



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

**BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA
AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD
EN VENEZUELA**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum en
Bioética

Gómez Marín Jeiv Vicente

Caracas, junio 2022



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA

**BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA
AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD
EN VENEZUELA**

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum en
Bioética

Gómez Marín Jeiv Vicente

Tutor: Carlos Cabrera

Caracas, junio 2022



Carlos Cabrera

C.I.: V- 3894101 E-mail: carloscabreralozada@gmail.com

Tutor



Isis Nézer de Landaeta

C.I.: V-2977643 E-mail: landaetanezer@yahoo.com

Directora del Programa de Maestría en Bioética



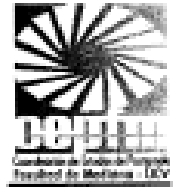
Gladys Velázquez

C.I.: V-3175018 E-mail: gladysvelazquez_502@gmail.com

Coordinadora del Programa de Maestría en Bioética



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO





VEREDICTO


Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el Trabajo de Grado presentado por: **Jeiv Vicente Gómez Marín** Cédula de identidad N° V- 16658707, bajo el título "BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN VENEZUELA", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **MAGISTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA-CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:

- 1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día miércoles, 15 de junio de 2022 a las 09:00 AM., para que el autor lo defendiera en forma pública, lo que éste hizo por medios telemáticos sincrónicos en la Sala alternativa del CIM, ubicada en la Escuela de Medicina Luis Razetti, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.
- 2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por el autor, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.
- 3.- El jurado por unanimidad decidió otorgar la calificación de **EXCELENTE** al presente trabajo por considerarlo de excepcional calidad.

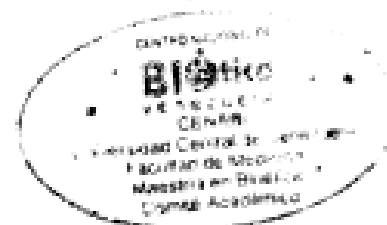
En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, el día 15 de junio de 2022. Conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Carlos Cabrera Lozada.


Gladys Vjina Velázquez de Arilla
C.I. V- 3175618.
Centro Nacional de Bioética
Miembro principal


Josefa del Jesús Orfila
C.I. V- 2643220.
Coordinación de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Medicina
Miembro suplente


Carlos Ramón Cabrera Lozada
C.I. V- 3084101.
Centro Nacional de Bioética
Tutor

CCL. 15/6/2022



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO
DE GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, Jeiv Vicente Gómez Marín

autor del trabajo o tesis, *BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA
METODOLÓGICA PARA AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN
VENEZUELA.*

Presentado para optar: Magister Scientiarum en Bioética

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

<input checked="" type="checkbox"/>	<i>Si autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo después de 1 año</i>
<input type="checkbox"/>	<i>No autorizo</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique:</i>	

Firma autor



C.I. N° V-16658707

e-mail: jeivmaster@gmail.com

En Caracas a los 25 días del mes de junio, de 2022

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO

EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Carlos Ramón Cabrera Lozada portador de la Cédula de identidad N° V- 3984101, tutor del trabajo: “BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN VENEZUELA”, realizado por el estudiante

Jeiv Vicente Gómez Marín

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.



Firma del Profesor

En Caracas, a los 25 días del mes de junio de 2022.

ÍNDICE DE CONTENIDO INFORME FINAL

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
MÉTODOS.....	28
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	82
REFERENCIAS.....	100
ANEXOS.....	120

**BIOÉTICA EN SALUD PÚBLICA: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA
AFRONTAR LA INEQUIDAD ORIGINADA POR LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN
VENEZUELA**

Jeiv Vicente Gómez Marín. C.I. 16.658.707 Sexo: Masculino. E-mail: jeivmaster1@hotmail.com. Telf: 0424-2920917. Dirección: Centro Nacional de Bioética (CENABI). Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Caracas. Maestría en Bioética.

Tutor: **Carlos Ramón Cabrera Lozada.** C.I. 3.984.101 Sexo: Masculino. Email: carloscabreralozada@gmail.com. Telf: 0414-3208493. Dirección: Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Doctor en Ciencias de la Salud.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar una propuesta metodológica con un enfoque holístico integrador dentro de las corrientes de pensamiento prevaletentes en la bioética latinoamericana para afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad, con énfasis en lo institucional - social. **Métodos:** Se investigaron los lineamientos en la bioética latinoamericana con énfasis en lo institucional – social, articulando las corrientes de pensamiento con mayor relevancia, así como se analizó la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela. **Resultados:** Se elaboró una propuesta metodológica, dotada de un enfoque holístico integrador dentro de la bioética latinoamericana con énfasis en lo institucional y social adaptada a las características específicas de la crisis del sector salud en Venezuela para proyectar políticas sanitarias que afronten de forma eficaz la inequidad imperante. **Discusión:** Dentro del contexto global, la bioética latinoamericana tiene herramientas metodológicas que siendo integradas en propuestas como la presentada, desde lo institucional y social, pueden y deben ayudar a crear una cultura evolucionada de la justicia en Venezuela, facilitando la equidad, protegiendo a los sectores de la población más empobrecidos y marginados, empoderando a los sectores vulnerables, y afrontar eficazmente la crisis del sector salud.

