

Bioética latinoamericana en salud pública

*Drs. Jeiv Gómez¹, Carlos Cabrera Lozada², Carlos Cabrera Figallo³,
Yeyderli Robayo⁴, Pedro Faneite⁵*

RESUMEN

Objetivo: Analizar las corrientes de pensamiento prevalecientes en la bioética latinoamericana en salud pública. **Métodos:** Se investigaron los lineamientos en la bioética latinoamericana, articulando las corrientes de pensamiento con mayor relevancia. **Resultados:** Se identificaron quince propuestas enlazadas de forma relevante a la problemática y la discusión en torno a la justicia ante las desigualdades en salud pública

¹M.Sc. en bioética. Especialista en obstetricia y ginecología, medicina materno fetal. Coordinador de investigación del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. ORCID 0000-0003-4833-5160

²Ph.D. Especialista en obstetricia y ginecología. Director fundador emérito del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. Miembro Correspondiente Nacional de la Academia Nacional de Medicina. ORCID: 0000-0002-3133-5183

³Especialista en anatomía patológica. Docente asistencial del programa de especialización en medicina materno fetal. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0000-0003-2184-0888

⁴Especialista en obstetricia y ginecología. Residente del programa de especialización en medicina materno fetal. Maternidad “Concepción Palacios”. Universidad Central de Venezuela. ORCID: 0009-0000-0293-0648

⁵PnD. Especialista en obstetricia y ginecología y en Perinatología. Individuo de Número de la Academia Nacional de Medicina. ORCID: 0000-0003-1924-7663

en América Latina. **Discusión:** El pensamiento latinoamericano, con sus diversos ejes, íntimamente ligado a las desigualdades en salud, ha producido diversas propuestas que, con sus divergencias conceptuales, terminan convergiendo en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referente a las desigualdades en justicia sanitaria.

Palabras clave: Bioética, salud pública, América Latina.

SUMMARY

Objective: To analyze the prevailing currents of thought on public health latinoamerican bioethics. **Methods:** Latino American public health bioethics most relevant currents of thought were investigated, as well the most relevant currents of thought. **Results:** Fifteen proposals relevantly linked to problematic and discussion over justice and inequalities on public health in America Latina. **Discussion:** Latino American train of thought, with its diverse axes, closely linked to health inequalities, has produced diverse proposals that, with its conceptual divergences, end converging over the necessity of executing mechanisms of conflict solving referred to inequalities on sanitary justice, based on moral values and principles.

Keywords: Bioethics, public health, Latin America.

INTRODUCCIÓN

Desde finales del siglo XIX, la salud pasó de ser una cuestión privada, a un problema de orden público, por lo que se convierte en objeto de estudio por la política pública de forma paulatina, llevando progresivamente a la sectorización de la salud - bien sea pública, privada o mixta -, así como al desarrollo de la sanidad para mantener la salud pública, dando paso a la aparición de la expresión “política sanitaria”

como expresión de las acciones del Estado encaminados a fomentar y desarrollar la salud pública a nivel local, regional o nacional (1,2).

La bioética como disciplina acude en auxilio de la salud pública, partiendo de la realidad inapelable en que todo gerente en salud pública se ve obligado a decidir la asignación de recursos escasos para responder a múltiples necesidades y aspiraciones sin poder satisfacerlas en su totalidad (momento teleológico también conocido como utilitarista) en consonancia con los principios (momento deontológico) (1). La bioética en salud pública pasa a estar alrededor de la justicia sanitaria también conocida como justicia distributiva que debiera manejar la equidad como valor nuclear dentro de la concepción de macrobioética, relacionada con las decisiones que se deben tomar a nivel colectivo en contraste con las de la microbioética, relacionada con lo individual (1,3,4). La macrobioética (bioética social), usa el diálogo que formula, debate y resuelve (sin excluir la disolución cuando no es posible), las cuestiones morales asociadas al grupo, a lo universal y a lo ideal. Por ello, hay una interacción constante con las ciencias de la población, la epidemiología, la salud pública, y las ciencias de lo social (4-6).

Para Lolas (15), el discurso bioético en salud pública es bastante heterogéneo por la amplia diversidad desde sus orígenes (filosofía, medicina, ciencia), formas de articulación (multi, inter, transdisciplinar), campo de aplicación (micro, macrobioética), formas de presentación (fundamental, normativa, clínica, social). Lolas, así como Cortina, (16) separado de lo que inicialmente constituyó la diatriba entre la postura del lenguaje de los derechos en medio del antagonismo anglosajón y la postura enfocada en las virtudes del individuo, han descrito el surgimiento de la teoría de los valores como núcleo en la teoría y práctica de las ciencias sociales, la epidemiología u otras disciplinas dedicadas a la salud pública, en una dimensión diferente de las normas prácticas y los deberes de los gerentes en salud pública y de los profesionales sanitarios. Debido a que los valores en las disciplinas asociadas a la salud, se relaciona en la práctica con la búsqueda del bienestar de las personas y la búsqueda de la excelencia profesional, entra en contexto la macrobioética o bioética social cuando se busca aplicar dichos valores a nivel de las sociedades.

La necesidad de la bioética latinoamericana respecto a la búsqueda de propuestas bioéticas para lograr avances en los sistemas de salud que garanticen equidad, calidad y derechos, no es una consideración aislada dentro de los contextos particulares de cada nación. Es, por el contrario, producto de un esfuerzo constante y mancomunado, desarrollado paulatinamente, propulsado entre la última década del siglo XX y la llegada del milenio desde el Programa Regional de Bioética de la OPS/OMS. Las semillas para el desarrollo de la bioética latinoamericana son fruto del trabajo de referentes de la bioética contemporánea, quienes abordaron diversidad de cuestiones como el avance hacia una bioética para América Latina y el Caribe (Lolas) (3), mencionaron los retos de la bioética latinoamericana en equidad, salud y derechos humanos (Casas Zamora) (7), discutieron sobre la calidad y excelencia en el cuidado de la salud (Gracia) (8), reflexionaron sobre la intercepción de la ética y la justicia social en el problema de lograr la equidad respecto a la asignación de recursos (Arboleda-Flórez) (9), defendieron la necesidad de encuentros entre la evidencia y la autonomía para alcanzar calidad de la atención de la salud respetando los derechos del paciente (Mainetti) (10), lograron construir perspectivas al desafío de la equidad (Drane) (11), discutieron la tensión en la tríada igualdad-calidad-derechos de los pacientes (Callahan) (12), plantearon las inequidades en los diferentes sistemas de salud con un enfoque desde la bioética (Emanuel) (13), elaboraron notas sobre la necesaria fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial (Argentino Pico), entre otros avances (14).

Por ello, se realizó la presente investigación documental con la finalidad de analizar las corrientes de pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública.

MÉTODOS

Se realizó una investigación documental en el área de bioética en salud pública, enmarcada dentro del paradigma cualitativo. La población estudiada estuvo constituida por las propuestas de las corrientes de

pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública. Se realizó muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio de los autores, de las corrientes de pensamiento de mayor relevancia en el debate bioético actual latinoamericano en salud pública para afrontar la inequidad de los sistemas de salud de la región. Se excluyeron las propuestas no relevantes dentro del debate latinoamericano bioético actual, por carecer de repercusión en citas bibliográficas o conceptuales por otros autores en el debate bioético del tema en la región o por carecer de aplicabilidad y representatividad contextualizada a la realidad regional o venezolana en salud pública. Los aspectos éticos y metodológicos del estudio fueron revisados y autorizados por el Centro Nacional de Bioética (CENABI), acorde a los principios de Beauchamp y Childress (15).

Se obtuvieron documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés), la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE), Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, organizaciones no gubernamentales (ONG) y autores reconocidos en bioética y salud pública a nivel nacional e internacional.

RESULTADOS

Los lineamientos generales sobre las propuestas de las corrientes de pensamiento con mayor impacto de la bioética en salud pública en América Latina, se obtuvieron de documentos de la OMS, la OPS, la UNESCO, FELAIBE, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, organizaciones no gubernamentales (ONG) y autores reconocidos en bioética y salud pública a nivel nacional e internacional.

