

**CAMBIO DE PARADIGMA ÉTICO GLOBAL
PONE EN CUESTIÓN LA ENSEÑANZA
DE MEDICINA**

*Comunicación de la Dra. María Isabel Pérez de Pio,
en la sesión privada del Instituto de Bioética,
el 1º de abril de 2016*

CAMBIO DE PARADIGMA ÉTICO GLOBAL PONE EN CUESTIÓN LA ENSEÑANZA DE MEDICINA

Por la Dra. MARÍA ISABEL PÉREZ DE PIO

Prólogo

La problemática ética en ciencias de la salud se estructura en base a la fidelidad y subordinación del agente de salud a los valores absolutos de la persona humana. No obstante, en 1992 la Organización Mundial de la Salud (OMS) puso en aplicación lo que llamó: *Un Nuevo Paradigma de salud* mediante un compromiso político mundial de los países miembros de la Organización. Ello significó un cambio en los compromisos de *Alma Ata* de 1978 sobre *Salud para Todos*, limitándose a: *Salud para Todos pero no para Todo*. Se excluyen de servicios básicos de salud a grupos enteros de población. Se abandona el Juramento Hipocrático y la ética monoteísta.

La eutanasia es vista como *positiva*. Se manipulan los conocimientos científicos dejando de lado muchas veces las recomendaciones de Salud Pública. La sobrevida de niños es desestimada

y la salud de las mujeres muchas veces sacrificada. Se permite guardar secreto en caso de una infección por el VIH/SIDA. Ello dificulta la prevención aumentando el número de casos.

En consecuencia se estaría violando la igualdad de la *Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948* que pasa a ser reinterpretada. Se justifican investigaciones reñidas con la ética por su alto riesgo utilizando poblaciones de países pobres. Estas son algunas de las evidencias que demuestran que la destrucción de la medicina y la ética sanitaria están definitivamente instaladas a nivel mundial. A menudo se justifican estos cambios bajo el principal argumento de salvaguardar el ecosistema para las futuras generaciones.

Este trabajo, en base a una larga investigación de más de 20 años, tiene por objeto analizar la puesta en aplicación de estos planes, las consecuencias de su avance, cuáles han sido sus principales causas y los daños para la salud y, por ende, la vida de las personas.

Antecedentes del Problema - Orígenes del Estado-nación

El Estado-nación se ha conformado a través de un proceso histórico que se inició en Europa en la edad media y desembocó a mediados del siglo XX en el modo de organización de la colectividad nacional que conocemos actualmente¹. Para llegar al concepto y a las instituciones que sustentan este modo de organización fue necesario disociar las funciones que cumple el Estado de las personas que ejercen el poder.

¹ Francois Ariel, Doctor en Derecho y Diplomado del Instituto de Estudios Políticos de París, Francia: *El crepúsculo del Estado nación. Una interpretación histórica en el contexto de la globalización*. www.unesco.org/shs/most. Acceso 17/1/2010.

La conformación del Estado moderno reconoce que el orden político trasciende a las personas de los gobernantes. Paralelamente se fue conformando el concepto de nación, entendido como colectividad regida por las mismas leyes, dirigida por el mismo gobierno y afirmando que no puede existir un gobierno legítimo fuera de las leyes de cada nación. La nación es soberana y única detentora de la legitimidad; la ley debe ser la expresión de la voluntad general y no puede existir gobierno legítimo fuera de las leyes de cada nación.

a) Crisis del Estado-nación

La crisis actual del Estado-nación es un fenómeno relativamente reciente debido en gran medida a las perturbaciones económicas de los años setenta que se relacionan con la crisis del petróleo que llevó a una serie de transformaciones profundas en la economía mundial y a un cambio en el rol del Estado como proveedor de salud, educación y otros objetivos sociales. Todo ello desencadenó un proceso de paralización del Estado de Bienestar en el mundo occidental.

El segundo factor de crisis fue el desplome que se produjo en el campo socialista, que trajo como consecuencia socavar las funciones que el Estado Tutelar había ejercido en esos países.

Es precisamente en este contexto de crisis del Estado de Bienestar en el Occidente y del Estado Tutelar en el Este cuando se intensifica la propuesta neoliberal en base a un proyecto global.

b) El proceso de globalización

Este proceso de globalización trajo como consecuencia una división entre *países del norte*, ricos e industrializados y los países del *sur* pobres y subdesarrollados. Estados Unidos, la Unión Europea y Japón por la importancia de sus intercambios, flujo de

inversiones y significativas relaciones comerciales, se convirtieron en los tres polos de la llamada *tríada*.

La desarticulación de las economías nacionales ha provocado el retroceso de los mecanismos de protección social socavando la legitimidad del Estado. Ello también afectó las bases del contrato político y social por el que cada individuo cedía al Estado parte de sus derechos los que podrían ser ejercidos colectivamente en beneficio del interés general.

c) Nuevo Orden Planetario

Mientras declina el Estado-nación y retroceden los estados soberanos, toma forma paulatinamente un *nuevo orden planetario*. Analizando el proceso de la globalización es posible ver que estas nuevas ideologías en base a un nuevo humanismo van a afectar directamente la vida humana. Los derechos del hombre y el respeto a la vida son reinterpretados. El Estado sigue tratando de ejercer sus funciones básicas, pero adaptándolas a las exigencias del *nuevo orden mundial*.

d) El Nuevo Orden Mundial y la Seguridad Demográfica^{2,3}

El poder controlar la vida humana desde la concepción hasta la muerte es la máxima expresión del imperialismo integral. Para analizar la génesis de este imperialismo es necesario partir de la ideología de la seguridad nacional.

² Schooyans M. Fuente: <http://catholic.net/file/print.php?id=541>. 06/12/2009.

³ Schooyans Michel. (Bélgica, 6 de julio de 1930) tiene un doctorado en la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Exprofesor de la *Pontificia Universidad Católica de San Pablo*, Brasil. Fue miembro de la *Academia Pontificia de las Ciencias Sociales* de la Santa Sede, del *Instituto Real de Relaciones Internacionales* de Bruselas, Bélgica, del *Instituto de Demografía Política* de París, Francia y del *Instituto de Investigaciones de Población* en Washington DC, EEUU. Ha escrito numerosos libros sobre filosofía política, ideologías contemporáneas, políticas de población y realizó numerosas misiones en el Tercer Mundo.

Desde el final de la guerra mundial en 1945, la diplomacia americana estuvo dominada por el tema de los dos bloques antagónicos, definido como la *guerra fría*. No obstante con motivo de la crisis del petróleo de los años 70, especialmente en círculos americanos, se empieza a percibir la importancia de otra división: *norte-sur*. Los países del tercer mundo reivindican un *Nuevo Orden Internacional*.

e) La amenaza que pesa sobre los países ricos proviene de los países pobres

Las multinacionales aparecen como mecanismo esencial del sistema global de dominación. Es necesario fomentar las desigualdades de retribución como factor de división para seguir dominando. Las multinacionales velarán sobre los mercados para frenar el desarrollo económico de las naciones satélites. La investigación científica debe limitarse para los países menos desarrollados y la alta tecnología se dará a conocer con parsimonia para evitar la competencia.

Objetivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) - Origen e historia

La OMS comenzó a funcionar el 7 de abril de 1948 cuando su constitución fue ratificada por los Estados miembros de las Naciones Unidas. La fecha de su creación marca la celebración anual del Día Mundial de la Salud.

El objetivo más ambicioso de la OMS fue lograr que todos los pueblos alcancen el nivel de salud más elevado posible. Este constante interés se pone de relieve en la *Carta Magna* promulgada por esta organización, cuyos puntos sobresalientes son:

- El ser humano tiene el derecho de gozar del mayor alto grado de salud.
- La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la Paz y la Seguridad y depende de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.
- La salud de todos los pueblos es fundamental para el logro de la Paz y la Seguridad y depende de la cooperación de los individuos y de las naciones.
- La desigualdad en la promoción de la salud en los diferentes países y en el control de las enfermedades, especialmente las transmisibles, constituye un estado de riesgo general.
- La opinión informada y la cooperación activa del público son de vital importancia para el progreso de la salud en las naciones.
- Los gobiernos tienen la responsabilidad de velar por la salud de sus pueblos.

Implicancias del derecho a la vida en relación con el derecho a la salud - Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

Luego de la Segunda Guerra Mundial y teniendo en cuenta la tragedia que había significado el nazismo, se puso en aplicación la *Declaración Universal de los Derecho Humanos de 1948* que determinó que todos los seres humanos tienen la misma dignidad y gozan de los mismos derechos por la sola condición de pertenecer a la especie humana. Esta igualdad significa que más allá de todo aquello que los distingue –origen, raza, religión, inteligencia o condición económica y social– todos los hombres tienen los mismos derechos por el solo hecho de ser hombres.