Palabras clave: Bioética, Venezuela, Latinoamérica, inequidad, crisis, salud, propuesta.

ABSTRACT

Objective: To elaborate a methodological proposal with an holistic integrating focus within the dominant currents of thought on America Latina to face on inequity caused by health crisis in Venezuela, since 2013 to present day, with institutional and social emphasis. **Methods:** Latino American bioethics postulates with institutional and social emphasis were investigated, as well the most relevant currents of thought, an analysis of inequity caused by health crisis in Venezuela was also made. **Results:** A methodological proposal was elaborated, infused with an integrating holistic focus within Latino American bioethics with an institutional and social emphasis adapted to specific features of health crisis in Venezuela to produce health plans than can face successfully the ruling inequity. **Discussion:** In a global context, Latino American bioethics has diverse methodological tools, which being integrated in proposals such as presented, may and should help to create an evolutionated justice´s culture in Venezuela, improving equity, protecting and empowering the poorest and marginated population groups, facing with success the current health crisis.

Keywords: Bioethics, Venezuela, Latino America, inequity, health crisis, proposal.

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.

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). 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 a las decisiones que se deben tomar a nivel colectivo en contraste con las de la microbioética, relacionada a lo individual.

Cuando lo prevaleciente es la inequidad como antivalor en el sector salud de un país, bien sea producto de fallas estructurales o de sucesos coyunturales, así como de prescindir o suplantar la ética en las consideraciones de la política y economía para formular las políticas sanitarias, o la ausencia de dichas políticas, bien sea en el ámbito nacional, regional o local, necesario es consensuar propuestas metodológicas para tratar de cambiar la situación.

En Venezuela, el sector salud como el resto del país padece una profunda crisis, cuyos efectos más notables se hacen tangibles desde el año 2013, aunque su origen podría fecharse varios años antes, con un marcado deterioro que se empezó a advertir en los principales indicadores macroeconómicos a partir de dicho año, cuyas consecuencias se han extendido en el tiempo, no solo en el plano económico sino también en el político y el social.

El comienzo de la crisis económica supuso la explosión de diversos factores (no todos de orden económico), tales como la crisis financiera, la escasez de alimentos y medicinas, la crisis bancaria de 2016, el cierre de empresas privadas con abandono de empresas multinacionales en el país, fuga de capitales, aumento del desempleo, la inflación, la falta de divisas (tanto para individuos como para empresas), la caída rampante y sostenida del poder adquisitivo, depreciación del bolívar frente a monedas fuertes como el dólar y el euro, endeudamiento externo a pasos agigantados, con un déficit fiscal inmenso sin acceso a créditos de organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) por el impago de deudas contraídas previamente.

Adicionalmente, la emisión continua de dinero inorgánico por el Banco Central de Venezuela con necesidad de cambios en el cono monetario, la caída de la producción petrolera nacional y de los precios internacionales del petróleo, derrumbe de las importaciones así como del Producto Interno Bruto (PIB), el colapso de la pequeña y mediana industria así como del sector agropecuario nacional, el deterioro de la infraestructura de los servicios públicos así como de las empresas del estado (incluyendo las de hidrocarburos), el desarrollo del crimen común y organizado - con el auge de los denominados “pranes” en medio del colapso del sistema carcelario-, con una impunidad que supera el 90% con ausencia de respuestas efectivas y duraderas de los organismos de seguridad del Estado.

Por último, pero no menos importante, el fracaso de los programas de bienestar social gubernamentales, conocidos como “misiones”, las numerosas denuncias de corrupción o malversación de fondos por parte de funcionarios públicos y la sospecha de vinculación a grupos relacionados con el narcotráfico o el terrorismo internacional de miembros pertenecientes al partido de gobierno, para concluir con las denuncias constantes de las limitaciones al libre ejercicio de los derechos civiles y políticos, consagrados en el ordenamiento jurídico vigente.

Dicha situación motivó el surgimiento de movimientos sociales encaminados a cambiar el modelo económico y productivo, cuestionando el sistema político unipartidista dominante - denominados por sus directivos en forma general como “Socialismo del siglo

XXI”-, exigiendo un cambio y renovación con espíritu democrático, en medio de un clima de permanente enfrentamiento político entre el poder Legislativo elegido en 2015, con el resto de los poderes públicos, aunado a una elevada conflictividad social sucediéndose una secuencia de protestas-represión continuamente cuyo punto álgido ocurrió en el año 2017.

