

>> Miradas bioéticas



Entrevista al Dr. Sergio Litewka: “Los investigadores son seres humanos sujetos a las mismas pulsiones, conflictos, deseos e intereses que cualquier persona en cualquier profesión”

Médico, Máster en Salud Pública. Director Internacional del Instituto de Bioética y Políticas de salud de la Universidad de Miami.

Desde sus inicios como médico egresado de la Universidad de Buenos Aires y magíster en Salud Pública, considerando el prestigio y la trayectoria alcanzada en universidades e instituciones de otros países, nos gustaría saber: ¿Cómo ha sido su acercamiento a la bioética? Y dentro del amplio abanico de temas que la disciplina abarca, ¿cuáles lo han interpelado?

En 1979, cuando me gradué de la Universidad de Buenos Aires, la bioética no era una disciplina muy difundida entre los médicos y, menos aún, entre los cirujanos, especialidad que decidí seguir entonces.

Esto resulta paradójico, considerando que el pionero de la bioética latinoamericana fue un argentino: el médico y filósofo José Alberto Mainetti, quien en 1970 había fundado el Instituto de Humanidades Médicas, conocido posteriormente como Escuela Latinoamericana de Bioética. Su producción académica contribuyó a cimentar las bases de la disciplina en la región.

Tampoco podría afirmarse que la cirugía estaba divorciada del humanismo médico, ya que no podemos obviar a José María Mainetti, padre de José Alberto. Este talentoso cirujano y destacado docente sentó los precedentes a través de su Fundación sobre el humanismo médico, trayectoria que continuaría su hijo, quien le daría forma definitiva a través de la bioética.

A pesar de semejante influencia, tal vez debido a lo hermético que resultaba para muchos su lenguaje, o bien por la confusión generada por quienes equiparaban los códigos de ética médica con la bioética, la disciplina no permeó inicialmente en el terreno de la atención médica, al menos no de manera generalizada.

Desde mi experiencia personal como médico cirujano de un hospital de la Provincia de Buenos Aires, me generaba profundo malestar la naturalidad con que se aceptaba la falta de recursos diagnósticos y terapéuticos. Mientras estos recursos eran accesibles en el sector privado, e incluso en algunos distritos más afortunados —como lo que hoy es la Ciudad de Buenos Aires

o algunas comunas bonaerenses más afluentes—, no estaban disponibles en muchos otros lugares, y esto se asumía como algo tan normal como la lluvia.

No me refiero a instrumentos sofisticados: la falta de un simple ecógrafo resultaba a veces determinante para confirmar un diagnóstico, y en algunos casos determinar si un paciente ingresado en emergencia requería atención clínica o quirúrgica y, en caso de ser quirúrgico, si la condición demandaba resolución inmediata o podía esperar hasta la mañana siguiente, cuando el hospital funcionaba con la totalidad de su personal y equipos.

Una consecuencia directa de esta situación se reflejaba en las diferentes posibilidades de recuperación que tendría una víctima de accidente de tránsito, lesión neurológica o abdomen agudo, según la comuna o zona donde estuviera ubicado el hospital donde recibiera atención.

Por supuesto, esto no desmerece el trabajo de médicos y enfermeras quienes, en la mayoría de los casos, hacían todo lo posible con los medios disponibles, aunque estos pudieran resultar insuficientes para brindar una respuesta acorde con los estándares de la medicina de fines del siglo XX.

Durante los años noventa, abandoné la actividad asistencial y me reconvertí al entrar a trabajar en una empresa que administraba la prestación de servicios médicos dentro del llamado "sistema capitado de prestaciones médicas". Se trataba de un modelo en el cual un financiador —en mi caso, una de las obras sociales sindicales— paga una cantidad determinada de dinero a la firma, la cual debe subcontratar efectores (clínicas y profesionales) para brindar servicios de salud a los afiliados.