La claridad de conceptos expresada en esta Declaración está explicada en su Preámbulo que dice: *El desconocimiento y menosprecio de los Derechos del Hombre fueron los que posibilitaron que se pudieran realizar actos de barbarie que indignaron profundamente la conciencia de la humanidad*, haciendo referencia al nazismo.

La *Declaración Universal* señala también la importancia del contexto social e internacional que permite que todos los hombres puedan gozar efectivamente de sus derechos. Es por lo tanto indispensable tener en cuenta que el primer derecho del hombre es el derecho a la vida y a la integridad física que es el soporte de los demás derechos; sin este derecho todos los demás carecen de la posibilidad de ser ejercidos.

El derecho a la salud en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS, creada ese mismo año 1948, adoptó una definición de salud acorde con los principios de la *Declaración Universal* que dice:

“La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

“El lograr el mayor grado de salud que sea posible esperar constituye uno de los derechos fundamentales de todo ser humano cualquiera sea la raza, religión, opiniones políticas o su condición económica social”.

Conferencia de Alma-Ata de 1978 sobre Atención Primaria de Salud

Debido a la necesidad de proporcionar un entorno socio-económico favorable para la salud, en el año 1978 la OMS y el Fondo Internacional de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se comprometieron mediante una Declaración a lograr *Salud Para Todos*.

En ella se expresa la urgente necesidad de proteger y promover la salud a nivel mundial en base a conocimientos científicos y socialmente aceptables. Sería de básica importancia implementar un *Nuevo Orden Económico Internacional* que ayude a reducir las desigualdades entre países ricos y pobres en base a un desarrollo económico y social sostenible que proporcione una mejor calidad de vida lo que contribuirá a la paz mundial.

Precusores del cambio de paradigma

Nueva interpretación de la Declaración de Alma-Ata

Al año siguiente el Doctor Kenneth Warren, miembro de la Fundación Rockefeller⁴ y luego el propio Presidente del Banco

⁴ Walsh J, Warren K: Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries, *New England Journal of Medicine*, 1979, 301: 967-974.

Mundial, Robert McNamara, consideraron el proyecto de Alma-Ata como utópico e irrealizable y propusieron para el ínterin una *Atención Primaria de Salud Selectiva como alternativa para países en desarrollo*. Ella tendría por objeto “atender un número limitado de enfermedades que beneficiaría a gran número de personas”.

Queda claro que la propuesta de una atención primaria de salud selectiva no tendría en cuenta la salud de todas las personas lo que violaba los principios de igualdad consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Además la salud pública ya no cumpliría con su doble función de prevenir y curar las enfermedades. Es interesante destacar que estas propuestas iban luego a integrar los objetivos del Nuevo Paradigma de Salud de la OMS.

El aumento de población en los países pobres es puesto en causa

Pese a todas estas evidencias y acorde con una visión pesimista del mundo, teóricos del desarrollo y algunos especialistas en demografía diseñaron un panorama mundial catastrófico; el exceso de población a nivel de los países pobres amenazaba la sobrevivencia de la humanidad destruyendo el ecosistema.

Planes del Club de Roma de los años 80

Los Planes del Club de Roma de los años 80 son un buen ejemplo de esta visión. El Club de Roma presentó un mundo en peligro de desaparición amenazado por el crecimiento de la población mundial y propuso el control de natalidad para los países en desarrollo el que debía ser impuesto, si fuera necesario, de manera autoritaria.

El Club de Roma de los años 70 estaba formado por grupos financieros, científicos y funcionarios de importantes organismos

internacionales. Entre los miembros del Club de Roma de esa época figura el Dr. Adeoye Lambo que era Subdirector de la OMS en la época en que el Dr. Halfdan Mahler era Director General de la Organización.

Las opciones políticas fueron:

1. Mundialismo.
2. Sociedad planificada.
3. Mantenimiento de un cierto *statu quo*.

Como soluciones se propusieron:

- Creación de un “Nuevo Orden Internacional”.
- Desarrollo de una “Democracia Socioeconómica Planetaria”.
- Creación de estructuras comunitarias como por ejemplo: una Europea y otra Latinoamericana.
- Naciones Unidas debería cumplir un papel preponderante para ser impuesto globalmente.
- Reducir la diversidad ideológica ya que las religiones tradicionales eran una influencia nefasta para estos planes en base a un Nuevo Humanismo.
- En este “Nuevo Orden Mundial” los países deberían renunciar a su soberanía en relación con recursos no-renovables (petróleo, gas, agua).

En relación con estos planes se presentaron una serie de recomendaciones que fueron catalogadas como *granos de sabiduría*. Entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

- Si bien la procreación es la expresión suprema del ser humano debe responder a una ética rigurosa, *nadie puede oponerse* a la elección destinada a interrumpir conscientemente la maternidad o prevenir embarazos si los obje-

tivos son de evitar una vida de abyección y muertes por hambre o una guerra.

- En un mundo donde el fenómeno de la sobrepoblación crea problemas planetarios, las políticas demográficas nacionales *deben* ser compatibles con los intereses de la humanidad.
- La *calidad* de la población es más importante que la *cantidad*.
- El principio de soberanía territorial es uno de los mayores obstáculos para la paz. Por ello debe ser gradualmente limitado y reformado hasta llegar a su supresión.
- El *Nuevo Orden* a crearse debe ser *internacional* y en lo posible *global*, para poder establecer reglas coherentes sobre derechos y deberes de toda la comunidad mundial.

Estos planes fueron analizados desde un punto de vista crítico por el Profesor Philippe Braillard^{5,6}, y considerados como una impostura ya que:

No mencionan una equitativa distribución de la riqueza indispensable para la solución mundial del problema y proponen un control autoritario de la natalidad. De acuerdo al Profesor Braillard más que servir a los intereses superiores de la humanidad propiciaban la toma del poder por una nueva elite que serviría a los intereses de las multinacionales de las que muchos de ellos eran miembros.

⁵ Braillard Philippe. L'Imposture du Club de Rome, Presses Universitaires de France, 1982.

⁶ Profesor a cargo de la Cátedra de la Teoría y Sociología de las Relaciones Internacionales del Instituto de Altos Estudios Internacionales de Ginebra y Lausanne (Suiza).

La trampa demográfica del Dr. Maurice King⁷

En consonancia con las necesidades mundiales de limitar la población en los países pobres, la teoría de la *Trampa Demográfica*^{8, 9, 10}, del Dr. Maurice King influyó enormemente. De acuerdo al Dr. King un país está en la trampa demográfica cuando debe recurrir a otros ecosistemas o emigrar para procurarse recursos vitales, especialmente alimentos. La teoría de Malthus se debe considerar superada ya que si bien –nadie duda actualmente– que es posible alimentar a toda la población mundial ello llevaría a un progresivo agotamiento del ecosistema de los países proveedores; *entendiendo por ecosistema al territorio en el que vive una comunidad humana*¹¹. El Dr. King propuso que los países llamados por él –países en peligro o en la trampa demográfica– deberían tomar ciertas medidas como:

- a) Destinar el dinero de la ayuda humanitaria para solucionar el problema demográfico en lugar de destinarlo a disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.
- b) No atender las necesidades sanitarias de los menores de cinco años¹².
- c) Hacer aceptables los planes de control de natalidad¹³.

⁷ Cirujano inglés que colaboró con la OMS en los años setenta implementando programas de cirugía simplificada en el Asia. En los años 80 y parte de los 90 dio conferencias en la Organización a profesionales de ciertos programas de la OMS más concernidos por el problema.

⁸ King, Maurice. *An anomaly in the paradigm*. The department of Public Health Medicine, The University of Leeds, 1/1991.

⁹ King, Maurice. *Demographic entrapment*. The Institute of Epidemiology and Health Services Research, The University of Leeds (Great Britain), 1993.

¹⁰ King, Maurice y Elliot Charles. *Legitimate double-think*. The Lancet, 1993, Vol. 341, March 13, 669-672.

¹¹ Esta teoría se asemeja peligrosamente a la del «espacio vital» del nazismo.

¹² Según el Dr. King ello significaría un ahorro para esos países.

¹³ La «Salud Reproductiva» está cumpliendo ampliamente con esta exigencia ya que es considerada como el derecho que tiene toda mujer.

- d) Una diferente escala de valores éticos a nivel profesional.
- e) Los programas deberán ser sostenibles¹⁴.

El progreso de la ciencia y la medicina es puesto en causa

De acuerdo al antropólogo francés Claude Levy Strauss uno de los teóricos de estos planes mundiales¹⁵: La furiosa explosión demográfica que conoce nuestra especie (que califica como la bomba “D”), se debe al progreso de la medicina y al desarrollo económico que permitió mejorar las condiciones de vida de la población, ayudado por los grandes descubrimientos científicos y médicos.