La conflictividad mencionada se ha trasladado al plano internacional, en que el cual la Unión Europea, Estados Unidos de América, Canadá, así como instancias regionales latinoamericanas como la Secretaría de la Organización de Estados Americanos (OEA) y el Grupo de Lima, desconocen las elecciones presidenciales de 2018, así como las elecciones legislativas de 2020, a la Asamblea Nacional Constituyente (ANC) (reconociendo como único poder legítimo al Legislativo elegido en 2015 y a su presidente como encargado del Ejecutivo en un eventual gobierno de transición) con sanciones y juicios a diversos ciudadanos pertenecientes o cercanos al aparato estatal venezolano, acusados de corrupción, narcotráfico, apoyo a grupos terroristas y contribuir a la ruptura del orden democrático en Venezuela, así como tildando de crisis humanitaria la diáspora venezolana, acaecida desde el 2013 (sin menoscabo de la emigración previa con cifras nada menospreciables entre el período 1999-2000) , que a la fecha se calcula ha superado los 4 millones de personas por parte del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR por sus siglas en inglés) .

Por otro lado, los poderes Ejecutivo, Judicial, Moral y Electoral, así como la ANC niegan la existencia de una crisis humanitaria, atribuyendo la hecatombe presente a una “guerra económica” por parte de las potencias imperialistas, tratando de “bloqueo económico” a las sanciones individuales, siendo en esencia represalias injerencistas por parte de la burguesía y el imperialismo extranjeros con apoyo de “la derecha” nacional contra la “Revolución Bolivariana” bajo la amenaza de golpe de estado, como heredera de los logros alcanzados y el legado socialista del fallecido presidente Hugo Chávez “Comandante Supremo y Eterno”. Todo movimiento opositor de denuncia, protesta o crítica al modelo planteado por el partido gobernante y sus acólitos es potencialmente conceptualizado como instigación al odio, conspiración criminal o traición a la patria,

planteando la profundización de la revolución con instauración definitiva de un sistema similar al vigente en Cuba, como respuesta monolítica hegemónica absoluta.

La mencionada postura de cuatro de los cinco poderes públicos y la ANC, recibe apoyo irrestricto en el plano internacional de naciones latinoamericanas bajo gobiernos de corte socialista como Cuba, Nicaragua y Bolivia; por otro lado, hay reconocimiento moderado en lo político y más pragmático en lo económico, por países fuera de América Latina como Rusia, China, Siria y Turquía. En suma, la crisis se ha extendido más allá de la economía para afectar a los ámbitos institucionales, políticos y sociales, dando lugar a la denominada crisis en Venezuela que continúa en la actualidad, y además ha entrado en un proceso de hiperinflación, proyectada por el FMI en 10.000.000 % para el 2019, la mayor del mundo.

En éste contexto de crisis en Venezuela, el derecho al acceso a servicios de salud con igualdad de oportunidades a atención de calidad, eficaz y oportuna acordes a las necesidades de los ciudadanos y a las posibilidades de la biomedicina nacional, tanto en lo colectivo como en lo individual, es vulnerado de continuo, con la sensación de difuminarse en la práctica la idea misma de equidad. La bioética en América Latina ofrece corrientes de pensamiento en salud pública, que se pueden integrar con un enfoque holístico transdisciplinario, con el fin de generar propuestas metodológicas que permitan enfrentar la inequidad que aqueja al sector salud.

Planteamiento y delimitación del problema

En la actualidad, no se han publicado propuestas metodológicas incorporando la bioética latinoamericana en salud pública, para enfrentar la inequidad imperante ante la crisis actual en el sector salud en Venezuela, tampoco hay disponibles planteamientos bioéticos desde el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), a través de la Comisión Nacional de Bioética y Bioseguridad, contextualizados a la crisis del sector salud en Venezuela desde el año 2013 a la actualidad. Por otro lado, tampoco se encuentran lineamientos al respecto por parte de entes especializados en el tema como el Laboratorio de Bioética y Biopolítica del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (IVIC). Por tanto, el momento está dado para plantear la siguiente pregunta

de investigación: ¿Una propuesta metodológica con un enfoque holístico integrador dentro de las corrientes de pensamiento prevaletentes en la bioética latinoamericana con énfasis en lo institucional y social para afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela desde el año 2013 a la actualidad es elaborable?

Justificación e importancia

La bioética debe posicionarse comprendiendo en lo teórico, lo conceptual y lo empírico el derecho humano a la salud, partiendo de las realidades sociales, y tomando en cuenta el avance de campo de las políticas sanitarias, en la esfera individual (clínica-médica) o colectiva (salud pública-comunitaria). En nuestro país dificultan la atención adecuada al usuario elementos como la sobrecarga de pacientes, material médico quirúrgico escaso o inexistente, escasez de fármacos, carencia o ausencia de recurso humano especializado y capacitado, la falta de reconocimiento y deficiente remuneración al personal, la conflictividad social y política, la hostilidad y criminalización de la actuación del equipo de salud, el deterioro de la infraestructura de la red hospitalaria y la red ambulatoria, todo ello conformando un cóctel explosivo desastroso en adición a la crisis actual del sector, como extensión de la padecida en lo económico, político, social e institucional.