Según Tealdi (16), la construcción axiológica de una bioética regional — así como las propuestas sobre la justicia ante las desigualdades en salud para afrontar la inequidad — debe tener en cuenta históricamente el pensamiento latinoamericano íntimamente ligado a la misma, el

cual se construyó a lo largo del siglo XX – superando el colapso del pensamiento colonialista cuya debacle a nivel sociopolítico y cultural se gestó durante el siglo XIX - por la acción de múltiples ejes: a) indigenismo y vivir del campesinado, b) negritud y esclavismo literarios, c) el ser mestizo literario, d) el ser urbano, e) obrero y proletariado industrial, f) postura revolucionaria y antiimperialista, g) mirada crítica y denuncia, h) la novela de dictador, i) filosofía de la liberación e interculturalidad, j) pedagogía de la liberación, k) teología de la liberación, l) sociología y antropología, ll) feminismo y antimachismo, m) construcción mítica y simbólica de la realidad, n) identidad del ser latinoamericano como conciencia regional y nacional, ñ) filosofía latinoamericana. Adicionalmente, Fabri rescata dentro de la conformación de la bioética latinoamericana la doctrina social de la iglesia fundamentada en la dignidad humana, bien común, subsidiaridad participativa y solidaridad (17).

Se encontraron 15 propuestas enlazadas de forma relevante a la problemática y la discusión en torno a la justicia ante las desigualdades en salud en América Latina para afrontar la inequidad (Cuadro 1):

- 1) Teoría de la justicia como equidad.
- 2) Ética dialógica
- 3) Ética instrumental.
- 4) Construcción democrática de la equidad y justicia en salud.
- 5) Bioética de intervención.
- 6) Bioética de protección.
- 7) Bioética narrativa.
- 8) Bioética jurídica.
- 9) Ponderación de principios en bioética.
- 10) Bioética y complejidad.
- 11) Bioética pública y pueblo.
- 12) Bioética de los derechos humanos.
- 13) Bioética del cuidado.
- 14) Bioética social y erradicación de la pobreza
- 15) Bioética institucional y social.

Cuadro 1. Ideas centrales propuestas bioéticas revisadas sobre la justicia ante las desigualdades en salud en América Latina para afrontar la inequidad.

Propuesta Bioética	Idea central
Teoría de la justicia como equidad	Libertad equitativa, solución maximin y pluralismo razonable
Ética dialógica	Normatividad moral y legalidad política racionalizadas en forma comunicativa
Ética instrumental	Pensamiento estructurado que privilegia la utilidad de la acción, donde los objetos son medios para alcanzar un fin.
Construcción democrática de la equidad y justicia en salud	Pluralismo ético como para la construcción democrática de la equidad en salud, bajo la historicidad de la justicia social
Bioética de intervención	Utilitarismo y consecuencialismo desde la intervención del estado, concreción social a través de la realización física.
Bioética de protección.	Protección estatal ante las desigualdades para las áreas de autonomía deficitaria, hasta el cese de las desigualdades
Bioética narrativa	Razonamiento moral como exploración narrativa en lo cognoscitivo, pedagógico-ilustrativo y constructivo-deliberativo.
Bioética jurídica	Reflexión crítica sobre las relaciones entre la bioética y el derecho que determina lo que debe ser.
Ponderación de principios en bioética	Satisfacción de necesidades a través de la aceptación de un objetivismo moral, jerarquización de principios y la distinción entre principios y reglas.
Bioética y complejidad	Racionalidad desde la complejidad a problemas surgidos del nexo de lo real con lo simbólico e imaginario con énfasis en el holismo y el saber transdisciplinar.

Continúa en la pág. 181...

...continuación Cuadro 1.

Propuesta Bioética	Idea central
Bioética pública y pueblo	Ética de protección con participación social ampliada, deliberación democrática y empoderamiento de la ciudadanía en particular los excluidos/marginados.
Bioética de los derechos humanos	Los derechos humanos son el mínimo moral exigible para la construcción crítica y reflexiva de una sociedad cuya racionalidad parta de la dialéctica.
Bioética del cuidado	Cuidado de la vida como valor y derecho humano esencial y fundamental, imperativo categórico de responsabilidad intransferible.
Bioética social y erradicación de la pobreza	Equidad se alcanza con la solidaridad como construcción social, erradicando la explotación, exclusión y eliminación asociadas a la pobreza.
Bioética institucional y social	Redimensionamiento del principalismo clínico a lo social e institucional latinoamericano con la formulación de principios secundarios. Justicia como respeto a la legalidad, equidad y protección.

Lineamientos generales de las propuestas bioéticas en salud pública en América Latina para afrontar la inequidad

1. Teoría de justicia como equidad: En conjunto promotora del estado liberal-socialdemócrata de bienestar colectivo influyendo en el concepto contemporáneo de justicia social (18,19), como la primera virtud de las instituciones, siendo la estructura básica de la sociedad en torno a la distribución apropiada de los beneficios y las cargas de cooperación social. Es necesario el consenso en

medio del pluralismo y el surgimiento de conflictos de intereses, partiendo del velo de ignorancia en la posición original para la toma de decisiones, como aquellas referidas al sector salud. En su estructura básica formula dos principios de interpretación democrática de la justicia social en torno a las ideas tradicionales de libertad, igualdad y fraternidad. Establece prioridad del primero sobre el segundo, y la segunda parte del segundo sobre la primera:

“Cada persona ha de tener un derecho igual al más amplio sistema total de libertades básicas, compatible con un sistema similar de libertad para todos”. También conocido como “libertad equitativa” en su máxima natural.

“Las desigualdades económicas y sociales han de ser estructuradas de manera que sean para:

b1) mayor beneficio de los menos aventajados, de acuerdo con un principio de ahorro justo, y

b2) unido a que los cargos y las funciones sean asequibles a todos, bajo condiciones de justa igualdad de oportunidades”.

Este segundo principio también conocido como de la “diferencia” en su máxima natural.

Los dos principios son concebidos como la solución maximin que permite ordenar las opciones por los peores resultados posibles que ofrecen, eligiéndose aquella opción cuyo peor resultado sea superior a los peores resultados de las otras, lo que permite establecer el diseño de decisiones, con un enfoque conservador o pesimista, según el cristal con que se mire. Se muestra contrario a la alternativa maximax referida ordenar las alternativas por sus mejores resultados posibles, adoptando aquella cuyo mejor resultado sea mejor que el mejor resultado de las demás, mostrada como una elección para optimistas, con alta probabilidad de resultados negativos.

Se opone también a la alternativa de la maximización de la utilidad, planteada como el ordenamiento de las alternativas sobre la base de estimaciones de ganancia probable, ya que el velo de la

ignorancia no permite tener claridad acerca de la probabilidad de obtener ganancias. Para León (20), Rawls apoya los principios de justicia sobre el “consenso entrecruzado” secundario a un “pluralismo razonable”, pero no hay ninguna verdad común que en este terreno pueda justificarse universalmente, separando así lo moral de lo político. Aunque en teoría defensora de la economía de mercado no excluye la posibilidad de que los dos principios que definen lo que es la justicia, fueran posibles de llevar a cabo en una sociedad donde existe propiedad social de los medios de producción.

Por otra parte, ha sido objeto de críticas por la dificultad de materializar las libertades sociales y económicas en sectores como el de la salud su concepto abstracto y universalista de justicia predominando la razón-racionalidad en un mundo de profundas desigualdades en medio de la globalización, sin especificar del todo metodología política, económica y sin considerar contextualización social, cultural e histórica e invisibilizando en pro de las instituciones —en particular las públicas—, la dimensión ética humana que conlleva sus propias motivaciones, deseos y fines, también implicando que los principios de justicia se reduzcan a la justa distribución de los bienes básicos, más que a la autonomía de los sujetos a través del ejercicio de los derechos, por ende sin abarcar la opresión y dominación, las minorías, el reconocimiento del género y la identidad, la transformación radical de las sociedades.

2. Ética dialógica: Considerada entre los paradigmas dominantes del debate bioético —con la respectiva influencia sobre el discurso bioético latinoamericano—, con diversas sinonimias como “ética del discurso”, “ética comunicativa” o “ética democrática” (20,21), entre las fuentes se encuentran los planteamientos de Rawls de la justicia como equidad (*fairness*), pero se encuentra directamente vinculada a la propuesta del diálogo como praxis moral, articulada en la ética comunicativa de Habermas (22-24), en una tradición más vinculada al socialismo esforzada en lograr unir a la ética

y el pluralismo a través del “diálogo libre de dominio” (similar al velo de la ignorancia planteado por Rawls), fundamentando racionalmente la ética.