En el tercer mundo el dramático descenso de la mortalidad debido a las campañas de vacunación en gran escala, ayudas humanitarias de todo tipo y la instalación de dispensarios contribuyó a hacer vivir a los niños no solo una vida más larga sino mejor. Anteriormente una pareja debía tener 6 niños para que uno llegara a la edad adulta, actualmente la erradicación de gran parte de la mortalidad infantil no solo aumentó la población mundial sino que ha multiplicado el número de individuos aptos a procrear.

Una inquietante pregunta se presenta: ¿restringir los adelantos de la medicina y de la ciencia y propiciar una recesión económica a nivel de esos países solucionaría el problema mundial?

El derecho a la salud que permite preservar la vida, implica una acción concertada para posibilitar el acceso por igual a servicios de salud.

¹⁴ Los países no podrían disponer de recursos que no sean los propios del país. Toda ayuda exterior es desaconsejada.

¹⁵ “Démographie - La bombe “D“. Le Point”, n° 1030, 13 juin 1992.

1991 - Necesidad de un Nuevo Paradigma de la Salud OMS¹⁶

En el año 1991 el Director General de la OMS, Dr. Hiroshi Nakajima expuso a los delegados de los países miembros la necesidad de elaborar *Un Nuevo Paradigma¹⁷ de la Salud^{18,19}* el que consideraba indispensable para lograr *Salud para Todos en el año 2000*.

Para justificarlo hizo mención a dramáticos cambios en:

- Política a nivel mundial (ya no existían dos bloques antagónicos, el capitalismo había terminado por imponerse).
- *Problemas de carácter demográfico* y epidemiológico.
- Preocupante situación de los sistemas y condiciones sociales en casi todos los países.
- La crisis de la deuda en los países pobres.

En estos planes centrados en disminución de la población a nivel de los países pobres, la iniciativa de supervivencia infantil no fue considerada prioridad. Cuando el Dr. Hiroshi Nakajima, presentó ante el Consejo Ejecutivo de 1991 la necesidad de un Nuevo Paradigma de Salud dijo: La OMS está presionada a ser selectiva y concentrar los recursos en unas pocas actividades que prometan resultados ostensibles a bajo costo, ya que los recursos son limitados. Para justificarlo argumentó: Poco sentido tendría para un niño sobrevivir a la poliomielitis un año para morir de

¹⁶ OMS. Alocuciones del Director General Dr. Hiroshi Nakajima al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud. A44/DIV/4. Ginebra 1991.

¹⁷ Cambio de Paradigma en salud significa un *cambio total de la visión de la salud*. Ello requiere ser acompañado de un cambio en los principios y valores de nuestro mundo occidental y cristiano.

¹⁸ Pérez de Pio. María Isabel. *Ecosystem versus Medicine*, publicado en: *Mut zur Ethik, Grundlagen legen für eine humane Zukunft*. XIV. Kongress vom 1. Bis 3. September 2006 in Feldkirch/Vorarlberg (Austria).

¹⁹ *El Nuevo Paradigma de la Salud de la OMS*, publicación del Instituto de Ética Biomédica, Pontificia Universidad Católica Argentina "Santa María de los Buenos Aires". Agosto de 1998.

paludismo al año siguiente o no poder tener un crecimiento que le permita llegar a ser un adulto sano y productivo.

El Dr. Nakajima dijo además: *La salud debe estar ubicada en el centro el desarrollo y de calidad de vida*²⁰.

Considera un dilema para el futuro decidir si *no es mejor una vida más corta sin problemas de salud a otra más larga pero con problemas costosos de solucionar.*

Salud Para Todos no significa que en un momento dado todos tendrán acceso a la salud sino que hace referencia a una población **sin** problemas de salud.

A esos fines se propone implementar a nivel mundial un *desarrollo sostenible*: los países solo podrán atender sus necesidades sanitarias con recursos limitados, las donaciones están fuertemente desaconsejadas. La limitación de recursos para salud privilegia una *atención primaria de salud selectiva* en base a elección de prioridades.

¿Qué significa un cambio de paradigma ético?

Según el Director General de la OMS no se limitaría al sector de la salud sino que tendría lugar en todos los ámbitos de la sociedad. Ello se debería a que depende de las repercusiones políticas, de cambios económicos y de las relaciones internacionales.

Llámenlo transición, mutación, crisis de cambio, reforma, reestructuración o como mejor les parezca.

²⁰ El Dr. Nakajima dijo: “que los avances en las ciencias biomédicas capaces de prolongar la vida lo hacían a veces a costa de su *calidad*; ello puede presentar ciertos problemas éticos y contradicciones que habrá que considerar.”

Orientaciones ideológicas de Nuevo Paradigma de Salud

El Dr. Nakajima dijo que el modelo de paradigma elegido era el propuesto por Thomas Kuhn²¹ para las Ciencias Físicas. Curiosamente este modelo de *paradigma* fue el elegido por el movimiento *New Age*²².

Su libro, *La estructura de las revoluciones científicas*, se originó en un intento por aplicar esta noción del universo al análisis de la historia de la ciencia y de las teorías científicas.

El paradigma debe ser concebido como un logro, es decir, como una forma nueva y aceptada de resolver un problema en la ciencia, que más tarde es utilizado como modelo para la investigación y la formación de una teoría²³.

El Consenso de Washington

Los países emergentes endeudados y presionados por los organismos de crédito internacional se comprometieron con estos planes en el *Consenso de Washington*.

Los argumentos que se presentaron tuvieron por finalidad proponer a los países endeudados un cambio en el rol del Estado como proveedor de *salud, educación y seguridad*.

Era de fundamental importancia *privilegiar el desarrollo económico en lugar de invertir en salud*.

Se aseguraba que una economía floreciente disminuiría la desnutrición, causa de enfermedades, con una reducción drástica de la morbilidad.

²¹ Thomas Samuel Kuhn fue un historiador y filósofo de la ciencia estadounidense, conocido por su contribución al cambio de orientación de la filosofía y la sociología científica en la década de 1960.

²² Ferguson Marilyn, *Les Enfants du Verseau : pour un nouveau paradigme*. París: Ediciones Calmann-Lévy 1981.

²³ Este modelo impone un cambio científico constriéndolo casi totalmente, a su historia externa o a la sociología del conocimiento, desconociendo la posibilidad del progreso de la ciencia.

El *Consenso de Washington* fue formulado originalmente por el economista inglés John Williamson en un documento de 1989. Aparte del Banco Mundial y el BID (Banco Interamericano de Desarrollo), conforman el *Consenso de Washington* altos ejecutivos del Gobierno de EEUU, las agencias económicas del mismo gobierno, el Comité de la Reserva Federal, el Fondo Monetario Internacional, miembros del Congreso interesados en temas latinoamericanos y grupos dedicados a la formulación de políticas económicas para cambios estructurales en América Latina.

El *Consenso de Washington* ha recibido gran cantidad de críticas. Quizás las más importantes sean las que le formulara *Joseph Stiglitz*, Premio Nobel de Economía 2001 y exvicepresidente del Banco Mundial. Críticos de la liberalización como *Noam Chomsky* y *Naomi Klein*, ven en el Consenso de Washington un medio para abrir el mercado laboral de las economías del mundo subdesarrollado a la explotación por parte de compañías del primer mundo.

Cambios en ética e investigación en sujetos humanos

Conferencia de CIOMS²⁴

Esta organización no gubernamental fue establecida conjuntamente por la OMS y la UNESCO en 1949. En 1992 reúne una Conferencia a nivel de la OMS sobre Ética e *Investigación en Sujetos Humanos*. Dicha Conferencia tuvo por objeto asesorar a la OMS sobre investigación en sujetos humanos.

²⁴ **CIOMS:** Council for International Organization of Medical Sciences. Ethics and Research on Human Subjects: International Guidelines. Proceedings of the XXVI CIOMS Conference, Geneva, Switzerland, February 1992.

En dicha Conferencia hubo dos grupos. Uno el de los expertos en bioética y otro el de los laboratorios farmacéuticos²⁵. En este último grupo se sugirió que, dadas las necesidades urgentes de lograr medicamentos y vacunas especialmente en el caso del VIH/SIDA, sería beneficioso utilizar sujetos humanos en un período temprano de la investigación en el que normalmente se utilizan animales de laboratorio. Ello se justificó por ser estas investigaciones más efectivas y menos costosas: Se propuso dar a esas poblaciones gratuitamente los remedios y vacunas que se pudieran lograr.

Ya en el mes de octubre de 1988 la Revista de Salud Pública de la OMS²⁶, publica un artículo titulado: *Reduciendo el número de animales en investigación*. En dicho artículo, la *Sociedad Suiza Protectora de Animales*, dona a la OMS 30.000 dólares por haber reducido la utilización de animales en investigación.