Aunque en nuestro país está incluida la formación en bioética en los planes de estudio de los profesionales de la salud, bien sea de manera formal o informal en los diversos currículos de pregrado y postgrado, es complicado incorporar la equidad como valor nuclear en el debate sobre la salud pública venezolana, por ende, más complicado es enfrentar su antivalor – la inequidad – con un método que permita responder y contrarrestar al origen de dicha inequidad, especialmente en la crisis actual. La equidad intenta promover la igualdad, en relación a la justicia distributiva (sanitaria) más allá de las diferencias en el sexo, la cultura, los sectores económicos a los que se pertenece, etc. Es decir que para que la equidad sea real no puede ser aplicada la norma en general a todos los individuos, sino que deben ser acatadas ciertas excepciones para cada caso particular, siendo la atención sanitaria asequible y eficaz para todos los habitantes, debiendo instaurarse en los encargados de formular y ejecutar las políticas sanitarias en los distintos niveles desde la transdisciplinariedad (no solamente en los

sanitaristas-salubristas, epidemiólogos o gerentes en salud pública), la asimilación de una metodología que logre el ideal del cuidado integral del ser humano atendiendo no solo su organismo enfermo, sino también su mente, su espíritu y su entorno familiar, social y cultural, respetando su dignidad y derechos.

Antecedentes

Si bien la ética en la salud pública se remonta como mínimo a los tiempos de Hipócrates, Sun Si Miao y Ibn Sina (Avicena), el término “bioética” fue acuñado por Jahr en 1927, la puesta en el escenario internacional de la disciplina apareció en los años 70 en el contexto internacional gracias a Potter. ⁽¹⁻³⁾ Las primeras iniciativas para incluir la enseñanza de la bioética en las carreras de la salud tuvieron lugar en los Estados Unidos de América desde sus comienzos. Su ejemplo fue seguido por varios países europeos, entre ellos Francia, Italia, Holanda, Alemania, Gran Bretaña, Bélgica y España; en el caso de este último, con un papel muy importante en el desarrollo de la bioética en América Latina. ^(4,5)

Se ha presentado un cambio en la atención en salud con la creación de sistemas integrados de salud como respuesta a la concepción del derecho humano a la salud. ⁽⁶⁾ En función del impacto de este cambio, se estableció el Programa Regional de Bioética por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), siguiendo directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994 en conjunto con la Universidad de Chile y el Gobierno de Chile. Se ha promovido el desarrollo de la reflexión bioética, ha colaborado en actividades programadas por instituciones académicas y de servicio, ha conducido investigaciones y encuestas y ha contribuido al trabajo de las Representaciones OPS en la mayor parte de los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe, en esfuerzos regionales como la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética y el Diccionario Latinoamericano de Bioética apoyados por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO por sus siglas en inglés).

La revista *Acta Bioethica*, a comienzos de la década pasada reemplazó a la serie de Cuadernos del Programa Regional de Bioética que recogió materiales de autores

Europeos, estadounidenses y latinoamericanos. Diversos libros han sido editados y distribuidos para beneficio de los estudiosos y los gestores de políticas sanitarias, en medio de la producción latinoamericana en la disciplina que ronda los 120 libros anualmente desde el 2005. La Revista Latinoamericana de Bioética, funcionando desde el año 2008, parte del interés de nueve organizaciones nacionales de bioética de América Latina, y de un representante de la Universidad Complutense de Madrid, quienes asumieron el compromiso de crear esta revista virtual, atendiendo entre otros tópicos, la relación entre bioética y salud pública. ⁽⁷⁻⁹⁾ La Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE) editó en 2015 una publicación con el esfuerzo conjunto de numerosos autores especialistas del tema de la región titulada “Bioética y salud pública en y para América Latina”. ⁽⁶⁾

Venezuela, previo a la asimilación de la bioética como disciplina presenta antecedentes importantes en la ética médica, incluyendo a la salud pública, desde los inicios del siglo XX. José Gregorio Hernández, poseedor de una notable formación en humanidades, fue a nivel docente y asistencial ejemplo de sabiduría, honestidad y entrega en el ejercicio de la profesión - en medio de un contexto mundial más bien adverso donde predominaba el positivismo -, con un legado vigente hasta nuestros días tanto en el imaginario popular como en el campus universitario venezolano, como exponente de las virtudes inherentes al profesional de la medicina, por extensión al resto de las profesiones de la salud.