En esa misma época, tanto en Estados Unidos y Canadá como en el Reino Unido y otros países europeos, se desarrollaban numerosos estudios e iniciativas —reflejados en revistas científicas, conferencias y foros interdisciplinarios— sobre el uso adecuado de los recursos destinados a la salud. Estos trabajos partían de la premisa de que, independientemente del sistema, los recursos siempre son escasos en relación con la demanda, por lo que se impone alguna forma de racionalización. Aunque esto aplica a todos los sistemas de salud, estas discusiones adquieren mayor relevancia cuando el sistema es financiado por contribuyentes, como ocurre con los sistemas nacionales de salud o mediante retenciones laborales en el caso de la seguridad social.

Naturalmente, hasta hoy estos aspectos permanecen sin resolver, ya que la determinación de prioridades en salud depende no solo de factores económicos, sino también de los valores, ideología y principios filosóficos representativos de las sociedades y de los políticos y técnicos que deben decidir sobre estos modelos prestacionales.

Sin embargo, las discusiones que relacionaban ética y uso de recursos sanitarios, aunque mencionadas en la Argentina de los noventa, no se reflejaban claramente en las políticas o análisis de la época. Más bien se traducían en un conjunto de palabras y lugares comunes que no necesariamente contribuían a generar aportes intelectuales consistentes, mas allá del slogan "salud para todos".

En un intento por enriquecer esta discusión, junto con algunos colegas creamos una publicación cuyo objetivo era trasladar a la Argentina los debates y argumentos morales y éticos que se desarrollaban en otras latitudes, entrevistando economistas, administradores de sistemas de salud y expertos en ética. La revista se llamó CEMAR y conseguimos reflejar la opinión de numerosos expertos nacionales e internacional sobre los distintos modelos de financiamiento de la salud. Fue un proyecto interesante, aunque de vida breve. No habíamos considerado que para iniciar estas conversaciones resulta fundamental que haya transparencia sobre el manejo de los fondos destinados a los servicios de salud. En términos simples: si se va a racionar el acceso a una determinada práctica, debe quedar claro en qué se invertirán los recursos derivados de esa decisión. Sin embargo, especialmente dentro del subsistema de Obras Sociales argentino, el uso, manejo y distribución de ese financiamiento estaba lejos de ser transparente. Sin esa condición las reflexiones sobre este tema se pierden en discusiones secundarias, incapaces de llegar al meollo de los problemas existentes.

Este continúa siendo un tema pendiente en Argentina, y las consecuencias de esta opacidad en las políticas públicas de salud se siguen padeciendo en la actualidad.

Aunque mi interés en estos temas me llevó a vincularme y aprender de colegas que, desde la ética biomédica, compartían inquietudes similares en universidades de Estados Unidos y del Reino Unido, con el tiempo descubrí un campo mucho más fértil desde el punto de vista intelectual y, me atrevería a afirmar, con mayor capacidad de generar respuestas: la ética de la investigación biomédica. Desde 2003, cuando comencé mi vinculación laboral con la Universidad de Miami, me dedico a estos temas.

En la actualidad su trabajo se centra en la colaboración en ética de la investigación y conducta responsable en educación para la investigación con organizaciones gubernamentales internacionales, universidades y el sector privado. En estos tiempos, ¿considera que se presentan nuevos riesgos que comprometan las conductas éticas en las investigaciones que se desarrollan en distintos ámbitos?

Los riesgos —entendidos como la posibilidad de que ocurra una situación negativa— existen permanentemente, y no podría garantizarse que no surgirán situaciones que pongan en entredicho los aspectos éticos de la investigación biomédica. Aunque tanto esta disciplina como la ciencia en general cuentan con marcos éticos y reglamentarios destinados a prevenir y, cuando sea necesario, sancionar la deshonestidad y cualquier forma de desviación, los investigadores son seres humanos sujetos a las mismas pulsiones, conflictos, deseos e intereses que cualquier persona en cualquier profesión. En definitiva, son los valores y principios individuales los que determinan la honestidad e integridad en el desarrollo de sus tareas.

Podríamos distinguir entre riesgos tradicionales y otros aún por dimensionar completamente, estos últimos originados en tecnologías que, si bien ofrecen alternativas prometedoras en el campo de la investigación científica, también tienen el potencial de generar nuevos escándalos.