A principio de los años 90 mujeres de la India se manifestaron en Ginebra acusando a sus gobiernos y a la propia OMS por falta de información en investigación de vacunas contraceptivas y contraceptivos hormonales entre 1989 y 1993²⁷.

1992 Nuevo Paradigma de la salud²⁸

En enero de 1992 el Dr. Hiroshi Nakajima presentó formalmente el Nuevo Paradigma de la Salud²⁹ el que constituiría el Nuevo Marco Orientador Sanitario para la formulación de las

²⁵ La que suscribe participó de este grupo.

²⁶ Mes de octubre del 1988.

²⁷ Por la vacunas contraceptivas el sistema inmunitario ataca la hormona del embarazo Produciendo esterilidad entra 12 y 18 meses. Existe peligro de agravación de enfermedades autoinmunes como el SIDA y alergias

²⁸ OMS. Alocuciones del Director General Dr. Hiroshi Nakajima al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud. A45/DIV/4. Ginebra 1992.

²⁹ OMS. Alocuciones del Director General Dr. Hiroshi Nakajima al Consejo Ejecutivo y a la Asamblea Mundial de la Salud. A45/DIV/4. Ginebra 1992

políticas mundiales de salud. Este cambio de paradigma fue puesto en aplicación mediante un compromiso político mundial de los más de 190 países que conforman la OMS³⁰ y sin que fuera tratado por la Vía Parlamentaria de los países³¹. La salud estaría ubicada en el centro del desarrollo y de calidad de vida.

El Dr. Nakajima precisa:

Este cambio es indispensable tanto desde un punto de vista socioeconómico como político. Si bien ello no significa que la salud estaba en manos de los políticos, pero sin duda éstos no perciben el problema de la misma manera que los profesionales de la salud. Los economistas del desarrollo y las instituciones de financiación hablan únicamente de: mitigar la pobreza y propiciar el desarrollo económico. Mitigar la pobreza en estos planes significa destinar la mayor parte de los recursos para el desarrollo económico en lugar de invertirlos en salud y educación³².

Los objetivos son:

Determinar y jerarquizar las medidas prioritarias para atender las necesidades básicas para el desarrollo y luego elegir y poner en práctica las que sean compatibles con los recursos a mano y que tengan probabilidades de éxito.

³⁰ Cuba fue el único país que se manifestó en contra de este cambio y siguió aplicando la *Salud para todos* de acuerdo a lo decidido en *Alma Ata*. Los buenos resultados de sus programas de salud, y con pocos recursos, han sido mundialmente reconocidos.

³¹ La Reforma Constitucional Argentina de 1994 introduce una orientación global. En su artículo 75 sobre Atribuciones del Congreso, inc. 22 dice: Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones u organismos internacionales. Los tratados tienen jerarquía superior a las leyes. Pese a ello este acuerdo sobre un nuevo paradigma de salud nunca fue tratado a esos niveles.

³² El Dr. Nakajima dijo al respecto que todo ello estaba creando una cuestión de ética fundamental ya que las enfermedades serían más difíciles de curar pues no se combatiría la raíz del problema.

Qué implican los objetivos del Nuevo Paradigma de la Salud:

1. ***Medidas prioritarias para atender necesidades básicas para el desarrollo.*** Ello está haciendo mención a la clase activa que es la que rinde beneficios a la economía.
2. ***Poner en práctica las que sean compatibles con los recursos a mano.*** Para asegurar la sostenibilidad de los programas las donaciones son desaconsejadas³³ y la ayuda a los países se canalizará a menudo través de los préstamos del Fondo Monetario Internacional, (FMI) y el Banco Mundial que deberán ser pagados por los países a un alto costo.
3. ***Que tengan probabilidades de éxito.*** Las enfermedades incurables o crónicas muy costosas pueden no ser atendidas.

Nuevo Paradigma de la Salud - Exclusión de justicia y solidaridad

1. ***Se pone en aplicación un doble estándar de normas sanitarias.*** Ello implica dar recomendaciones diferentes según se trate de países desarrollados, o de altos ingresos, o de países en desarrollo, o de bajos o medianos ingresos. En los países de altos ingresos las recomendaciones se dan de acuerdo a lo que la ciencia aconseja como más seguro. En cambio para los países de bajos ingresos, lo que se tiene principalmente en cuenta es la disponibilidad de recursos; debido a ello muchos de los riesgos en salud quedan librados al azar.

³³ Durante el 91 Consejo Ejecutivo del 18 de enero de 1993 el Director Regional de la OMS para el África Dr. Moneosso, hizo alusión a la difícil situación que había en la región, especialmente debido al SIDA con sus graves consecuencias para la salud y la economía, agregando como muy preocupante que ciertos indicios mostraban que *los donantes estaban desertando el África.*

2. ***Cambio en el concepto de Salud Pública.*** Lo que interesa no es la salud de las personas sino la utilidad que el individuo presta al organismo social. Grupos enteros de personas pueden quedar excluidos de servicios de salud lo que implica que la Salud Pública ya no cumplirá fehacientemente con su función tanto preventiva como curativa lo que favorece un aumento importante de la morbilidad y mortalidad.
3. ***Abandono del Juramento Hipocrático.*** Por un Documento del Consejo Ejecutivo del mes de enero de 1996, se abandona el Juramento Hipocrático ya que se considera que: Principios como los establecidos en el Juramento Hipocrático, que se concibieron para que rigieran las relaciones entre el médico y su paciente, hoy día ya no tienen razón de ser ya que la ética sanitaria atañe a las relaciones entre el sector de la salud y la sociedad³⁴.
4. ***Cambio en los valores éticos a nivel profesional.*** En estos planes, el primer valor protegido es la urgente necesidad de limitar la población mundial, especialmente en los países pobres.
5. ***La eutanasia es vista como positiva***³⁵, para el paciente, sus familiares y muy especialmente para la economía.
6. ***Los programas deben ser sostenibles o sustentables,*** los recursos son muchas veces fijados por los organismos de crédito internacional sin tener en cuenta las necesidades sanitarias de toda la población.
7. Necesidad de una Nueva Ética Planetaria permisiva de estos cambios de valores.

³⁴ OMS. Documento EB 97/16.

³⁵ Entrevista de la periodista Marguerite Peeters al Dr. Hiroshi Nakajima, Ginebra, Suiza, 1996.

Parlamento de las Religiones del Mundo

Para cumplir con las exigencias de una nueva Ética Planetaria el *Parlamento de las Religiones del Mundo* se reúne en la ciudad de Chicago, EEUU, en el mes de setiembre de 1993 presentando un “*Manifiesto por una Ética Planetaria*”³⁶ verdadero “*Decálogo de la Nueva Era*”.

Principales problemas a considerar

- Mundo en agonía.
- El planeta Tierra está llegando al límite de sus posibilidades.
- Abuso del ecosistema.
- Variedades de animales y vegetales a punto de extinción.
- Preocupante aumento de la población mundial que requerirá agua y alimentos en cantidades que alterarían el equilibrio del cosmos.
- Agresiones cometidas en nombre de las religiones.
- Constatación de que las religiones tradicionales no están en condiciones de solucionar los problemas ecológicos, políticos y sociales del planeta.
- El concepto de *soberanía de los Estados es un obstáculo para solucionar los problemas mundiales*. Por ello no pueden sustraerse a la autoridad mundial en ciertos casos³⁷.

³⁶ Kung H, Kuschel K. *Manifeste pour une éthique planétaire*. Parlement des Religions de Monde. Paris : Les Éditions du Cerf, 1995.

³⁷ Este nuevo paradigma ético reemplazó los principios cristianos por otros de orientación panteísta en los que la prioridad es la defensa del medio ambiente puesto en riesgo por el crecimiento desmedido de la población en los países pobres.

Nuevo Universalismo: Salud Pública para un Nuevo Humanismo

En la Asamblea Mundial de la Salud de 1999 la OMS presentó el Nuevo Universalismo³⁸ que reafirmó el concepto de la salud introducido por el nuevo paradigma:

La OMS urge cobertura para todos *pero no para todo*.

Implementación de servicios de salud *costo-beneficio*.

Importante cambio en la Declaración del Alma-Ata proponiendo estrategias más realistas: *Elección de prioridades de acuerdo a recursos*.

Curiosamente la propia Directora General de la OMS Dra. Gro Harlem Brundtland en esa oportunidad advirtió: Nuestros valores no pueden aceptar métodos condicionados por las leyes del mercado, que consisten en reservar los servicios de salud para quienes tienen medios de sufragarlos.

Ya el propio Dr. Nakajima en 1995 había dicho³⁹ que, todas estas iniquidades constituían una bomba de tiempo.