Luis Razetti redactó el primer Código de Moral Médica de nuestro país y de toda Latinoamérica, publicado por la Academia Nacional de Medicina en 1918. En 1928 publicó su libro “Moral Médica”, dedicado a sus discípulos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caracas, siendo adicionalmente el autor de un conocido juramento de alto contenido ético y deontológico, que a partir de 1984 sustituyó al juramento hipocrático en los actos de grado de los médicos en la Universidad Central de Venezuela (UCV). En la segunda mitad del siglo XX, Augusto León Cechini, profesor de la Facultad de Medicina de la UCV, fue el abanderado para promover la incorporación de la ética en la formación médica. Fue autor de varias publicaciones en la materia tales como “Ética en Medicina” - editado en 1973 -, “Proposición y justificaciones para un programa de la Ética en Medicina” y “Gestiones realizadas tendientes a la adopción de un Programa de

Educación Médica Continuada de la Ética en Medicina”, entre otras. Recogiendo las enseñanzas de Augusto León, Isis Nézer de Landaeta, elaboró en 1991 una propuesta de Programa de Ética para la Escuela Razetti de la UCV, la cual infortunadamente, no fue introducida en el pensum de estudios. ⁽⁵⁾

Desde los comienzos de la bioética en Venezuela, en 1996, con el nacimiento de la Asociación Civil Centro Nacional de Bioética (CENABI), con intensa actividad académica y docente en conjunto con la UCV, implementando los cursos de ampliación y la maestría en bioética (esta última desde el año 2010), formando centenares de profesionales y docentes, especialmente del área de la salud de todas las regiones del país. Dentro del marco del Programa de Cooperación Interfacultades (PCI) de la UCV, se inició en el año 2007, la Red de Bioética (RETHOS), la cual pretende incorporar esta disciplina a todas las facultades.

En el ámbito académico universitario, amén de la incorporación de la bioética como asignatura a los programas de especialización de postgrados clínicos en la UCV, en el caso de pregrado, destacan históricamente por la incorporación de la bioética en su pensum de estudios la Universidad de Carabobo en 1990, posteriormente lo hicieron la Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda en 1993, y la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos en 1996, con incorporación a esta tendencia en la segunda mitad de la década del 2000 de la Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado, la Universidad de los Andes y la Universidad del Zulia; en el 2014, Gladys Velásquez elaboró una propuesta para fundamentar un programa de bioética para las escuelas Razetti y Vargas de la Facultad de Medicina de la UCV, que infortunadamente, tampoco se hizo realidad patente en el pensum de estudios. ⁽⁵⁾

Se ha ido desarrollando la disciplina paulatinamente, apareciendo la Comisión de Bioética y Bioseguridad del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (CONICIT), hoy conocido como Fondo Nacional de Ciencia y Tecnología (FONACIT) para la redacción de un código de bioética y bioseguridad publicado en 1999, la Comisión Nacional de Bioética del Ministerio del Poder Popular para la Salud -en la práctica inoperativa desde 1998 hasta su reactivación en el año 2010 por cambios políticos a nivel ministerial-, con posterior resolución en el 2016 de la Dirección General

de Investigación y Educación y de la Dirección General de Normativa y Acreditación Hospitalaria de un reglamento de los comité de investigación y bioética de la red hospitalaria venezolana (aunque sin propuestas formales desde el estado para la bioética y la salud pública) ⁽¹⁰⁾; por último, el Laboratorio de Bioética y Biopolítica del IVIC consolidado en la última década, dedicado a la investigación a partir de un enfoque integral y transdisciplinario centrado en la dimensión epistemológica de la bioética y la biopolítica, incluyendo sus dimensiones práctica y normativa. En este espacio se asume la bioética y la biopolítica como dos áreas complementarias, entendidas como la reflexión y acción sobre principios, normas y valores de las prácticas que afectan a la vida y del ejercicio del poder sobre la misma. En suma, se puede concluir que el proceso de institucionalización de la disciplina ha sido lento y circunscrito, brillando por su ausencia la articulación de un programa de formación de capacidades en el área de alcance nacional, en gran parte debido a que los pocos núcleos de acción creados carecían de estructuración, predominando la acción particular y fragmentada. ⁽⁸⁾ No hay una propuesta metodológica vinculante de la bioética latinoamericana a la fecha, asociada a la crisis en el sector salud venezolano, desde la bioética en salud pública.

Marco Teórico

Conceptualización de la bioética en salud pública

La Ética es una disciplina filosófica que trata acerca de la moral y la moralidad. De ella se deriva la Ética Médica como ética aplicada al campo específico de la medicina.