Es una propuesta que establece una mediación entre la filosofía trascendental kantiana y lo que se conoce como «giro lingüístico» de la filosofía contemporánea. La filosofía desenvuelta en el «paradigma de la conciencia», resulta insuficiente para asegurar la objetividad. Aquel paradigma debe reemplazarse por el «paradigma del lenguaje». El paradigma de la conciencia lleva al encierro del sujeto en sí mismo, perdiéndose la intersubjetividad. En cambio, el paradigma del lenguaje asegura lo intersubjetivo desde el principio. El «yo pienso» cartesiano es sustituido por el «nosotros argumentamos». La razón se reconoce desde el carácter esencialmente dialógico donde predomine la igualdad (no dominio). Para Habermas (24), en la ética dialógica la normatividad moral y la legalidad política han de establecerse y justificarse racionalmente en forma comunicativa, previo el filtro de lo universal —bueno para todo—, a la hora de acordar lo que es justo. El consenso democrático resultante, se constituye como moralmente bueno y obligatorio según la ética de mínimos. Dicho consenso ejerce un efecto saludable, el cual es análogo a lo que en el contexto del mercado se atribuyó a la famosa «mano invisible» del liberalismo clásico, que convierte el egoísmo individual en bien común.

La crítica principal al planteamiento «dialógico» es que acaba resultando muy poco práctico, puesto que difícilmente la deliberación termina en decisión si la condición para decidir es el consenso. En el terreno político, más aún en cuestiones morales como las decisiones en políticas sanitarias, particularmente en tiempos de crisis donde frecuentemente se presentan puntos de vista frecuentemente irreconciliables, la ética dialógica no tiene una materialización sencilla dado que solo cuentan los consensos fácticos. Así, el enfoque dialógico converge con el utilitarismo, donde se busca la mejoría el mundo más que la mejoría de la

persona, pero sin ocuparse de aclarar cómo sería posible una cosa sin la otra. Por, el diálogo abandona el camino ético y entra al terreno de la política y la biopolítica.

3. Ética instrumental: la razón instrumental aplicada a la ética parte de la concepción de estructurar el pensamiento, privilegiando la utilidad de la acción y considerando los objetos como medios para alcanzar un fin determinado. Barbosa (25), contextualizando las ideas sobre la razón instrumental pragmática para el discurso bioético en América Latina, refiere que la ética instrumental ha tropezado con los efectos del discurso ajeno proveniente del legalismo bioético norteamericano, balanceada permanentemente entre una casuística indefinida y una pseudoteoría reducida a comentar los casos bioéticos a nivel de un periodismo de divulgación científica, sin aportes reales a nuestro medio más allá de la actualización acrítica del discurso foráneo de las “sociedades centrales”. Otra dificultad es la referente a que el debate respecto a la ponderación entre los derechos humanos y los valores trascendentales, no responde a urgencias específicas de la comunidad, sino a requerimientos de las políticas sociales que aparecen o desaparecen según los programas electoralistas, en otras palabras, se sale de la bioética para formar parte de la biopolítica.

Otra dificultad dentro de la instrumentalización de la ética lo constituyen las éticas del mandato, el altruismo sustitutivo de la justicia dentro de los *cultural studies* relacionados con las políticas de la diferencia y de la identidad, instrumentadas por la *intelligenza* estadounidense y europea, justificadoras de la globalización y el capitalismo tardío, con contrapartes como los estudios de la *diversité culturelle* de los francoparlantes a partir de los procesos de mundialización, o los estudios postcoloniales, más en boga en nuestra región. Estos estudios se dan en estados con sociedades postconvencionales y pluriculturales, inaugurando la llegada a una alteridad asistible. No es la compasión ni la caridad lo que las mueve, tampoco la promoción de la justicia, sino el altruismo y la filantropía (25).

En un nuevo humanismo, el mundial, colocado en el polo opuesto al capitalismo globalizante para integrar lo diverso. En suma, plantea que el discurso bioético práctico del siglo XXI puede compensar las limitaciones de aquel proyecto impidiendo su aplicación mecanicista irreflexiva a saber: a) valores y jerarquías fijos, b) limitación de propuestas a modelos típico-ideales. Es necesaria la asunción de un proyecto instrumental propio, anclado en las urgencias regionales, capaz de asegurar derechos personales a todos y cuya orientación se guíe por valores trascendentales como vida, identidad, integridad, libertad, salud y bienestar, capaz, en fin, de diseñar ideales para regir prácticas democrático-civiles, científicas y profesionales.

4. Construcción democrática de la equidad y la justicia en salud: Hernández (26), reconoce el asunto de la equidad en salud como de interés global, con la particularidad de que en nuestra región la mayoría de países sostuvo una fragmentación de diferentes proporciones entre el seguro social para trabajadores formales, la asistencia pública para pobres y un sector privado con diferentes formas de pago de bolsillo para los pudientes, en el análisis estructural de los sistemas de salud. La mayoría de las sociedades latinoamericanas no han tenido la experiencia vital de la garantía universal de derechos sociales, económicos y culturales, reconociendo la condición de ciudadano, traducido en el predominio de la perspectiva contractualista liberal “sálvese quien pueda”. El modelo del “pluralismo estructurado”, basado en la competencia regulada, orienta cada vez más las reformas de los sistemas de salud regionales, derivadas de los altos costos de los servicios médicos, la crisis fiscal y el ajuste estructural promovido por las agencias financieras multilaterales. Dicho modelo, (27-29) resulta en una combinación compleja entre la posición rawlsiana de los bienes primarios básicos y el utilitarismo del cálculo del menor costo y el mayor beneficio, incorporando mecanismos de regulación del mercado de aseguramiento, de manera que los competidores no se vean

estimulados por el precio de la póliza, sino por el número de afiliados y una mayor eficiencia en la operación, preservando la libre elección del usuario y del prestador resolviendo la tensión entre equidad y eficiencia, al lograr el acceso igualitario a un conjunto mínimo de servicios (plan de beneficios), con un “costo razonable”, alcanzado cuando “los beneficios marginales sean iguales al costo marginal para personas con un ingreso medio”. El pluralismo ético es el elemento referencial para la construcción democrática de la equidad en salud, partiendo de la conciencia de la historicidad de la justicia social y reconocer el malestar que genera la persistencia de las injusticias innegables a cualquier valoración, propiciando el debate público sobre lo que se entiende por salud y por equidad (27-29).

Desde la posición democrática es posible asumir el reto de cuestionar los predomios y las hegemonías para transformar, el modelo predominante en la mayoría de los sistemas de salud latinoamericanos, enfatizando la inclusión institucional y social, dentro de las decisiones sobre políticas y justicia sanitarias en el contexto del respeto a los derechos humanos (26-29).

5. Bioética de liberación-intervención: autores como Dussel o Maliandi (30-32), hablan de la necesidad de cambiar la orientación de la ética dialógica en nuestros países dado que el diálogo racional se efectúa con gran disparidad en América Latina, no es un diálogo entre iguales, por lo que para evitar el silenciamiento de los oprimidos, se debe intervenir activamente en el campo político reformando los sistemas de salud, bajo una ética de liberación que arranca en el reconocimiento del otro como interlocutor válido al que se le reconoce el derecho a la palabra, además de darle lugar en los procesos político-dialógicos para que efectivamente pueda decirlo.

Yendo más allá de este planteamiento, Garrafa y Porto (33), conceptualizan la bioética de la intervención (inicialmente llamada bioética fuerte o *hard bioethics*), como un planteamiento que procura respuestas adecuadas para el análisis de macroproblemas

y conflictos colectivos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo, en oposición al enfoque individual del principalismo anglosajón. La bioética de intervención se fundamenta filosóficamente como utilitarista y consecuencialista, partiendo de la corporeidad como marco de intervenciones éticas por ser el cuerpo físico la estructura que sostiene la vida social; siendo imposible la concreción social sin la realización de la dimensión física humana.