Cómo se logra el cambio y sus consecuencias

En principio la letra no cambia pero su significación es diferente. Se reinterpreta la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948: *no todos los seres humanos tienen los mismos derechos*. Cuando la población acepta estos cambios se pasa a reformar las leyes que configuran los sistemas jurídicos de los países. Cómo no se respeta la vida humana, la salud que preserva la vida es afectada. Todo ello implica una confusión entre derechos humanos, Salud Pública y discriminación

³⁸ Brown Phyllida. Who urges "coverage for all, not coverage of everything" British Medical Journal 1999; 318:1305 (15 May).

³⁹ WHO Director -General Warns of "Time Bomb" in Global Health Inequities. 95 Session of WHO Executive Board Opens in Geneva. Press Release WHO/3. 16 January 1995.

Diferencias entre igualdad y equidad

En la tradición filosófica, política y jurídica occidental la igualdad es un concepto técnicamente bien definido. Igualdad no significa identidad; ello quiere decir que aunque todos los seres humanos son diferentes *todos* tienen derecho a la misma dignidad.

La igualdad es uno de los pilares del Estado de Derecho.

En las nuevas orientaciones mundiales la igualdad está siendo remplazada por la equidad. La equidad es un concepto que carece de fuerza moral ya que no reconoce como previa la igualdad de todos los hombres.

La equidad de acuerdo a este nuevo paradigma no consiste en dar a cada uno según sus necesidades sino a quién sea más útil al sistema.

De acuerdo a ello la equidad, con la que se maneja el Nuevo Paradigma de la Salud, es totalmente compatible con la discriminación; ello está llevando a la situación que se vivió en el apogeo del nazismo.

Incluso se estarían violando varios artículos del Código de Ética para el Equipo de Salud en relación con las responsabilidades del médico. También estarían en cuestión principios de la Bioética como el de no maleficencia, obligación de no hacer el mal y el de justicia, obligación de no discriminar.

Nueva interpretación del concepto de desarrollo sostenible o sustentable

Mientras que la Declaración de Alma-Ata decía: La atención y promoción de la salud de toda la población es necesaria para lograr a nivel mundial un desarrollo económico y social sostenible:

Actualmente se sugiere ajustar el número de usuarios de servicios de salud a los recursos y no aumentar los recursos para atender a todos los pacientes.

Para que los objetivos de este *nuevo paradigma* comiencen a ser puestos en aplicación es necesario que los recursos disminuyan. Es por ello que la crisis financiera actual ha servido también para poner en aplicación los objetivos del *Nuevo Paradigma* a nivel de los países de *altos ingresos*; cada vez más a menudo se informa a nivel de estos países sobre *recortes* en los planes de salud⁴⁰.

Estos planes económicos mundiales no solo no mejoraron la situación económica de la población, como se prometía, sino que llevaron a una crisis financiera en muchos países, sin precedentes desde la Segunda Guerra Mundial. Pero lo más grave es que causaron un verdadero desastre humanitario.

Dilemas éticos del Nuevo Paradigma de la Salud⁴¹

En una entrevista⁴² al Dr. Hiroshi Nakajima en relación con el tema de la ética dijo: que, en efecto, ésa sería la discusión del futuro ya que la *Ética Monoteísta* existente no podría aplicarse pues no era posible volver a escribir la Biblia o el Corán; tal vez sería posible volver a escribir el Juramento Hipocrático, pero que sin duda todo ello iba a crear un dilema.

Consecuencias para la salud por cambio de paradigma

Una de las características más preocupantes de estas estrategias mundiales consiste en manipular la información y los co-

⁴⁰ En relación con SIDA, en EEUU, muchos estados tienen lista de espera para tratar a los pacientes y el Fondo Global que proporciona recursos para atender enfermedades como SIDA, Malaria y TB, cuenta cada vez con menos recursos.

⁴¹ Schooyans Michel. *L'Évangile face au désordre mondial*. Préface du Cardinal Ratzinger. París: Librairie Arthème Fayard, 1997. Fue la primera publicación crítica sobre el tema.

⁴² Marguerite Peeters, Ginebra, Suiza, 1996.

nocimientos científicos a los fines de hacer aceptables ciertas recomendaciones que convienen a sus planes. La adopción de este nuevo paradigma significó una violación a los principios establecidos en la Declaración Universal de 1948, ya que este sistema de elección de prioridades en salud establece diferencias entre los seres humanos. Ello significó también dejar de lado importantes compromisos asumidos por la OMS y la UNICEF en la Declaración de Alma-Ata.

Dilemas éticos, jurídicos y científicos en la pandemia del VIH/SIDA⁴³

Sin duda una de las enfermedades que se han visto más perjudicadas por estos planes mundiales es el VIH/SIDA debido especialmente a ser una enfermedad aún sin cura y sus tratamientos muy costosos.

Un artículo publicado en el año 1991 en la Revista Científica *New England Journal of Medicine*⁴⁴ hizo mención a que luego de los primeros diez años de la epidemia del SIDA, y por la insistencia del vocero de la comunidad homosexual, los defensores de los derechos humanos, algunos médicos y funcionarios de salud pública, se comenzó a elaborar una política sanitaria por la que se colocaba la libertad del individuo por encima de la responsabilidad ante terceros; ello implicaba conceder al SIDA un estatus particular. Debido a ello los conocimientos en epidemiología, gracias a los cuales la mayor parte de las epidemias han podido ser erradicadas o controladas, no han sido aplicados en la pandemia

⁴³ Publicación de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. *Anales* -Tomo XXXVI – 2009 - Parte II Institutos.

⁴⁴ Bayer Ronald: Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism. *New England J. Med.*, 324: 1500-1504, 1991.

del SIDA y las leyes que regulan los problemas causados por epidemias muchas veces fueron ignoradas.

Dicha política también fue propiciada por los donantes del primer Programa Mundial del SIDA quienes exigieron que se mantuviera a nivel mundial el concepto de la *confidencialidad asociada al secreto*. Debido a ello el profesional tratante necesita el consentimiento previo del paciente para determinar las medidas de diagnóstico adecuadas; si el paciente es positivo al VIH y se niega a que ello sea informado a sus contactos, el médico tampoco puede comunicarlo a personas en peligro de contagio. Curiosamente las razones que se dieron desde la OMS⁴⁵ para avalar esta política es que el VIH/SIDA es una enfermedad incurable⁴⁶; por ello permitir al paciente guardar secreto es la mejor manera de protegerlo de la discriminación. Este argumento es violatorio de los derechos humanos que son los derechos de todas las personas y de los principios de salud pública sobre prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas. Además presenta la paradoja de permitir discriminar para evitar ser discriminado.

1992 Acuerdo Consensual OMS/UNICEF sobre lactancia materna y VIH/SIDA

Pronto pudieron apreciarse las consecuencias que este cambio de paradigma estaba produciendo en relación con la salud y la infección por el VIH/SIDA. Un Acuerdo Consensual OMS/UNICEF⁴⁷ del año 1992 recomendó a las mujeres seropositivas de los países pobres amamantar a sus hijos. Según informó el

⁴⁵ Sostenido en los años 80 por el Dr. Jonathan Mann, Director del Primer Programa Mundial del SIDA a nivel de la OMS.

⁴⁶ Este argumento carece de racionalidad pues la razón principal para no conceder un estatus particular al VIH/SIDA se debe a que es una enfermedad infecciosa de transmisión sexual en un 80 % de los casos; el que sea incurable no justifica dicho estatus particular.

⁴⁷ OMS/UNICEF. Declaración Consensual con motivo de la Consultación OMS/UNICEF sobre la transmisión del HIV y Lactancia Materna. Documento WHO/GPA/92.1. (1992).

ONUSIDA ya en el año 1999 en el África Subsahariana la cifra acumulativa de muertes ocasionadas por la transmisión vertical del VIH era de más de 4 millones de menores de 15 años; se calcula que un tercio de esas muertes se debe a lactancia materna.

En una reveladora entrevista realizada por la periodista M. Peeters de Bruselas, Bélgica (comunicación personal, 1996), el Dr. Mark Belsey, que había sido Jefe del Programa de Salud Materno Infantil de la OMS dijo: “La promoción de la lactancia materna aún en el caso de una infección por el VIH es un ejemplo de algunas de las interpretaciones del Nuevo Paradigma de la Salud de la OMS. La limitación de recursos debe verse como un parámetro ético”.

Relación médico paciente en caso de infección por el VIH/SIDA

El punto central de la problemática ética en medicina es la relación médico-paciente entendida como fidelidad y subordinación del médico a los valores absolutos de la persona humana⁴⁸. El paciente es el agente principal de la gestión de su salud que toma la iniciativa de dirigirse a otro, el profesional médico, quien por su preparación y experiencia es capaz de ayudarlo.

La relación médico-paciente para el caso del VIH/SIDA debe ser inferida de las normas generales de la atención médica:

- El médico como agente especializado debe dar las recomendaciones más seguras a su paciente y nunca puede proponerle como una opción ciertos comportamientos que a conciencia sabe que son inadecuados o peligrosos.
- Es una cuestión de Ética Fundamental de parte del personal tratante, no solo aconsejar al paciente de manera

⁴⁸ Sgreccia E. *Manual de Bioética*, México: Editorial Diana, 1996, páginas 196-200.

