas*

Autor Individual, artículo que forma parte de una serie

Lessa I. Epidemiología dos accidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1985;44(4):225-260.

Más de seis autores

Liste los seis primeros autores seguidos por “et al”.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996;73:1006-12.

Autor corporativo

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993;115(4):281-290.

3.8.2 Libros y otras monografías

Individuos como autores

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores (editores) o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). *Mental health for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de libro

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens].

Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Para mayor información y ejemplos adicionales consultar:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (Inglés).

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm> (Español).

3.9 Cuadros e ilustraciones

Limite el número de cuadros e ilustraciones a aquellos estrictamente esenciales para la comprensión del texto presentado.

4. Separatas

Deben ser solicitadas por escrito a *Acta Bioethica*, después de recibir comunicación oficial de aceptación del manuscrito enviado. Se asignarán cinco separatas libres de costo a cada autor que lo solicite. Para cantidades superiores de separatas, solicitar Tabla de Costos.

NOTA: Para la elaboración del presente documento el **Departamento de Publicaciones y Difusión del Programa Regional de Bioética OPS/OMS** consultó las siguientes fuentes bibliográficas:

Organización Panamericana de la Salud. *Manual de estilo OPS*. Washington,DC:OPS;1995 (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).

Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

Y los siguientes URL:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm>

GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

(Extractadas de las “*Instrucciones a los Autores*”)

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación en cada casillero que corresponda y enviada juntamente con el manuscrito.

- Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de *Acta Bioethica*.
- El artículo no excede las 6.000 palabras, incluyendo cuadros e ilustraciones.
- Incluye un resumen de hasta 200 palabras, en castellano y en inglés.
- Las citas bibliográficas se presentan en el estilo internacional exigido por la revista. (Estilo Vancouver).
- El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “*Instrucciones a los Autores*”.
- Se indican números telefónicos, de fax y correo electrónico del autor que mantendrá correspondencia con *Acta Bioethica*.

Nombre del autor

Firma del autor

Teléfonos: _____ Fax: _____

E-mail: _____

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. Presentation of articles

Manuscripts submitted to *Acta Bioethica* should be prepared in accordance with the fifth edition (1997) of the Uniform Requirements Submitted to Biomedical Journals (Vancouver Style).

See, for example, :

International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47

2. Summary of technical requirements

Papers should be printed out on a A4 paper, on one side only, in double spacing, with a margin of at least 2.5 cm on four sides of page.

Two copies should be submitted together with a 3-1/2" diskette containing the text and tables in MS Word or Word Perfect format, stating clearly which version of the software has been used.

Number pages consecutively, beginning with the title page. Put the page number in the upper or lower right-hand corner of each page.

Articles' length should not exceed 6.000 words, including tables and illustrations.

Keep copies of everything submitted.

3. Structural scheme

3.1 Title page

The title page should carry:

The title of the article, which should be concise but informative;

The name by which each author is known, with his or her highest academic degree(s) and institutional affiliation;

The name of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed;

Disclaimers, if any;

The name and address of the author responsible for correspondence about the manuscripts and requests for reprints, together with his/her phone number and E-mail.

3.2 Abstracts and key words

The second page should carry an abstract not exceeding 200 words in length to state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings and the principal conclusions.

Below the abstract authors should provide, and identify as such, 3 to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article. Terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used; if suitable MeSH terms are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used.

(URL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

3.3 Introduction

State the purpose of the article and summarize the rationale of the study or observation. Give only strict pertinent references and do not include data or conclusions from the work being reported.

3.4 Methods

Provide detailed information about methods, techniques and procedures used for collecting and organizing data.

3.5 Results

Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all data in the tables or illustrations; emphasize or summarize only important observations.

3.6 Discussion

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or the Results section. Include in the Discussion section the implications of the findings and their limitations.

Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. Recommendations, when appropriate, may be included.

3.7 Acknowledgements

As an appendix to the text, one or more statements should specify (a) contributions that need acknowledging but do not justify authorship, such as general support by a departmental chair; (b) acknowledgements of technical help; (c) acknowledgements of financial and material support, and (d) relationships that may pose a conflict of interest.

3.8 References

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. If a reference is cited more than once, its original number is used again in subsequent citations. No reference should be assigned more than one number.

If it is deemed necessary to call attention to a specific page within a reference, the page number may be added in roman type inside the parenthesis with the reference number. This practice is recommended when referencing direct quotations.