La bioética de la intervención justifica moralmente: a) la prioridad de políticas públicas y tomas de decisión que privilegien el mayor número de personas, por el mayor espacio de tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas; b) la búsqueda de soluciones viables y prácticas para los conflictos identificados con el propio contexto donde estos ocurren, ejemplo, dilemas como autonomía *versus* justicia/equidad, beneficios individuales *versus* beneficios colectivos, individualismo *versus* solidaridad, cambios superficiales *versus* transformaciones concretas y permanentes, neutralidad frente a los conflictos *versus* politización de los conflictos. Incorpora el uso de las “4P”: a) prudencia (frente a los avances), b) prevención (de posibles daños e iatrogenias), c) precaución (frente al desconocido), d) protección (de lo más frágiles, de los desasistidos). Esto con el fin, de ejercer una práctica bioética comprometida con los excluidos, la “cosa pública” y con el equilibrio ambiental y planetario del siglo XXI.

La satisfacción de necesidades se mide a través de bases biológicas por la posibilidad de los individuos, en un determinado contexto social. El poder se legitima con la recompensa y el castigo, que fundamentan la idea de justicia. La bioética de intervención es colectiva, práctica, aplicada y comprometida con el “público” y con lo social, resaltando la importancia aplicada en el análisis de las responsabilidades sociales, sanitarias y ambientales, así como en la interpretación histórico-social ampliada de los cuadros epidemiológicos, siendo esencial en la determinación de las

formas de intervenciones públicas, en la prioridad de acciones, en la formación de personal capacitado.

6. Bioética de protección: Kottow con puntos en común respecto a la bioética de intervención (34,35), refiere la existencia del concepto de protección en el entorno sociopolítico desde el nacimiento del estado-nación y la elaboración filosófico-política del contrato social, quedando establecida como función primordial del estado la protección de sus súbditos, ya fuese frente a los riesgos y fracasos de la vida natural individual, o directamente para neutralizar la violencia entre los individuos.

La ética de la protección aplicada particularmente a la bioética en salud pública, es presentada como pragmática ante todo, abandonando la reflexión y pasando a la acción, reconociendo las necesidades reales de seres humanos necesitados de asistencia, desarrollando un pensamiento moral para el estado de desigualdad perenne de la humanidad, permitiendo a los excluidos, recibir el resguardo necesario para desarrollar sus capacidades en libertad, bajo el amparo de una instancia que pueda decidir y gestionar, en un pacto moralmente no rescindible donde prima el compromiso de entrega más que el intercambio igualitario de bienes.

La protección alcanza las áreas de autonomía deficitaria, acabando cuando el protegido se libera de las restricciones y asume el ejercicio pleno de su capacidad de decisión y sostén, donde la confiabilidad se pueda mantener en la rectitud en la dimensión interpersonal. Ofrece el desarrollo de actitudes personales de amparo y programas sociales de resguardo, abogando por los más débiles y desarrollando una herramienta conceptual que bregue por el uso de instituciones sociales, fomentando el empoderamiento de los postergados. Ejerce su influjo a través de programas de acción específicos referidos a prácticas sanitarias públicas, a desarrollar asimismo en otros ámbitos biomédicos como la investigación y la medicina clínica.

La bioética de protección establece una tétrada de perspectivas en la valoración ética, con aplicabilidad a los programas sanitarios: a)

la acción planeada debe responder a una necesidad sanitaria real y central en la vida de la colectividad, cuya solución justifique los costos y riesgos de intervenir; b) la autoridad sanitaria debe estar en posesión de una herramienta eficaz —con probada capacidad de resolución de problemas —y eficiente —relación beneficios—costos sustentable—, para combatir el problema surgido, recurriendo a las mejores soluciones existentes, sin caer en el conformismo; c) los inevitables efectos indeseados de la acción sanitaria han de ocurrir en forma imparcial y aleatoria, estando la totalidad de los involucrados por dicha acción con la misma probabilidad de ser beneficiados o afectados; d) la obligatoria participación de todos, coartando la autonomía de los reticentes asegurando la mayor eficacia posible al programa.

7. Bioética narrativa: la bioética tiene un paradigma narrativo en donde el hombre es un género literario y una especie narrativa según autores como Mainetti (36), Moratalla y Feíto (37). Dicho paradigma está configurado por un giro casuístico (textualidad de la bioética), un giro hermenéutico (interpretación del sentido) y un giro literario (literatura como maestra del conocimiento moral, que revaloriza el papel de la imaginación en la ética y la bioética, su rol fundamental en el razonamiento moral como exploración narrativa, contrario a la tradición racionalista del absolutismo moral, que deja al margen la subjetividad de la comprensión humana).

La bioética narrativa tiene como objetivo reflexionar sobre los valores implicados. La narración puede tener diferentes funciones: a) experiencial (cognoscitiva), b) pedagógica-ilustrativa, y c) constructiva-deliberativa. Gracias a la narración se pueden alcanzar tomas de decisiones responsables y prudentes siendo clave para la deliberación como método argumentativo de la ética y la bioética, formulado por Aristóteles en la antigüedad, con plena vigencia en la actualidad. La narración es fundamental para la construcción del juicio moral (36,37).

En América Latina, la bioética encuentra una heurística importante dado la literatura y boom narrativo de la región (realismo mágico). La deliberación requiere la capacidad de escuchar otros planteamientos o interpretaciones, la capacidad para reconocer que podemos no tener razón enriqueciéndose de otros y la capacidad de asumir ciertos niveles de incertidumbre (36,37).

Se pueden describir siete puntos de encuentro entre la narrativa y la deliberación. Primero, son procesos refigurativos, catárticos, educativos. Segundo, ambas fomentan hábitos mentales. Tercero, la construcción narrativa de la presentación de un caso bioético, está orientada moralmente para la deliberación. Cuarto, la identificación de los problemas morales y los valores implicados, bajo el desarrollo de la inteligencia narrativa, facilita la construcción y aplicación de la deliberación. Quinto, la narración es un gran laboratorio de la experiencia moral, desde que los relatos son vehículo de propuesta de grandes valores, de la construcción axiológica, de capital importancia en la deliberación. Sexto, la identificación de cursos de acción, es también un trabajo narrativo, un trabajo de la imaginación. Séptimo, la prudencia y la responsabilidad necesarias en la toma de decisiones, se logran al tener en cuenta los efectos y las consecuencias de nuestras decisiones y acciones, donde la narrativa ayuda en el cálculo y consideración de las consecuencias y posibilidades.

8. Bioética jurídica: Según Tinant (38), es la rama de la bioética ocupada de la regulación jurídica y las implicaciones jurídicas de la problemática bioética, constituyendo una reflexión crítica sobre las relaciones entre la bioética y el derecho (con múltiples acepciones nominales como bioderecho, biojurídica, juridización de la bioética o juridificación de la bioética, según el enfoque utilizado).

La bioética jurídica determina lo que debe ser en oposición a la bioética empírica, que determina lo que es. Es indispensable una mayor interactividad entre tales disciplinas, para la orientación, regulación, control, y llegado el caso, prohibición de determinadas

prácticas asociadas al desarrollo de la biomedicina contemporánea contrarias a la dignidad humana, las libertades fundamentales y los derechos humanos.

La tabla de contenidos de la bioética jurídica incluye al derecho en la bioética, en donde el derecho participa de la bioética en la filosofía de los derechos humanos, el constitucionalismo de las últimas décadas y el derecho internacional de los derechos humanos. También incluye a la bioética en el derecho, referida a la bioética como discurso preparatorio de acciones que requieren la solución jurídica de problemas bioéticos, se subdivide en doctrinaria, la cual argumenta el discurso bioético dirigido tanto a la comunidad científica, como a la sociedad y los actores del derecho y la política, con pretensión universalista, también se presenta como política e institucional, ocupada de promover y asegurar el derecho a la protección y la atención de la salud, encargada de la calidad y gestión asistencial en materia de salud pública, privada y semiprivada, y de los sistemas e instituciones de salud y la medicina hospitalaria así como de los diversos comités de ética (políticas públicas, asistenciales, de investigación clínica y experimentación biomédica con seres humanos).