óptima sino tener en cuenta que, en el caso del VIH/SIDA hay terceros involucrados a quienes se los podría llevar a contagiarse o contagiar a otros de una enfermedad mortal.

Aspectos doctrinarios del secreto médico

Genéricamente el secreto médico se apoya en principios morales y jurídicos. Los principios morales tienen su base en el Juramento Hipocrático⁴⁹. Los principios jurídicos se apoyan en el orden público, el contrato y la justa causa. El orden público y el contrato sustentan el principio del *secreto absoluto*, mientras que la justa causa constituye la base jurídica del *secreto relativo*. La justa causa puede ser de orden ético, penal y legal, y ella es la razón capital del secreto médico⁵⁰.

Excepciones al secreto médico

Si bien normalmente el médico debe de guardar secreto sobre lo que concierne a su paciente, en ciertos casos por imposición legal debe notificar ciertas enfermedades o situaciones. Entre ellas se mencionan las enfermedades infectocontagiosas, incluidas las venéreas que deben ser denunciadas ante las autoridades sanitarias por imperativos legales. Estas situaciones configuran *justa causa* para no guardar secreto profesional⁵¹.

Lo que está en cuestión en relación con el problema del VIH/SIDA no es la confidencialidad que siempre debe de existir, y por la cual el médico debe guardar reserva sobre todo lo que su

⁴⁹ Es necesario recordar que en los planes mundiales de salud actuales se considera que el Juramento Hipocrático no es de aplicación ya que las relaciones no se entablan entre el médico y su paciente sino entre el sector de la salud y la sociedad.

⁵⁰ Bonnet E. *Medicina Legal*, López Libreros Editores, Buenos Aires, Argentina, 1980.

⁵¹ Fraraccio J. A. *Medicina Legal*, Editorial Universidad, Buenos Aires 1997.

paciente le confía. Lo que no corresponde es el secreto cuando hay terceros que pueden ser perjudicados. Existe consenso acerca de la prioridad del interés de la comunidad por sobre el deber de confidencialidad particular.

Importancia del Test de Detección del VIH

Para lograr una prevención eficaz es de máxima importancia poder hacer un diagnóstico precoz, para lo cual es indispensable el test de detección del VIH. No obstante, se ha puesto de manifiesto que uno de los problemas más importantes para poder hacerlo efectivo, se debe a los propios protocolos OMS/ONUSIDA sobre dicho test de detección del VIH.

En un documento del año 2005 sobre políticas para la detección del VIH, la OMS y el ONUSIDA exponen los lineamientos de lo que llaman un enfoque basado en los derechos. Curiosamente se dice que, *la voluntariedad del test debe permanecer en el corazón de todas las políticas y programas sobre el VIH/SIDA, ambos para cumplir con los principios de los derechos humanos y asegurar de manera sostenible los beneficios de la salud pública.*

¿Cuál es la responsabilidad del médico, que conociendo todas estas evidencias, acepta hablarle a su paciente de las *desventajas de hacerse el test de detección?* Ello pondría también en cuestión el consentimiento informado, pues para que *la información sea valedera*⁵² *debe ser médicamente correcta y entendible para el paciente.*

Detrás de todas estas contradicciones y silencios existe una evidente manipulación que hace muchas veces difícil poder apreciar dichas incongruencias. Además, el citado documento del 2005, pone en evidencia que los *derechos humanos* ya no son los derechos de todas las personas y que *el principio de justicia* (darle

⁵² Comité Permanent des Médecins Européens, "On Information to Patients and Patient Empowerment". Documento, CPME/AD/Brd/1109904/080/EN. Bruselas, Bélgica, 11 setiembre, 2004.

a cada uno lo que le corresponde), *ha sido violado*. Indudablemente la *salud pública* ya no previene ni trata todas las enfermedades.

Test voluntario de detección perjudica prevención

La persona infectada por el VIH ya contagia. El período latente de la enfermedad puede alcanzar diez o más años durante los cuales la persona infecta aun cuando no tenga ningún síntoma de enfermedad. Si desconoce su estado infeccioso no puede ser tampoco diagnosticada ni tratada, si fuera el caso.

Evidencias científicas en apoyo del diagnóstico precoz

El Instituto de Salud Mental de Bethesda EEUU en el 2015 publica un estudio en apoyo del diagnóstico precoz del VIH/SIDA. Dicho estudio muestra que el virus del VIH puede evolucionar genéticamente e independientemente replicar en el cerebro. 30 % de los pacientes infectados por el VIH mostraron signos de inflamación en los primeros 2 años. Siempre se supo que el VIH penetra fácilmente en el cerebro pero **no** acerca de la rapidez con que actúa.

Se reinterpreta el principio de autonomía

Es preocupante también la reinterpretación que algunos autores^{53,54} han hecho del principio de autonomía diciendo que la persona concernida por el problema del VIH/SIDA no está obligada en virtud de este principio de la bioética a someterse a la prueba de detección del VIH ni a declarar que es portador del VIH o que ha enfermado del SIDA.

La negativa al test, así como guardar secreto implica graves riesgos para los contactos sexuales y/o familiares así como para sí mismo. Esta situación también genera dudas en el caso de

⁵³ Fama F. J, Pret L.E. Derechos Humanos y SIDA.WWW.medicos-municipales.org.ar/Prat 0703 Htm.

⁵⁴ Incluso el INADI apoya esta decisión.

donación de sangre: ¿Podría el donante hacer uso del derecho al secreto o haber rechazado el test y estar infectado? Nuevamente se presenta la pregunta de si puede concederse a una persona el derecho a violar los derechos de otro. Sin duda esta posibilidad es inquietante e inconcebible en un estado de derecho.

El moderno concepto de la bioética indica el respeto por la libertad individual del paciente y su autonomía para decidir. No obstante estos derechos no son ilimitados, como sería en el caso de una enfermedad infecto-contagiosa que ponga en peligro la salud y por ende la vida de terceros. *El ejercicio de la autonomía del paciente, está limitado por los iguales derechos de los demás.*

Nuevas normas sobre donación de sangre⁵⁵

El Ministerio de Salud presentó en el mes de septiembre del 2015 los nuevos requisitos para donar sangre que buscan “avanzar hacia un *Sistema Nacional de Sangre seguro, solidario e inclusivo*”. Poniendo fin a una larga historia de discriminación institucional hacia la comunidad de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales (LGBT)”.

Ya no se preguntará si los hombres tuvieron relaciones sexuales con otros hombres sino a todos, sin excepción, si tuvieron alguna práctica de *riesgo incrementado*.

Existe la posibilidad de la autoexclusión para los casos especificados a continuación: Todos estos casos excluyen de la posibilidad de donar sangre. Lo que es importante señalar que el usar condón o campo de látex no modifica esta prohibición:

- Tener relaciones sexuales con personas que tienen virus de VIH, Hepatitis o HTLV I-II.

⁵⁵ Normas que modifican y/o complementan a la Ley 22990. Decreto 375/1989 *Poder Ejecutivo Nacional*

- Tener relaciones sexuales con personas que se dializan o reciben transfusiones frecuentemente.
- Tener una relación sexual con personas que cambian muy frecuentemente de pareja sexual.
- Tener una relación sexual con personas que utilizan drogas inyectables o que comparten el material para consumir drogas.
- Tener relaciones sexuales entre más de dos personas al mismo tiempo, que usted desconoce si tienen infecciones de transmisión sexual.

Incongruencias en estas recomendaciones

Como hemos visto se permite a una persona infectada por el VIH/SIDA guardar secreto sobre su estado infeccioso⁵⁶. Incluso el médico necesita el consentimiento de su paciente a los fines de informar a sus contactos sexuales o familiares.

En el caso de donación de sangre esta misma persona debe respetar todos los casos que hemos visto por su peligrosidad hacia los posibles receptores de esa sangre.

*Nos encontramos ante una situación insólita: se permite por el secreto contagiar a sus contactos más cercanos pero **no** a terceros.*

Grave situación mundial del VIH/SIDA

Según recientes informes del CDC 2015⁵⁷ los denominados grupos de riesgo representan el 63 % de todas las nuevas infeccio-

⁵⁶ Decreto Reglamentario 1244 de la Ley del SIDA 23798/97.

⁵⁷ Centro para el Control de las Enfermedades. Atlanta EEUU.

nes. Uno de cada 5 hombres de esos grupos infectados por el VIH, desconocen que lo están⁵⁸. Hombres jóvenes, entre 13-24 años, representan el 72 % de las nuevas infecciones en homosexuales. Es importante señalar que es en estas edades en las que se suele donar sangre.