La Bioética se trata de primera intención de una ética práctica, construida desde la Filosofía y la Medicina, pero con aportes de otras disciplinas entre las que se mencionan la Sociología, Antropología, Psicología, Historia, entre otras. En la primera edición de la Enciclopedia de Bioética de 1978, Reich ^(5,11-12) define la disciplina como: “El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en cuanto dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales”. Comparte con la ética los fundamentos y métodos de análisis, sin embargo, se diferencia por un abordaje plural e interdisciplinario de los problemas. Para Couceiro-Vidal, ⁽¹³⁾ La bioética se ha concebido tradicionalmente originada en la cultura

norteamericana, por los cambios profundos en la relación sanitaria y la aparición de conflictos de valores, durante la aplicación de los principios de libertad moral y democracia característicos de la sociedad estadounidense. Sin embargo, a criterio de Gracia, ⁽¹⁴⁾ también se puede presentar como movimiento más general en lo global que fue generándose en el transcurso del siglo XX, en torno a un nuevo estilo de gestión de la vida y de la muerte, del cuerpo y la sexualidad, con el ejercicio de la autonomía.

Según Outomuro, ^(5,11) la Medicina (así como las demás profesiones dedicadas al área de las ciencias de la salud) aparte de ser una ciencia, es también un arte dotada de sentido humano. El paciente es una “persona” que sufre física y emocionalmente, que busca ayuda del equipo de salud y merece respeto y atención adecuada por el equipo de salud; es por tanto de capital importancia, tomar en cuenta que la mayor parte de los factores que determinan el mantenimiento de la salud y/o la generación de la enfermedad, no son de índole somático.

Entrando a lo que se espera de los responsables en gerencia de salud así como de los involucrados en ejecutar las políticas sanitarias en Venezuela, así como de la relevancia en salud pública - independientemente de no ser médicos, ya que la salud pública nació como medicina social -, se debe traer a colación desde el punto de vista de formación, el perfil profesional del médico venezolano, elaborado en conjunto por la Asociación Venezolana de Facultades y Escuelas de Medicina (AVEFAM), la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU) y el MPPS en el año 2007: “Un profesional al servicio de la sociedad, con alto nivel científico, técnico y humanístico, capaz de realizar acciones integrales de promoción de la salud, prevención y restitución de la misma, rehabilitación de la persona y la familia en su entorno comunitario y cultural, actuando en cualquier nivel del sistema de salud, con énfasis en el primer nivel de atención...un líder crítico y reflexivo, que desarrolla también funciones de investigación, gestión y educación, dentro de un marco de multiprofesionalidad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad, bajo los principios de la bioética, equidad, solidaridad y universalidad, con capacidad para atender los problemas de salud más frecuentes, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida de la población”. Por otra parte, entre las competencias del profesional de la

medicina está la “capacidad para aplicar los principios de la bioética en el desempeño de sus funciones, respetando fundamentalmente la dignidad del paciente”. (5,15)

Sin embargo, también hay que contemplar que, en la práctica, no se cumple con el perfil mencionado, el deterioro ético es común a todas las profesiones, como opinan autores como Malpica, Carrasco *et al.*, o López. (5,16-18) La crisis global postmoderna en que se encuentra sumida la humanidad sumado al hiperdesarrollo del egocentrismo en detrimento del altruismo, tienen mayor importancia que la pérdida de valores profesionales tradicionales o la falta de cursos de ética profesional en los planes de estudio de las carreras. No se busca el ejercicio cooperativo de una actividad social, sino prácticas donde predomine la competitividad. No hay orientación hacia la construcción de un bien específico requerido por la sociedad, sino hacia el beneficio económico particular de los grupos que tienen acceso a la formación de alta calidad.

Según Outomuro, (5,11) En los últimos años se ha observado una disociación entre discurso y acción: por un lado, se acepta, proclama y declama que el hombre es una unidad bio-psico-social indivisible, a partir de lo cual, la enfermedad y la salud se vinculan estrechamente a dicha tríada, como lo proponen la OMS y otros organismos internacionales, y por otro en la práctica se mantiene una fuerte matriz somatista. Por ende según Oletta, (19) los encargados de la planificación y ejecución de las políticas sanitarias, gerentes de salud, así como los diversos integrantes del equipo de salud en los distintos niveles de atención, debieran tener presente la relevancia de construir un nuevo profesionalismo que incluya un conjunto de atributos positivos en beneficio de las personas y de la sociedad y no al provecho de los intereses del profesional en el área de las ciencias de la salud y sus retribuciones; los “bienes externos” de la profesión (prestigio, rango social, beneficio económico), no pueden ir en desmedro de los “bienes internos.

A partir de las consideraciones de Lolás, (20) la bioética médica tradicional se ubica en un plano que denomina “microbioética”, la cual ofrece respuestas a dilemas cotidianos del trato interpersonal, como el que acontece entre médicos y pacientes, investigadores y sujetos, terapeutas y clientes. Dentro de este plano es que inicialmente surgió la corriente del principialismo anglosajón.