La bioética jurídica incluye al derecho de la bioética, donde el derecho es producto de la bioética subdividido en normativo - regulación constitucional y legal de temas y problemas bioéticos - y jurisprudencial o judicial - resoluciones judiciales de conflictos bioéticos. Finalmente, la bioética jurídica incluye al derecho internacional de la bioética, cuyas normas, logradas de acuerdos sobre principios generales, evitan pecar de especificidad para lograr el consenso global se ubican claramente dentro del marco de los derechos humanos, esto es, dentro de la idea de que todo ser humano posee derechos inalienables e imprescriptibles, que son independientes de sus características físicas, de su edad, sexo, raza, condición social o religiosa.

9. Ponderación de principios en bioética: Autores como Atienza (39) y Vásquez (40), enfocan la necesidad de resolver los conflictos

bioéticos y alcanzar la satisfacción de necesidades básicas — como aquellas visualizadas en salud pública — , a partir de 3 premisas: la aceptación de un objetivismo moral (a mitad de camino entre el absolutismo y el relativismo moral), una ordenación de principios primarios y secundarios, y la distinción entre principios y reglas. Los principios normativos (y las reglas) son relevantes para orientar las decisiones de los funcionarios públicos de la salud bajo las siguientes condiciones: a) pluralidad y objetividad como expresión de la exigencia de satisfacción de necesidades básicas al presuponer una “moralidad común”; b) valor *prima facie* y el recurso a la ponderación en el conflicto de principios; c) distinción entre principios primarios y secundarios y la prevalencia de los primeros para determinar la carga de la prueba; d) la subsunción en el paso de los principios a las reglas como pautas específicas para la resolución de las situaciones concretas para los que no existiera consenso originalmente.

El conjunto de principios y reglas pueden conformar, una especie de jurisprudencia en el tiempo, que garantizaría continuidad en las decisiones y seguridad entre los ciudadanos. Se plantean principios primarios, contrapuestos a los enunciados por el principialismo anglosajón, los cuales vendrían siendo autonomía, dignidad igualdad e información con aplicación relativamente sencilla en la bioética clínica cotidiana en los denominados “casos fáciles”. Para los “casos difíciles” se requerirían principios secundarios derivados de los primarios, bajo la carga de la argumentación ante la imposibilidad de aplicación, de tal forma que ante la insuficiencia del principio de autonomía se apelara al principio de paternalismo justificado; de la insuficiencia del de dignidad al de utilitarismo restringido; del de igualdad al de trato diferenciado y del de información al de secreto.

10. Bioética y complejidad: Según Sotolongo (41), la bioética es resultado de la necesidad contemporánea de responder a problemas surgidos del nexo entre lo real (la vida y su evolución) y el impacto sobre lo real de lo simbólico, (conocimiento y comprensión

de la vida y los valores éticos implicados subyacentes) y de lo imaginario (la invención e innovación tecnológicas concernientes a la vida) alterando esa vida y sus formas.

Las interacciones humanas modernas en torno a la tríada naturaleza-sociedad-cultura, junto a los aportes convergentes del ambientalismo holista y del pensamiento de la complejidad, llevan a la construcción de una racionalidad alternativa con énfasis en el holismo y el saber transdisciplinar contrastantes con el *pathos* analítico, lineal y disciplinar de la racionalidad de la modernidad. Se opone al giro instrumental de la bioética y la ética relacionados con la globalización y sus estrategias de poder económico, sociológico y político de carácter y orientación neoliberales de finales del siglo XX, ligadas a las contradicciones sociales (41).

Se hace eco del pensamiento de la modernidad como vía alternativa denominando “nueva epistemología” o “epistemología de segundo orden” distinguible de las dos vertientes tradicionales en la epistemología, o sea, el objetivismo gnoseologizante —que ha imbuido los diferentes positivismos, el estructuralismo y los materialismos vulgares—, y el subjetivismo fenomenologizante —en escena merced a los diferentes existencialismos, el interaccionismo simbólico, la etnometodología y los distintos idealismos—.

Su propuesta contextualizada en América Latina y del Caribe aunque nacida de la idea de bioética global, superando la limitación clínica individual del principalismo anglosajón se diferencia en 2 sentidos: a) bioética-del-consenso-social, sin articulación con la política o biopolítica, forjada objetivamente a favor de una conciliación de intereses dentro del *status quo* social vigente; b) una bioética de-las-contradicciones-sociales, articulada con la política y biopolítica, encausada a revelar las contradicciones de intereses y fines bioéticamente relevantes dentro de esas realidades sociales contemporáneas de las cuales ha emergido. Para obtener el saber bioético que responda a estas realidades,

la actividad indagadora del sujeto es inseparable del objeto de su indagación, es decir, de la situación bióética y/o compleja que se afana por comprender en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos.

11. Bioética pública y pueblo: Cubero-Castillo (42), pone en el mapa venezolano de la realidad bioética en salud pública una propuesta de bioética pública de Kottow secundaria a la bioética de intervención (43), de la cual se desprenden cuatro pilares que son la participación social ampliada, la deliberación democrática, el desarrollo de una ética de protección que se proponga empoderar al ciudadano y la propuesta de instancias y programas destinados a enfrentar las necesidades de la comunidad y a fomentar el empoderamiento de marginados y desposeídos, en conjunción con la biopolítica. También Cubero-Castillo resalta la propuesta de bioética y pueblo de Santos (44), “ha surgido como un discurso a favor del pueblo” cuyo origen está motivado por “un movimiento social en defensa de la dignidad social y política de las personas, sobre todo, de las personas y comunidades vulnerables”. En sintonía con el modelo de atención y gestión en salud prevalente en el estado venezolano desde 1999 —bajo el paradigma de la justicia como igualdad social—, resalta Cubero-Castillo que las comunidades organizadas, en especial los consejos comunales y los comités de salud, plantean la necesidad de una política pública orientada a resolver los problemas urgentes en un ámbito local contextualizado. Plantea que dicha perspectiva de una bioética pública fortalece la promoción de la atención primaria en salud y la participación ciudadana puesto que se articula con las acciones de políticas que defienden el derecho a la salud y calidad de vida de las comunidades. Hace una apología de dicha propuesta de una bioética pública, mediante la concreción del Sistema Nacional de Salud de “carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad”. Afirmo que la Misión Barrio

Adentro —secundaria al convenio entre Venezuela y Cuba—, es la concreción de un sistema nacional articulado con la seguridad social y abierta para los ciudadanos sin ninguna limitación, en un contexto de “democracia participativa y protagónica”, por lo menos desde el discurso.

12. Bioética de los derechos humanos: Tealdi (45), postula que la ética y bioética basadas en los derechos humanos son dialécticas (crítico-normativas), al reconocer la dignidad humana y respetar el pluralismo como respuesta al fundamentalismo del principialismo anglosajón y al imperialismo moral que desconocían a la salud como un derecho humano y reducían a la justicia al rango de principio *prima facie*, por supuesto puntos clave en la bioética latinoamericana. El derecho internacional de los Derechos Humanos nació del consenso político internacional entre los dos grandes bloques de países liberales y socialistas, lo cual quedó expresado en los dos grandes Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos (cercano al liberalismo y su concepto de libertad) y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (cercano al socialismo y su concepto de igualdad) y que en términos religiosos y culturales supuso un consenso entre las grandes religiones (cristianismo, islamismo, budismo, entre otras) y la pluriculturalidad global, así como la preocupación global necesaria sobre el medio ambiente. Los derechos humanos son el mínimo moral exigible para la construcción crítica y reflexiva de toda bioética que procure el desarrollo de políticas públicas que busquen lograr equidad, cuya cúspide universal lo constituye la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

La bioética de los derechos humanos exige alcanzar una conciencia crítica sobre la vida y el vivir originados en la intuición sensible y emotiva de lo indigno y se proyecte en la voluntad racional de lograr un acto de justicia, dicha exigencia es parte del núcleo que motiva la expresión de la bioética latinoamericana en nuestros países pobres o en vías de desarrollo. Responde a los fundamentos de una

moral universalista al identificar valores universales y reconocer deberes universales, así como la partida de la realización de la bioética global. Según Tealdi (45), *“la bioética de los derechos humanos busca el camino (el método) hacia la universalización de la práctica de deberes fundados en valores universales. Su tarea es el descubrimiento de los contenidos de intereses y falsa conciencia que convierten en vicio y corrupción los postulados de valor y deber universales”*.