Los grupos más concernidos practican el coito anal que es uno de los comportamientos sexuales de mayor riesgo. En una información técnica del ONUSIDA⁵⁹ se dice que el coito anal entraña un riesgo particularmente elevado de transmisión del VIH para el *receptor* en las relaciones entre varones. El riesgo que conlleva para éste el contacto sexual por vía anal es varias veces mayor que el correspondiente al de la mujer que mantiene relaciones sexuales vaginales. El motivo es que el revestimiento epitelial del recto es muy fino y puede rasgarse con facilidad, incluso las lesiones más leves en el epitelio bastan para permitir la entrada del virus del VIH, incluso si no se producen desgarros, se ha sugerido la posibilidad de que la inmunidad natural al VIH de las células del revestimiento rectal sea menor que las del revestimiento de la vagina. La presencia de ITS no tratadas como la sífilis, la blenorragia y la clamidiasis, puede aumentar considerablemente el riesgo.

Debido a que alertar sobre estos riesgos es considerado una violación a los derechos de estos grupos, es difícil y peligroso advertir a la población. Existe temor justificado entre los profesionales⁶⁰ sobre estas advertencias fundamentales de salud pública.

No cabe duda que estas anomalías de salud pública de alcance mundial, están relacionadas con este cambio de paradigma.

⁵⁸ Test de detección voluntario no es de ayuda en estos casos.

⁵⁹ ONUSIDA. "El SIDA y las relaciones sexuales entre varones". Ginebra, Suiza, octubre de 1997.

⁶⁰ Hace unos meses el conocido profesional Dr. Abel Albino fue insultado gravemente por haber dicho con claridad los riesgos del coito anal en una entrevista radial con el periodista Ernesto Tenenbaum. Es incomprensible que, por lo menos, el Ministerio de Salud no lo defendiera.

Lo nuevo en prevención y sus problemas

En el mes de septiembre del 2014 el CDC publica una recomendación para **reducir riesgos** de infección por el VIH/SIDA en **lugar de evitarlos**.

Todos deben saber si están infectados. Curiosamente siguen insistiendo en la voluntariedad del test de detección.

Las nuevas propuestas son de **profilaxis pre y post exposición**.

En el mes de mayo 2016, en el *Día de la conciencia del SIDA para Mujeres y Niñas*, se ofrece igualmente **profilaxis pre y post exposición**.

El utilizar drogas antirretrovirales en lugar de prevención primaria no tiene en cuenta los riesgos para la salud⁶¹ y el alto costo de estos medicamentos.

La OMS informó a fines del 2015 que en el mundo fallecen anualmente 1,2 millones de personas por el SIDA y 1,1 millones de personas por tuberculosis⁶² pese a ser una enfermedad curable. La diferencia está dada por la cantidad de recursos que se utilizan para combatir una y otra enfermedad. El SIDA con 8 mil millones de dólares a nivel global consume cien veces más recursos que la tuberculosis.

Problemática ética en medicina puesta en cuestión

- Relación médico-paciente como subordinación del médico a los valores absolutos de la persona humana.
- Dar recomendaciones seguras y **nunca** proponer como opción comportamientos de riesgo.

⁶¹ Lipodistrofia y problemas mitocondriales, entre otros.

⁶² La Tuberculosis es una de las coinfecciones del VIH más comunes juntamente con la hepatitis B; C y D.

- Es una cuestión de ética fundamental tener en cuenta el peligro de contagio para terceros.
- ***Principio de Beneficencia:*** Hacer el bien.
- ***Principio de no maledicencia:*** No dañar.

Cambios en ética médica tradicional

La ética médica establece y ahora no se cumple:

- Subordinación del médico a los *valores absolutos de la persona humana*.
- *Dar recomendaciones seguras y nunca proponer comportamientos de riesgo*.
- Tener en cuenta *el peligro de contagio para terceros*.
- Por imposición legal el médico *debe notificar ciertas enfermedades infecto-contagiosas*.

Ley 26742. “Muerte digna”⁶³

Esta Ley hace mención a los derechos de los pacientes para tomar decisiones sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud. En el marco de esta potestad, el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable, se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, debe ser informado fehacientemente y tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría. También en el caso que produzcan un sufrimiento desmesurado. *También po-*

⁶³ Modificación a la Ley 26529. Promulgada el 24/05/2012. Estableció los derechos de los pacientes con los profesionales e instituciones de salud.

drá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

Es interesante destacar que el retiro a la alimentación e hidratación⁶⁴ se presenta como una medida humanitaria para acelerar la muerte y reducir el sufrimiento. En consecuencia ello se puede prestar a considerar como *más humanitario* llevarlo de inmediato a la muerte (eutanasia) sin esperar que ella sobrevenga como consecuencia del retiro de la alimentación e hidratación.

Otro de los puntos cuestionables de la Ley es la amplia enumeración de los casos que mencionan a: *paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable, se encuentre en estado terminal o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación*. Actualmente existen muchas enfermedades incurables como por ejemplo el SIDA, gran parte de los cánceres, diabetes, etc. Ello podría constituir una puerta abierta para muchos abusos.

Teniendo en cuenta que es a partir del diagnóstico médico sobre una *enfermedad terminal irreversible o incurable* que el paciente o sus familiares toman una decisión. Si el médico respeta los mencionados compromisos mundiales puede dar un diagnóstico que tenga en cuenta si se trata de una enfermedad prioritaria o no, o si de acuerdo al costo beneficio correspondería atenderla. Todo ello pone en cuestión la propia finalidad de la Ley que es de asegurar y ampliar los derechos de los pacientes.

No deja de ser también significativo que, finalmente se deja aclarado que *ningún profesional interviniente que haya obrado de acuerdo a las disposiciones de la Ley está sujeto a responsabilidad civil, penal, ni administrativa derivadas de su cumplimiento*. Ello estaría avalando ciertas prácticas de eutanasia pasiva como el retiro de la hidratación y alimentación.

⁶⁴ Ello implica eutanasia pasiva.

Todo ello implica que la salud pública ya no previene ni cura todas las enfermedades modificando los principios de epidemiología sobre enfermedades infecciosas y venéreas.

Publicación de Revista Científica desconoce principios éticos fundamentales⁶⁵

- Acepta aborto incluso por razones no relacionadas con la salud del feto.
- Fetos y recién nacidos **no** tienen el mismo estatus moral como personas reales.
- Ser personas potenciales es **moralmente irrelevante**.

Por ello se debe permitir matar a un recién nacido en los casos en que se permite el aborto.

Argumentos de los autores del artículo:

El mero hecho de ser humano no es una razón para atribuir a alguien el derecho a la vida⁶⁶.

El recién nacido y el feto son moralmente equivalentes.

Los derechos e intereses de la gente deben ser predominantes en la decisión sobre el aborto y el aborto después del nacimiento.

El Dr. Julián Savulesco⁶⁷ opinó que: “Los que critican el art. de referencia: *son fanáticos que se oponen a los valores propios de una sociedad liberal.*

⁶⁵ Alberto Giubilini, Francesca Minerva. *After-birth abortion: why should the baby live?* *J Med Ethics* doi:10.1136/medethics-2011-100411.

⁶⁶ Cambio fundamental en la Declaración Universal de derechos Humanos de 1948.

⁶⁷ Director de la citada Revista Científica, de origen australiano, y profesor de Ética Práctica de la Universidad de Oxford.

Consecuencias éticas por cambio de paradigma y la medicina nazi

La Dra. Naomi Baumslag en su libro: *Medicina Asesina*⁶⁸ trata la experimentación con seres humanos y tifus realizada por médicos nazis. Tituló el prólogo del libro: *Apoteosis de la maldad médica*. En sus argumentaciones dice que para evitar el mal tenemos que enfrentarnos a él. Para poder enfrentarlo tenemos que ir más allá de los límites de la bondad. No es suficiente repudiarlo pues debemos recordar que la maldad a menudo se disfraza de bondad y los crímenes de los médicos nazis lo prueban. Nunca se arrepintieron de lo hecho pues lo consideraron como necesario y beneficioso para toda la población⁶⁹.

En consecuencia este cambio paradigmático nos ha llevado a la:

Perversión de la medicina. La medicina gerencial puesta en aplicación por el Nuevo Paradigma de la Salud se reduce a decidir qué individuos pueden tener acceso a servicios de salud y quiénes no. En consecuencia el aumento de la mortalidad no sería negativo. La prevención de las enfermedades es muchas veces desestimada y el doble estándar de normas sanitarias aplicado por el nuevo paradigma permite manipular los conocimientos de la Ciencia y dar recomendaciones erróneas.

Perversión de la Salud Pública. La Salud Pública ya no tiene por finalidad prevenir y curar las enfermedades sino atender las necesidades sanitarias de las personas útiles al sistema y siempre de acuerdo a un criterio costo-beneficio.