The resolution urged the Member Governments to “make special voluntary contributions for the carrying out of catalytic research” (17, p.240).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parenthesis. References cited only in tables or legends to figures should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure.

All references should be listed in numerical order at the end of the text.

Avoid using abstracts as references.

References to papers accepted but not yet published should be designated as “in press” or “forthcoming”; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication.

The references must be verified by the author (s) against the original documents

Use the style of the examples below, which are based on the formats used by the U.S. National Library of Medicine (NLM) in Index Medicus. The titles of journals should be presented without abbreviations (consult: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190; URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

The “Uniform Requirements” style (the Vancouver Style) is based largely on an American National Standards Institute (ANSI) standard style adapted by the NLM for its data bases.

Sample Reference Formats

3.8.1 Journal article

Individual author, article in a Series

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1985;44(4):255-260.

More than six authors

List the first six authors followed by “et al”. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. British Journal of Cancer 1996; 73: 1006-12.

Corporate author

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. Bulletin of the Pan American Health Organization 1993;27(3):287-296.

3.8.2 Books and other monographs

Personal author(s)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor(s), compiler(s) as author

Norman IJ, Redfern SJ, (eds.). Mental health for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Chapter in a book

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

3.8.3 Electronic Material

Journal article in electronic format

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from:

URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Further explanation and examples may be consulted at:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (ENG)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm> (SPA)

3.9 Tables and Illustrations

The number of tables and illustrations should be strictly limited, only those that are essential to the understanding of the text being included.

NOTE: The above-mentioned guidelines were prepared by the **Publications and Dissemination Department of PAHO/WHO Regional Program on Bioethics** taken as reference the following bibliographic sources:

- Pan American Health Organization. PAHO Style Manual. Washington, DC:PAHO;1995.(PAHO-OPS STAND/ 95.1).
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.
- Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).
- Sociedad Médica de Santiago. Revista Médica de Chile 1998; 126: 875-887.
- National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190.

And following URL:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

(From “Instructions to Authors”)

This form should be checked up by the responsible author, stating approval by ticking corresponding boxes and should be submitted together with the manuscript.

- This manuscript (or important parts of it) have not already been published and if accepted for publication in *Acta Bioethica* it will not be submitted for publication elsewhere without the agreement of the PAHO/WHO Regional Program on Bioethics.
- The paper has been printed out on A4 paper, one-sided, and in double spacing.
- The paper does not exceed 6.000 words in length, including tables and illustrations.
- An abstract not exceeding 200 words in length is provided.
- Bibliographical references are cited in accordance with the “Uniform Requirements” style (Vancouver Style).
- The paper was prepared according to “Instructions to Authors”.
- Fax and phone numbers, together with the corresponding author’s E-mail are provided.

Corresponding Author Name and Signature

Phone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA BIOETHICA 2004 AÑO X – Nº 2

Presentación

Fernando Lolas Stepke

Originales

Genoma y bioética: una visión holística de cómo vamos hacia el mundo feliz que nos prometen las biociencias

Jean-Luc M.J. Antoine

Terapia génica: ¿tratamiento médico, eugenesia o higiene de la herencia?

Alfredo G. Kohn Loncarica, Delia Outomuro, Jaime Bortz y Norma Isabel Sánchez

Genética y bioética en América Latina

Claude Vergès

El proyecto del genoma en la literatura biomédica latinoamericana de cuatro países

Fernando Lolas Stepke, Eduardo Rodríguez Yunta y Carolina Valdebenito Herrera

Etnoconocimiento en Latinoamérica. Apropiación de recursos genéticos y bioética

Sandra Herrera Vásquez y Eduardo Rodríguez Yunta

Aspectos bioéticos del consejo genético en la era del proyecto del genoma humano

Manuel J. Santos Alcántara

El reto de la muestra biológica en los estudios farmacogenéticos

Alexandre Bota i Arqué

Genomics, biotechnology and global health:

the work of the University of Toronto Joint Centre for Bioethics

Abdallah S. Daar, Puja Sahni and Peter A. Singer

Interfaces

Bioética y salud pública: al cruce de los caminos

Christian Darras

Compasión y bioética

Jimmy Washburn

Aspectos éticos de los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia de productos farmacéuticos contenidos en las legislaciones de América Latina

Luis Moreno Exebio

Recensiones

Gumprecht, Hans Ulrich

Diesseits der Hermeneutik. Die Production von Präsenz

(Fernando Lolas Stepke)