13. Bioética del cuidado: Franco (46), rescatando lo presentado por Heidegger (47), refiere que la ética y bioética del cuidado trascienden el área de conocimiento de las ciencias de la salud, el cuidado de la vida como valor y derecho humano esencial y fundamental; es más que una actitud, es una conciencia soberana y existencial que conduce al sujeto —profesional de salud— para asumir con solicitud y atención necesarias todas sus actuaciones con el fin de hacer bien las cosas. En la ética y bioética del cuidado el sujeto se ocupa de las tareas que le conciernen con intranquilidad, preocupación y temor que lo lleva a ser cauteloso en su actuar, para evitar peligros o riesgos innecesarios, sobre todo, cuando se trata de proteger la vida, la salud, y la integridad de las personas involucradas en las decisiones que debe tomar. Se reconoce como imperativo categórico la responsabilidad intransferible y la educación continuada como deber moral, ético y político de todo profesional de salud dedicado a actividades relacionadas con la recuperación de la salud de la persona con rostro humano afectada por patologías en sus componentes biológico, psicológico y social trastornando sus capacidades humanas incluyendo la esfera espiritual, con una normatividad que trascienda lo técnico y procedimental en los sistemas de salud evitando la prevalencia del crédito económico y trabajando en la conciencia del ser y el reconocimiento de la dignidad del otro, para saber hacer evitando hacer daño (46).
La justicia sanitaria y el cuidado como orientación moral requiere que el cuidador canalice su energía hacia la satisfacción de

necesidades y proyectos del cuidado y su completa realización con el discernimiento y la reflexión de continuo en la práctica individual y colectiva, evitando las inequidades surgidas de las injusticias sociales. En este perfil las siete “Cs” de la moralidad (conocimiento, conciencia, conducta, comportamiento, compensación y castigo) interactúan ligadas a la voluntad nacida de la conciencia de sí mismo a partir del conocimiento de la que derivan a libertad y la responsabilidad con consecuencias positivas o negativas derivadas del beneficio o perjuicio ocasionados (46). A partir de la conciencia del “ser” que desplaza al “tener”, característico de las políticas contractuales en los modelos sanitarios, el cuidado de la salud y la vida, en América Latina está relacionado con el empoderamiento y la toma de conciencia de los profesionales del sector salud, a partir de ello impulsando el empoderamiento de pacientes y familiares para el debate bioético asistencial e institucional —bajo una adecuada organización—, para que asuman la defensa de los derechos fundamentales a la vida, la integridad y la salud recuperando el equilibrio perdido y la deshumanización (46).

14. Bioética social y erradicación de la pobreza: León (20,48), plantea que partiendo de la ética dialógica contextualizada en América Latina donde se deben ir más allá de la reducción de las asimetrías para el diálogo, la bioética regional se ha debatido en torno a dos temas que son conseguir de forma efectiva aplicación de los derechos humanos, entre ellos el derecho a la vida y el derecho a la asistencia justa en salud; siendo el segundo tema, conseguir la aplicación de tales derechos en una región donde son muy numerosas las personas vulnerables y las vulneradas en algunos de sus derechos más fundamentales, tanto por la pobreza y falta de desarrollo social y económico, como por la marginación y exclusión étnica o social, cuya erradicación permite alcanzar justicia sanitaria.

Existen parámetros técnicos de equidad en las reformas del sector salud desde el contexto de la salud pública en países

en desarrollo como los propuestos por Daniels y col. (49), como la salud pública intersectorial, limitación de las barreras financieras y no financieras al acceso equitativo, comprensión de los beneficios y las desigualdades en la cobertura y calidad del cuidado, financiamiento equitativo, eficacia, eficiencia y calidad del cuidado en salud, eficiencia administrativa, administración democrática y empoderamiento, autonomía del paciente-usuario y el proveedor de servicios de salud.

La bioética social como antropoética solidaria que fundamenta la erradicación de la pobreza según Pérez de Nucci (50,51), entiende la justicia como bienestar colectivo donde la equidad se alcanza con la solidaridad, como un constructo surgido del contrato social en el que “la justicia es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres”, donde “el médico en situación de crisis frente al panorama de la pobreza y su incidencia en la salud, filosofa desde la admiración, la perplejidad, la situación límite y la angustia, la solidaridad y la ecuanimidad.

La bioética social propone la erradicación de la pobreza para superar las 3 “E” (explotación, exclusión, eliminación) con preservación y fortalecimiento de todos los espacios públicos remanentes, desarrollando la capacidad de interacción y de la red de contención social espontánea, solidaridad como construcción social, eliminación de la exclusión, respeto por la interculturalidad, reflexión filosófica y bioética acerca de los problemas de la medicina actual. Para el cambio del personal de salud en el camino comunitario y social dirige su propuesta en la formación de hombres dignos (docencia, ética), creación de instituciones dignas (ética empresarial y organizativa, desarrollo de las ONG), desarrollo de instituciones dignas (solidaridad como creación social), cambio de mentalidades (modificación de conductas), cambio de estructuras (la política), respeto a las diferencias (interculturalidad como necesidad).

La bioética social postula la cooperación social como necesaria para alcanzar una sociedad organizada y ciudadanos libres e iguales con las siguientes acciones a seguir: a) desarrollo del voluntariado personal e institucional, b) replanteo de “políticas sociales”, c) responsabilidad compartida que haga crecer la solidaridad efectiva, d) erradicación de la corrupción estatal y privada, e) cultura corporativa y estatal ética, e) responsabilidad empresarial social, f) construcción de una economía con rostro humano. Entre las actitudes imprescindibles a fomentar para erradicar la pobreza a través del cambio de mentalidad están la actitud de transparencia y su demostración en los hechos, la competencia y eficacia en la tarea a realizar, predisposición positiva en las tareas encomendadas, previsibilidad, disponibilidad de diálogo, moralidad de las normas, solidaridad compasiva, responsabilidad, capacidad de trabajo en equipo, coherencia, visión clara del corto y largo plazo, participación activa de todos los sujetos destinatarios de las acciones de desarrollo (50,51).

15. Bioética institucional y social: León (20), partiendo de un contexto de bioética global, en medio del debate sobre justicia e igualdad en salud, plantea que la bioética latinoamericana en su forma más reciente se ha desarrollado como una ética social, institucional y política – ligada a la biopolítica -, en medio del desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud, las propuestas de las éticas del desarrollo, las de la interculturalidad, ética de las instituciones en salud, género y ética en salud.

La bioética institucional y social (20), es un campo que analiza la justicia en nuestras sociedades de forma práctica, sirviendo de promoción de los derechos humanos —destacando los derechos a la vida y la salud—, entendiendo que muchos problemas encontrados en la bioética clínica superan el ámbito de la relación médico-paciente abarcando defectos institucionales que se convierten en la base de las quejas de los usuarios de los servicios de salud, defendiendo el debate plural sobre la concepción de la justicia

en las sociedades democráticas, bajo la premisa de establecer consenso sobre los bienes humanos básicos y los derechos humanos fundamentales sobre el análisis de la experiencia nacional en su ejercicio, protección y promoción, así como los valores culturales y morales propios de cada país latinoamericano, con su respectivo aporte en el sector salud – incluyendo la salud pública y las reforma sanitarias.

León es partidario de la jerarquización de los principios de la tradición anglosajona formulada por Gracia (51), en un primer nivel de la no maleficencia y justicia, en un segundo nivel la beneficencia y autonomía, por constituir la justicia la condición de posibilidad de autonomía mientras que la beneficencia es complementaria de la no maleficencia, en conjunto de con el deber de solidaridad del proveedor de servicios de salud, más allá de la calidad y excelencia de los cuidados provistos. Sin embargo, León redimensiona el principalismo clínico anglosajón a lo social e institucional latinoamericano con la formulación de principios secundarios que se transforman en deberes para la aplicación concreta en los casos surgidos a nivel individual, en la relación médico–paciente, a nivel institucional y a nivel general de las políticas y sistemas de salud.