Entre los riesgos tradicionales —casi diría perennes— destacaría la relación entre la industria y los médicos. Quiero aclarar que reconozco y valoro el papel de la industria como motor del

progreso en nuevas y mejores alternativas terapéuticas, pero considero importante que hospitales y otros centros de salud establezcan políticas claras sobre conflictos de interés cuando sus profesionales actúan simultáneamente como investigadores para empresas farmacéuticas. Es fundamental que los límites éticos de estas relaciones queden claramente definidos para todos los actores involucrados.

Respecto a los riesgos emergentes, la inteligencia artificial generativa ha creado un escenario inédito en el cual pueden prosperar las llamadas "revistas predatoras" —publicaciones que aceptan artículos sin revisión rigurosa a cambio de pagos—, pero también pueden verse comprometidas publicaciones científicas respetables al aceptar manuscritos completamente generados por estas tecnologías. El creciente número de artículos retractados representa apenas la punta del iceberg de un problema que se manifiesta en el escepticismo, cuando no en la desconfianza directa, hacia la actividad científica por parte de comunicadores, políticos y la población en general.

Existen, además, riesgos relacionados con el archivo y resguardo de datos personales de los sujetos de investigación, así como de todos quienes tienen registros en instituciones de salud, el uso inadecuado de información genética, y el "malentendido terapéutico" en situaciones desesperadas —cuando pacientes confunden investigación con tratamiento—, entre muchas otras posibilidades donde los límites entre investigación biomédica y tratamiento se vuelven cada vez más difusos, incluso para los mejor informados.

Dr. Litewka, Usted dirige la Iniciativa Panamericana de Bioética y es el director latinoamericano del Programa CITI. ¿Puede explicarnos en qué consisten estos proyectos?

Cuando me integré al Instituto de Ética y Políticas de Salud de la Universidad de Miami —entonces denominado Programa de Ética—, su director, Kenneth W. Goodman, había creado el Programa Panamericano de Ética. En 2008, los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos y el Centro Internacional Fogarty nos otorgaron financiamiento para desarrollar la Iniciativa Panamericana de Bioética (PABI, por su acrónimo en inglés).

Gracias a este subsidio establecimos colaboraciones con universidades de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Honduras, México y Perú. A través de estas alianzas desarrollamos cursos y módulos en línea sobre integridad científica y ética de la investigación, tanto traducidos del programa CITI original como materiales autóctonos creados por nuestros becarios en cada universidad participante.

Aunque el financiamiento de los Institutos Nacionales de Salud concluyó en 2014, nuestras actividades continúan a través de labores docentes y de consultoría hasta el presente. PABI ha recibido otros subsidios de la Oficina de Integridad Científica de Estados Unidos, lo que nos ha permitido realizar estudios y organizar reuniones sobre el estado actual y las iniciativas existentes en políticas de conducta responsable en investigación dentro de la región latinoamericana.

El programa CITI fue creado en 2000 por los doctores Paul Braunschweiger, de la Universidad de Miami, y Karen Hansen, del Centro Fred Hutchinson en Seattle. CITI —acrónimo de

"Collaborative Institutional Training Initiative"— ofrece cursos asincrónicos en línea para el aprendizaje de fundamentos en ética de la investigación e integridad científica, y es de uso habitual en universidades estadounidenses.

Tuve el privilegio de dirigir su división internacional desde 2005 hasta 2017, cuando CITI fue adquirida por una empresa privada y dejó la Universidad de Miami. Hasta ese momento, CITI constituyó un recurso utilizado por universidades de Asia, África y numerosas instituciones de América Latina.

En Latinoamérica frecuentemente se sostiene que existe una bioética con características propias de la región que se diferencia de la anglosajona. ¿Cuál es su posición al respecto?

La bioética anglosajona, especialmente la desarrollada en Estados Unidos, tiene sus raíces en el llamado Orden Liberal Internacional, establecido mediante acuerdos y compromisos entre naciones democráticas tras el final de la Segunda Guerra Mundial.

Aunque existen diferencias entre quienes adhieren al "principialismo" —basado en los principios de autonomía, respeto, beneficencia y justicia— y quienes siguen otras corrientes, la bioética en el ámbito anglosajón ha logrado un desarrollo institucional sólido, con influencia real sobre comités de ética, marcos regulatorios, políticas sanitarias y decisiones clínicas.