Sin embargo, para el mismo Lolás, y autores como Velásquez y Tealdi, ^(5,21) la salud va más allá de la medicina, siendo una personalísima construcción que realizan la sociedad y los individuos dentro de ella, expresada en lo individual y lo colectivo de formas diversas, pero correlacionadas, excediendo los alcances de la bioética médica tradicional, por ende, que amerita planteamientos distintos a los del principialismo anglosajón. Describe un plano intermedio, el de las sociedades, denominado “macrobioética”, que vendría siendo una especie de híbrido entre la microbioética y la bioética global. 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.

Desarrollo histórico del concepto de justicia sanitaria

Para Gracia, ⁽²²⁾ todo profesional del área de las ciencias de salud, los políticos, los administradores sanitarios y el público en general, se han formulado las siguientes preguntas: ¿Cuándo debe considerarse justo o injusto un servicio de salud? ¿Qué recursos es preciso asignarle para cumplir con el deber de justicia? ¿Cómo proceder cuando los recursos disponibles son menores que los teóricamente necesarios? ¿Cómo distribuir justamente los recursos insuficientes? Para responder a éstas preguntas se debe abordar la definición de justicia, tanto desde el momento deontológico, o de los principios, como del momento teleológico, o de las consecuencias. El principio general de la justicia, para empezar con la revisión del momento deontológico, fue definido por el derecho romano como *“Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens”* (Justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo). Para Gracia, en Occidente se han dado no menos de cuatro interpretaciones históricas distintas que han interpretado la justicia, respectivamente, como proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y bienestar colectivo.

Según la teoría de la justicia como proporcionalidad natural iniciada por los pensadores griegos hacia el siglo VI a. de C., la justicia es una propiedad natural de las cosas que el hombre no tiene más que conocer y respetar, en tanto que naturales, las cosas son justas, y cualquier tipo de desajuste constituye una desnaturalización. Dentro de ésta

percepción se encuentra la justicia distributiva, que rige las relaciones del gobernante con los gobernados, concepto expresado por el mismo Aristóteles. ⁽²²⁻²³⁾ La expresión “justicia sanitaria” siempre se entiende en el sentido de justicia distributiva. Al gobernante se le debe obediencia y piedad, lo mismo que a los padres. Tal es el fundamento del paternalismo médico tradicional, constante en toda la tradición sociopolítica de corte naturalista.

La asistencia médica debe guardar una proporcionalidad de acuerdo con el rango social de la persona, los ciudadanos eminentes eran plenamente justos y virtuosos, siendo los únicos que recibían asistencia sanitaria completa. El médico encarnaba el bien común y del enfermo sólo se esperaba obediencia, inclusive la retribución se concebía en función del honor dado que los servicios de salud se consideraban de corte superior dentro de la sociedad (de donde proviene el término “honorarios”).

Según la teoría de la justicia como libertad contractual originada hacia finales del siglo XVII, en tiempos de Locke, ^(22,24) el contrato social es la base de todos los deberes de justicia. La justicia es una estricta decisión moral. El hombre está por encima de la naturaleza, y es la única y exclusiva fuente de derechos. El pacto social protege los derechos naturales civiles y políticos de cada individuo (como el derecho a la salud), donde todo exceso constituye abuso del estado, teniendo el ciudadano la libertad para contratar los servicios de salud asequibles en función de su producción. Para el pensamiento liberal el mercado sanitario debe regirse por las leyes del libre comercio, sin intervención de terceros. Este ha sido el principio básico de la medicina liberal, según la cual la relación médico-paciente se acomoda a los principios del libre mercado, no debe estar mediada por el Estado.

En los grupos más desfavorecidos que no pueden costear atención de calidad, la asistencia sanitaria se da en instituciones de beneficencia-caridad (usualmente en condiciones deplorables). El Estado tiene la obligación de impedir que alguien atente contra la integridad corporal de las personas, pero no de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos, ya que el derecho a la salud debe ser protegido en forma negativa no positiva. Más recientemente en el siglo XX, para plantear un fondo de seguridad social que garantice la asistencia sanitaria el estado debe acogerse a emplear el principio de

apropiación de una renta proporcional a los recursos utilizados por los generadores de riqueza, que se distribuya de forma igualitaria, como afirma Nozick. ⁽²⁵⁾ En la justicia distributiva bajo el modelo neoliberal, no existe un derecho particular y específico a la asistencia sanitaria, sino un derecho genérico a la redistribución de una cierta riqueza.

Según la teoría de la justicia como igualdad social, originada en el siglo XIX de las ideas de Marx y Engels respectivamente, ^(22, 26-28) el Estado minimalista basado en el respeto de los derechos humanos civiles y políticos, fomenta la desigualdad y la injusticia porque perpetúa la propiedad privada de los medios de producción. Al negar la propiedad privada de los bienes de producción, la justicia distributiva cambia radicalmente, lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo.