La bioética institucional y social desarrolla el principio de justicia, dando a cada uno lo suyo, a lo que tiene derecho cada persona, pero contiene a su vez otros principios: a) Respeto a los derechos o a la legalidad vigente: visión del paciente-usuario de servicios de salud como un sujeto de plenos derechos legítimos, con claridad entre los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud, los pacientes y el sistema de salud. b) Equidad: Distribución equitativa de las cargas y los beneficios, superando el equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Se debe evitar las discriminaciones injustas con igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud. c) Protección: Consecución efectiva de un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (20).

En su propuesta, León resalta que dentro de la justicia sanitaria está el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. También están los deberes de asegurar la continuidad de la atención, asegurar la sostenibilidad del sistema y la sostenibilidad de las prestaciones. La bioética en la cosmovisión de León, tiene la obligación de ayudar a crear una cultura de la justicia en América Latina, que facilite la equidad, la protección de los sectores de población más empobrecidos y marginados, y el empoderamiento de los sectores vulnerables (20).

DISCUSIÓN

La inequidad en América Latina requiere de respuestas desde la bioética. El pensamiento latinoamericano, con sus diversos ejes, íntimamente ligado a las desigualdades en salud, ha producido diversas propuestas, de las cuales durante la investigación documental realizada en el presente trabajaron, se analizaron quince que, con sus divergencias conceptuales, terminan convergiendo en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referentes a las desigualdades en justicia sanitaria.

En convergencia con el pensamiento de Romero (53), gran parte de las propuestas en torno a la bioética en salud pública en América Latina, giran en torno a la denominada tiranía de las mayorías y el principio del daño. La primera está referida a la decisión y acción de la salud pública, cuya búsqueda del bien común supedita al yugo del “interés común” a los derechos individuales, perjudicando a quienes no están de acuerdo con la medida asumida. El principio del daño, se refiere a que sólo se puede limitar la libertad del individuo cuando sus acciones perjudican a otras personas. Una recomendación primordial es la de hacer participar a todos los interesados en discusiones previas que orienten la toma de decisiones.

Castro (54), entiende que una realidad sanitaria complicada de transformar en nuestro medio, es la tendencia a pensar por parte de los

integrantes del equipo de salud, que las consideraciones de origen ético son reductibles a la legalidad. Si así fuera, se congelaría la realidad al status quo. Lo que es, sería entonces lo que debería ser. Y esto simplemente, no es verdad. En la misma línea Neira (55), expresa que “se desprecia la discusión que hace legítima o ilegítima una acción por el simple hecho de que existen los teoremas y teorías que permiten la realización técnica de un objetivo”. En realidad, en conjunción con lo expuesto por León y Pérez de Nucci (20,50,51), se debe buscar una visión de cómo deberían ser las cosas que son.

León (20,56), en un análisis extenso del tema, refiere que la bioética norteamericana originada en el pragmatismo filosófico anglosajón se caracteriza por la interdisciplinariedad (diálogo entre las ciencias empíricas y las humanidades), debate ético plural, teoría de fundamentación principialista (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), de aplicación efectiva (utilitarista) mediante una metodología de análisis de casos clínicos con dilemas éticos en medio del cambio de roles y modelo relación profesional de salud-paciente, y la creación de comités de bioética, haciendo la disciplina institucionalmente instrumentalizada en búsqueda de la calidad de atención en salud, así como la humanización de relación clínica, en una sociedad ocupada por problemas relacionados con la biotecnología de avanzada que necesita reflexión racional consensuada, fructífera y políticamente viable. La bioética norteamericana busca los caminos más adecuados para resolver los problemas, tomando decisiones en relación con procedimientos concretos.

La bioética europea se caracteriza por la presencia de un debate de diversidad cultural enriquecedor de sociedades heterogéneas multiculturales en la búsqueda del respeto de la dignidad de la persona humana (20,56), con elementos propios de la ética aristotélica-tomista, puesta al día desde el personalismo, la ética dialógica, la fenomenología y la ética neokantiana que buscan resolver los problemas considerando la vulnerabilidad, dignidad, autonomía e integridad de la persona humana, buscando la promoción de derechos humanos fundamentales, inherentes a la condición del ser humano, como el derecho a la vida y a

la salud, más allá de dilemas clínicos pasando a considerar problemas institucionales, sociales y políticos de carácter universal en el campo de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud buscando el bien común (nivel macro), con creación de comisiones nacionales o de instituciones supranacionales. La bioética europea se enfoca primero en los fundamentos para luego resolver los problemas de procedimientos. Todo procedimiento debe estar bien fundamentado y todo fundamento debe poder dar resultados de procedimientos ágiles y correctos.

Las diferencias se explican a través de tradiciones filosóficas diferentes y la tendencia clínica a partir de la cual se fundamentó la bioética norteamericana. La bioética europea es más teórica preocupada por las bases fundamentales con consistencia en los principios filosóficos, en contraposición al estilo pragmático y casuístico más concreto de la corriente americana. La bioética norteamericana se polariza hacia una reflexión racional sobre las acciones humanas cuando la ética no trata solamente de acciones humanas sino también de hábitos (virtud) y de actitudes (carácter). Por ello, la corriente europea fuertemente marcada por las ideas de virtud y carácter, puede complementar a la norteamericana para que pase del nivel micro (clínico) al nivel macro (institucional, político y social). La bioética anglo americana produce una normatividad de acciones, un conjunto de reglas que conducen a una buena acción. La bioética europea avanza en la búsqueda de los fundamentos del actuar humanas, tiene unas bases antropológicas (20,56).

Ninguno de los dos modelos (norteamericano y europeo) ha podido establecerse del todo en el ámbito latinoamericano aquejado por la situación de pobreza y vulnerabilidad que afecta la calidad de vida en medio de la exclusión e inequidad, situación que no se presenta en las realidades norteamericana y europea a tal extensión (20,56). El éxito de la bioética norteamericana ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, la penetración en la salud a través de los comités de ética de los hospitales. El acierto de la bioética europea ha sido pasar a considerar parte del debate problemas institucionales, sociales y políticos de carácter universal (nivel macro), creando

comisiones nacionales o hasta instituciones supranacionales, con una visión filosófica de diversidad multicultural con sociedades heterogéneas con elementos propios de la ética aristotélica-tomista, puesta al día desde el personalismo, la ética dialógica, la fenomenología y la ética neokantiana.

Tanto las reflexiones filosóficas sobre la justicia como la cultura moral propia de América Latina están centradas muy especialmente en el concepto de justicia, que refleja su historia y las crisis y conflictos presentes en cada país. Por ello es importante, entender que no se puede importar los modelos norteamericano y europeo (más autonómicos, aunque con aproximaciones diferentes) de forma acrítica siendo preciso analizar los valores propios de cada país ante los paralelismos del paternalismo sanitario, contractualismos más o menos individualistas, o esquemas neoliberales (20).

La región está en permanente búsqueda de soluciones a problemas bioéticos y conflictos morales de los pueblos y comunidades de vida, utilizando un lenguaje propio, considerando que la interpretación de determinados valores y normas depende de creencias culturales que se modifican por cambios en las circunstancias sociales, políticas y económicas, incluyendo la disponibilidad de recursos (20). Dicha situación, ha llevado a un reciente desarrollo de la bioética en lo institucional, social y político (predominando las consideraciones sobre la justicia social), que confluye con los encendidos debate sobre justicia e igualdad en salud, ética de las instituciones de salud, o género y ética en salud, que van más allá de la bioética general y clínica, con inmersión en la realidad social, buscando eliminar las asimetrías para lograr autorrealización individual y colectiva adecuada, ayudando al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética y la concepción de la justicia en las sociedades democráticas.

Se debe establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia ha aportado a cada país de América Latina sobre el ejercicio,

la protección y la promoción de estos derechos. La justicia —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad de los cuidados del profesional de la salud (20).

CONCLUSIONES

El pensamiento latinoamericano constituido por múltiples ejes, ha permitido constituir una bioética regional alrededor de la justicia, claramente diferenciada del discurso de la bioética norteamericana y la europea, que refleja la historia, las crisis y los conflictos presentes en cada país, ha concebido diversas propuestas aplicables a la salud pública. El énfasis para la resolución en lo relacionado con el estudio de conflictos bioéticos en salud pública, está en lo social-institucional. La bioética latinoamericana en salud pública interpreta determinados valores y normas, dependiendo de creencias culturales modificables por cambios en las circunstancias sociales, políticas y económicas, incluyendo la disponibilidad de recursos disponibles para la atención sanitaria.