Así como en Estados Unidos no existe una corriente única, resultaría aventurado sostener que existe una bioética específicamente latinoamericana. De hecho, el humanismo médico a través del legado de Pedro Lain Entralgo y más recientemente, los aportes de Diago Gracia desde España, así como los de Fernando Lolas Stepke desde la Universidad de Chile, solo por nombrar a algunos referentes de la bioética en América Latina han nutrido y enriquecido el desarrollo de la disciplina en la región.

Sí puede mencionarse una corriente de pensamiento denominada "bioética dura" o "de intervención", que considera, en líneas generales, que el liberalismo constituye apenas uno de los múltiples ejemplos de un orden injusto aplicado a países en desarrollo para perpetuar desigualdades y dependencia respecto de las naciones industrializadas. Desde esta perspectiva, los pactos y documentos internacionales creados después de la Segunda Guerra Mundial son vistos a veces por sus seguidores como herramientas de subordinación o, como en el caso de la Declaración de Helsinki, como instrumentos que han perdido su intención original y que facilitarían el abuso y la explotación de países de ingresos bajos y medianos.

Personalmente discrepo completamente con esta visión y, como ya he expresado, no creo que represente a la bioética latinoamericana, sino más bien a un sector comprometido con una línea ideológica opuesta a las democracias occidentales o, dicho de otra manera, más afín a modelos autoritarios o totalitarios.

Un episodio particularmente lamentable, vinculado parcialmente con este sector, fue la actuación del denominado "Comité de Ética y Derechos Humanos en Pandemia COVID-19" (<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus/comite-bioetica>), creado por disposición del entonces ministro argentino de salud, Ginés González García.

Este comité, pese a haber sido establecido para asesorar sobre las "implicancias éticas de la pandemia", desnaturalizó su función al convertirse en defensor acrítico de las políticas desastrosas implementadas por el gobierno argentino de entonces. Ignoró los abusos a los derechos humanos perpetrados durante el extenso confinamiento obligatorio impuesto por las autoridades, que resultaron en detenciones arbitrarias y al menos 37 muertes por acciones de las fuerzas de seguridad. Más grave aún, calificó las críticas periodísticas a tales abusos como "iatrogenia informativa" en uno de sus informes (https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/08/cedhccovid_iatrogenia-informativa.pdf).

Mirando hacia el futuro, ¿cuáles considera que son los temas a los que los bioeticistas deberíamos prestar mayor atención?

En términos generales, ratifico lo expresado respecto a los datos y la manipulación genética, tanto con fines terapéuticos como de mejoramiento humano, así como el uso de inteligencia artificial como asistente médico. Aunque esto ya ocurre, el avance de estos modelos podría transformar completamente el rol del médico hasta convertirlo, eventualmente, en asistente de la inteligencia artificial.

Otro aspecto crucial son los cambios en la definición tradicional de muerte, como ya ha sucedido en Estados Unidos y algunos países de la Unión Europea, y su relación con la donación de órganos. Criterios como "Donación después de Muerte Circulatoria", "Perfusión Normotérmica Regional" o "Perfusión Normotérmica Toraco-Abdominal Regional" requieren el análisis de los bioeticistas, especialmente en Argentina y América Latina, ya que estas técnicas llegarán tarde o temprano a las legislaturas locales para su estudio y eventual aprobación.

Finalmente, aunque no menos importante, el uso de organoides cerebrales en experimentos, la creación de quimeras y el desarrollo de interfaces cerebro-computacionales merecen la atención de la bioética, al menos en América Latina, puesto que estos temas ya llevan tiempo siendo abordados en países industrializados.

¿Desea agregar algo más?

Únicamente agradecer esta oportunidad de dialogar con ustedes y expresarles mi deseo de continuar este vínculo con su institución.

¿Cómo citar esta entrevista?:

Litewka, S. (julio, 2025) *Entrevista a Sergio Litewka*. Boletín Bioeticar Asociación Civil, vol. V, N°14, julio 2025, ISSN 2953-3775 <https://www.bioeticar.com.ar/boletin14.html>