⁶⁸ Naomi Baumslag. *Medicina Asesina*. Barcelona, Plataforma Editorial, 2014.

⁶⁹ En nuestras propias leyes podemos encontrar argumentos en este sentido: Por ejemplo la citada Ley de *Muerte Digna*. El aborto seguro presentado como el derecho de la mujer sin mencionar la supresión del Feto y la necesidad del cambio de paradigma para asegurar el futuro de la humanidad.

Perversión de la vida económica. Se admiten prácticas que atentan contra la vida humana o su integridad. La economía no está al servicio de la vida y la salud de las personas sino que éstas sirven a los intereses de la economía.

Perversión del derecho. Mediante la reinterpretación de importantes convenciones internacionales y de las legislaciones de los países se está pervirtiendo el derecho. Es extremadamente alarmante la reinterpretación de La Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948.

Perversión de la Ética. A semejanza de lo que ocurrió con el nazismo, cuando el Estado o las organizaciones mundiales asumen el poder político de tomar decisiones sobre la vida y la muerte de las personas, los comités de ética que ellos reúnen no tienen ninguna garantía. La Bioética y la obsesión del Estado en lo que concierne a la eutanasia, han sido explícitas categorías del nazismo. El nazismo fue una ética de la vida y tenía su propio concepto de lo que era una vida digna, asumiendo implacablemente la necesidad de poner fin a las vidas indignas^{70,71}. El argumento de la calidad de vida que permitió al nazismo la destrucción de vidas que no eran dignas de ser vividas está siendo nuevamente utilizado. Todo ello nos recuerda la Higiene racial del régimen nazi⁷². En estos momentos se habla de proporcionar al paciente una muerte digna⁷³ y la muerte medicalizada⁷⁴ de los doctores nazis se va delineando.

⁷⁰ F. Nietzsche precursor del nazismo decía que *una persona enferma es un parásito de la sociedad*.

⁷¹ Binding K. Hoche A. Permitting the Destruction of Unworthy Life. Traducción Publicada en: *Issues in Law and Medicine*, vol. 2, Nro. 8, 1992. Series impresas, P. O. Box 1586, Terra Haute, Indiana (EEUU) 47808- 1586.

⁷² Proctor Robert. *"Racial Hygiene" - Medicine under the nazis*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1988.

⁷³ La llamada *muerte por misericordia* fue una de las propuestas del nazismo.

⁷⁴ Lifton, Robert Jay. *The nazi doctors - Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books (Harper Collins), 1986.

Conclusión

Indudablemente la enseñanza de la medicina actualmente se encuentra en una encrucijada entre lo que debería hacer y las exigencias de las políticas de salud. Es imprescindible aclarar qué principios de bioética van a ser aplicados y cuál es la significación actual de dichos principios. Todo ello plantea también el interrogante sobre la educación bioética de los futuros médicos ya que la ética tradicional no va a ser de aplicación en el ejercicio de su profesión. ¿Cuántos van a ser los casos de objeción de conciencia que debería presentar un médico responsable de la ética médica? Terminaría por no poder ejercer su profesión.

En consecuencia, el problema del medioambiente existe y es real la escasez de recursos, pero para su solución es necesario adoptar medidas racionales que respeten la vida y la salud de todos los seres humanos. Para poder reducir los costos de la salud, que es uno de los problemas más graves en estos momentos, es urgente poner en aplicación las normas de salud pública sobre prevención de las enfermedades, como está demostrado en relación con el VIH/SIDA. Además, el Estado no debe abandonar su rol como dispensador de salud y educación, pues importantes grupos de población carecen de la posibilidad de ser atendidos por esos problemas.

Bibliografía

- Abraham T., Badiou A., Rorty R. *Batallas Éticas*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 1995.
- Amery C. *“Auschwitz, ¿Comienza el siglo XXI? Hitler como precursor*. Munich, Alemania: Luchterhand, Literaturverlag, 1998.

- Andreopoulos G. Ed. *Genocide: Conceptual and Historical Dimensions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994.
- Bernadac C. “*Les Médecins Maudits*”. París, Francia: Éditions Michel Lafon, 1996
- Binding K. Hoche A. “Permitting the Destruction of Unworthy Life”. *Issues in Law and Medicine*, vol. 2, N°. 8, 1992. Box 1586, Terra Haute, Indiana (EEUU) 47808- 1586.
- Black Edwin. *IBM y el Holocausto*. Buenos Aires, Editorial Atlántida, 2001.
- Cornwell J. *Hitler’s Scientists - Science - War and the Devil’s Pact*. Londres, Inglaterra: Penguin Books, 2003.
- Consejo Pontificio para la Familia. *Lexicón*. Madrid, España: Ediciones Palabra, 2004. *Nuevo Paradigma de Salud*: págs. 845-853.
- Lifton, Robert Jay. *The nazi doctors - Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books (Harper Collins), 1986.
- Nakajima, Hiroshi. WHO Director-General Warns of “Time Bomb” in Global Health inequities, 95 Session of WHO Executive Board, Press Release WHO/3, 16 January 1995.
- OMS/UNICEF. Declaración Consensual con motivo de la Consultación OMS/UNICEF, sobre la transmisión del HIV y Lactancia Materna. WHO/GPA/92.1. (1992).
- OMS. *L’étique et la santé au niveau mondial*. Conseil Exécutif, EB96/INF. DOC/20, 23 janvier 1996.
- OMS. *L’étique et la santé au niveau mondial*. Conseil Exécutif, EB95/INF. DOC/20, 23 janvier 1996.
- OMS/UNICEF. Global Strategy: Breastfeeding critical for Child Survival.

Pérez de Pio María I. *Nuevo Paradigma de la Salud de la OMS*. Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Argentina «Santa María de los Buenos Aires». Buenos Aires, Argentina, 1998.

Pérez de Pio María I. *El concepto de prevención del VIH y el problema de la confidencialidad absoluta*, VI Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Publicación de la Asociación Argentina de Bioética, Instituto de Bioética y Humanidades Médicas, Fundación Dr. José María Mainetti, La Plata, diciembre 2000.

Pérez de Pio María I. *Nuevo paradigma de la Salud de la OMS - Un Nuevo Enfoque de la Salud*, Seminario realizado por “SIDA Information Suisse”, Zurich, Suiza, 6 de noviembre del 2001.

Pérez de Pio María I. *Nuevo Paradigma de la Salud de la OMS - Un Nuevo Enfoque de la Salud*, Congreso Internacional de Ética, Sirmach, Suiza. 25 de julio del 2002.

Pérez de Pio María I. *Ecosistema Versus Medicina*, XIII Congreso “Mut zur Ethik”, para países de lengua alemana, Feldkirch, Austria, 4 de septiembre del 2005. publicado en: *Mut zur Ethik, Grundlagen legen für eine humane Zukunft*. XIV. Kongress vom 1. Bis 3. September 2006 in Feldkirch/Vorarlberg (Austria).

Pérez de Pio María I. “*Dilemas Éticos, Jurídicos y Científicos en la Pandemia del VIH/SIDA*” CIES Congreso Internacional de Educación Superior. Universidad del Salvador, Buenos Aires, 27, 28 y 29 de septiembre 2010.

Pérez de Pio María I. “*La enseñanza de la Bioética en la Globalización de la Salud*”. VIII Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética”. Viña del Mar, Chile, 23, 24 y 25 de junio, 2011.

Pérez de Pío María I. “*Secreto Médico y SIDA - Un Problema Ético Legal*”. III Jornadas de Derecho de la Salud - Homenaje al Dr Ramón Carrillo”. Buenos Aires, Argentina, 14 y 15 de noviembre del 2011. El “*Centro de Estudios y Participación Ciudadana* “(CEPC) convino con la Biblioteca del Congreso de la Nación la publicación de una obra que recoja la totalidad de las intervenciones.

Sen Amartya. *Inequality Reexamined*. Oxford, Oxford University Press, 1992.

WHO/UNICEF. *Primary Health Care*, Alma-Ata, 1978.

WHO. *The Magazine of World Health Organization* - October 1988

WHO *Towards a Paradigm for Health* (discussion paper). DGO, 19, June 1991.

WHO. *A Paradigm for Health. A Framework for New Public Health Action*. Executive Board, A44/DIV/4, 1991.

WHO. *Statements of Dr. Hiroshi Nakajima Director-General to the executive Board and the World Health Assembly*. A 45/DIV/4, 1992.

WHO/FRH/NUT 98.2. *A review of HIV transmission through breastfeeding*.

WHO/FRH/NUT 98.3. *Report of WHO Informal Consultation on Health and Human Rights*, WHO/HPD98.1.

World Bank. *Investing in Health, World Development Report 1993*, Oxford University Press, 1993.

World Bank. *Progress in Reproductive Health Research*, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special 1994.