Las propuestas más relevantes de la bioética latinoamericana en salud pública giran en torno a la tiranía de las mayorías y el principio del daño, pese a sus claras diferencias conceptuales. Convergen en la necesidad de implementar mecanismos de resolución de conflictos bioéticos basados en valores y principios morales a través de lo social-institucional en lo referentes a las desigualdades en justicia sanitaria. La justicia en la bioética latinoamericana en salud pública bajo la inmersión social —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece entonces como la condición de posibilidad de la autonomía, buscando eliminar las asimetrías para lograr autorrealización individual y colectiva adecuada.

Se recomienda realizar investigaciones relacionadas con la implementación de propuestas en bioética latinoamericana en salud pública.

REFERENCIAS

1. Gracia D. ¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. *Bol Of Sanit Panam.* 1990;108(5-6):570-585.
2. Coleman C, Bouësseau M, Reis A. Contribución de la ética a la salud pública. *Bol Organ Mund Salud.* 2008;86:577-656.
3. Lolas F. Hacia una bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.* Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000.p.13-18.
4. Lolas F. Macrobioética y el principio de construcción de la salud. En: Málaga H, director. *Salud Pública. Enfoque Bioético.* Caracas: Disinlimed; 2005.p.139-144.
5. Tealdi JC. La enseñanza de la bioética como nuevo paradigma en salud. *Bioethics, Blackwell Publisher.* 1993;7(2-3):188-199.
6. Velásquez G. Fundamentos de un programa de bioética para la carrera de medicina en la Universidad Central de Venezuela. Repositorio Institucional SaberUCV[Internet]. 2014 Dic [consultado 22 de agosto de 2018]. Disponible en <http://saber.ucv.ve/bitstream/123456789/7823/1/Fundamentos%20de%20un%20programa%20de%20bio%C3%A9tica%20para%20la%20carrera%20de%20Medicina%20en%20la%20Universidad%20Central%20de%20Venezuela.pdf>.
7. Casas Zamora J. Los Retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.* Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.1-34.
8. Gracia D. Calidad y Excelencia en el Cuidado de la Salud. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos.*

- Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.35-54.
9. Arboleda-Flórez J. Equidad y Asignación de Recursos: Donde la Ética y la Justicia Social se interceptan. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.53-68.
 10. Mainetti J. Calidad de la Atención de la Salud y los Derechos del Paciente: entre la Evidencia y la Autonomía. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.69-74.
 11. Drane J. El Desafío de la Equidad: Una Perspectiva. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.75-90.
 12. Callahan D. La Inevitable Tensión entre la Igualdad, la Calidad y los Derechos de los Pacientes. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.91-100.
 13. Emanuel E. Inequidades, Bioética y Sistemas de Salud. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.101-106.
 14. Argentino Pico L. Notas para una fundamentación ética de los Programas de Mejoramiento Continuo de la Calidad Asistencial. En: Lolas F, editor. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Ciudad de Panamá, Panamá: Programa Regional de Bioética OPS/OMS Serie Publicaciones 2000; 2000.p.107-115.
 15. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.
 16. Tealdi J. Pensamiento latinoamericano. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red

- Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.1-2.
17. Fabri M. Doctrina social de la iglesia. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.525-527.
 18. Rawls J. Teoría de la justicia, trad. de Dolores M. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica; 1979.p.84.
 19. Molina P. La teoría de la justicia social en Rawls. Polis [Internet]. 2009; 23 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/1868>.
 20. León F. Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. Rev Colomb Bioét [Internet]. 2010 [consultado 09 de octubre de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189217244006>>.
 21. Barrio J. La aporía fundamental del llamado «debate» bioético. Cuad Bioét. 2003;4(2-3):229-240.
 22. Lagos J. La ética cordial. La diaria [Internet]. Oct 2015 [citado 13 Ene 2019]. Disponible en: <https://ladiaria.com.uy/articulo/2015/10/la-etica-cordial>.
 - 23, Maliandi R. Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales. Rev Iberoam Educ [Internet]. May 2002 [citado 13 Ene 2019]. Disponible en:<https://rieoei.org/historico/documentos/rie29a05.htm>.
 24. Habermas J. La inclusión del otro: Estudios de teoría política. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1999:59.
 - 25, Barbosa S. Ética instrumental. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.159-161.
 26. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev Salud Púb 2008;10(1):72-82.
 27. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A, editores.

- Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de: Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia. Vol. 2. Santiago de Chile, Chile: CEPAL, Fondo de Cultura Económica; 2000.p.659-726.
28. Hernández M. La Bioética y el pluralismo ético. *Rev Ger Pol Salud*. 2001;1:74-85.
 29. Hernández M, Ochoa D, Novoa E. Del capital social a la construcción de lo público. *Rev Trans*. 2001;1:12-41.
 30. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. 3ª edición. Madrid, España: Editorial Trotta S.A.; 2008.p.664.
 31. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos; 2006.p.260.
 32. Maliandi R, Thuer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Lanús, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús; 2008.
 33. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.161-164.
 34. Kottow M. Bioética de protección. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.165-167.
 35. Kottow M. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá, Colombia: Editorial Unibiblos, Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007.p.223-232.
 36. Mainetti J. Bioética narrativa. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.167-168.
 37. Moratalla T, Feito L. Bioética narrativa: clave de la deliberación. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para*

- América Latina. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.23-33.
38. Tinant L. Bioética jurídica. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.168-171.
 39. Atienza M. “Juridificar la bioética”. *Isonomía*. 1998;8:75-99.
 40. Vásquez R. Ponderación de principios. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.171-173.
 41. Sotolongo P. Bioética y complejidad. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.173-176.
 42. Cubero-Castillo E. Bioética pública: la participación y planificación comunitaria como base para la gestión sostenible de la organización comunal. *Rev Bioet Latinoam*. 2013;12:53-70.
 43. Kottow M. “Bioética Pública: una propuesta”. *Rev Bioét (Impr.)*. 2011;19(1):61-76.
 44. Santos L. Bioética y Pueblo. París, Francia: UNESCO [Internet]; 2009 [consultado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibresBioetica/13.%20Bioetica%20y%20Pueblo.pdf>.
 45. Tealdi J. Bioética de los derechos humanos. En: Tealdi J, editor. Diccionario latinoamericano de bioética. Bogotá: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.177-180.
 46. Franco Z. Reflexiones en torno a la bioética y la ética del cuidado en el área asistencial y de investigación en salud. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. 1a edición. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.61-73.
 47. Heidegger M. Cuidado. En: Ferrater Mora J. *Diccionario de Filosofía*. Volumen 1. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana; 2004.

48. León F. Bioética, deliberación y salud pública. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.9-15.
49. Daniels N, Bryant J, Castano R, Dantes O, Khan K, Pannarunothai S. Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(6):740-750.
50. Pérez de Nucci A. Antropoética del acto médico. Tucumán, Argentina: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán; 2008.p.114-115.
51. Pérez de Nucci A. La bioética social frente a la pobreza y los grupos vulnerables. En: León F, Sorokin P, coordinadores. *Bioética y salud pública en y para América Latina*. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015.p.40-52.
52. Gracia D. Prólogo a Principios de ética biomédica. En: Beauchamp T, Childress J, editores. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, España: Editorial Masson S.A.M; 1999.p.522.
53. Romero P. Bioética y ética de salud pública. Cuadernos de la Escuela de Salud Pública. Caracas: Saber UCV [Internet]. 2014 [consultado 31 de diciembre de 2018]; 2(87):58-64. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_edsp/article/view/7234.
54. Castro J. Consideraciones éticas sobre un sistema de salud. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2007 [citado 11 Dic 2018];5(2):46-48. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200006&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1690-3293.
55. Neira H. América Latina y bioética. En: Tealdi J, editor. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá, Colombia: UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad de Colombia; 2008.p.156-168.
56. León F. La Bioética Latinoamericana en sus textos. Santiago de Chile: CEIB; 2008.p.21-23.