La salud es un bien de producción y la asistencia sanitaria es un bien de consumo. Debiendo el Estado dar a cada cual, según sus necesidades, y por tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos sus ciudadanos, potenciando la cobertura y eficacia absoluta como ideal. Cabe destacar que dicho modelo es el seguido por los países de corte comunista - derivados del marxismo ortodoxo -, tanto en lo económico como en lo político como Corea del Norte o Cuba, en la actualidad, mientras que en el siglo pasado la Unión Soviética y China lo siguieron a cabalidad. Es de resaltar, que dicha teoría es la génesis de la propuesta de justicia distributiva del sistema de salud pública comunitaria del “Socialismo del siglo XXI” planteado por el partido político gobernante en Venezuela.

Para Gracia, ^(22, 29) la teoría de la justicia como bienestar colectivo, originada en la segunda mitad del siglo XIX asociada íntimamente al socialismo democrático, propugna la mezcla de democracia liberal y estado social de derecho y bienestar colectivo, a diferencia del modelo liberal, apuesta por un estado maximalista que proteja los derechos negativos y positivos por igual (derechos económicos, sociales y culturales como el derecho a la asistencia sanitaria), introduciendo un principio de igualdad redistributiva, originando los sistemas de seguridad social y de seguro médico obligatorios, vigentes en la mayor parte de los países occidentales. El Estado benefactor tiene entre sus máximas prioridades la protección del derecho a la asistencia sanitaria. Los sistemas nacionales de salud de los países occidentales siguen tres modelos: el liberal (norteamericano), el

socializado (británico) y el intermedio (alemán), con matices dentro de la dinámica propia interna de cada país.

A las 4 teorías comentadas previamente, se agrega a partir de 1971 - como reformulación del pensamiento socialdemocrático -, la teoría de la justicia de Rawls como equidad – igualdad de oportunidades. ^(22, 30) En ésta teoría el ser humano, naturalmente moral, puede concebir la idea de una sociedad bien ordenada, regida por los principios de libertad e igualdad. La justicia entendida como equidad requiere de ciertos bienes básicos: las libertades básicas; la igualdad de oportunidades, derechos y prerrogativas; los ingresos y riquezas; y las condiciones sociales para el respeto de sí mismo y la dignidad. La distribución ha de ser igualitaria, excepto en aquellos casos en que la distribución desigual sea beneficiosa para cumplir con la igualdad de oportunidades, particularmente en los más necesitados. Los bienes sociales primarios están constituidos por los derechos civiles y políticos, así como por los derechos económicos, sociales y culturales.

Aunque ha tenido diversas acepciones por autores como Daniels, ^(22, 31) Green, ^(22, 32-35) Fried, ^(22, 36-38) Adorno, ^(22, 39) o Sen, ^(22, 40) de como reinterpretar esta teoría en la asistencia sanitaria por las dificultades de identificar claramente las necesidades sanitarias para determinar los criterios de distribución cumpliendo con la equidad, se considera en general que el estado debe a sus ciudadanos en virtud del principio de justicia total o parcialmente la asistencia médica, como mínimo moral exigible, bien sea como bien primario o capacidad básica. Los trabajos de justicia sanitaria a partir de la década de los 70 parten de la teoría de la justicia como equidad de Rawls, aunque sea como crítica.

Gracia, ⁽²²⁾ expresa que, en el momento teleológico, o de las consecuencias, se debe siempre comenzar de lo que es justicia a partir de la asignación de recursos escasos, en el que es injusto todo lo que no consigue el máximo beneficio al mínimo costo, según el utilitarismo de Bentham. ⁽⁴¹⁾ Respecto al momento teleológico tiene la ventaja, que es sumamente operativo por cuanto cuantificable (por lo que los economistas y políticos lo asumen con mayor fruición por su obligación de optimizar la utilidad pública de los recursos disponibles), particularmente relevante por la explosión de los costos sanitarios

en los últimos 50 años, dado que el consumo sanitario así como su crecimiento es potencialmente ilimitado, en relación a las posibilidades limitadas de crecimiento del PIB de los países. La justicia distributiva debe regirse siempre por la relación costo-beneficio, para cumplir con la racionalidad económica. Lo que es justo debe estar identificado con lo que es económicamente óptimo.

Por ello, se pueden concluir 3 cosas bajo el momento teleológico: a) no es justo desviar fondos de otras partidas del presupuesto a la sanidad, si la relación costo-beneficio es mejor en esos otros campos que en el sanitario, b) los recursos limitados deben destinarse a las actividades que con un menor costo produzcan un mayor beneficio en salud, c) hay prestaciones y servicios sanitarios que no pueden ser exigidos en justicia, por su baja relación costo-beneficio. Cuando al momento de las consecuencias se le otorga un valor absoluto hasta convertirlo en el único capaz de definir una acción como justa o injusta, entonces tenemos una nueva teoría de la justicia, derivada del utilitarismo de Bentham, ^(20, 39) que se puede resumir en la frase: “la mayor felicidad del mayor número es la medida de lo justo y de lo injusto”.

Respecto a cómo decidir lo que es justo relacionando el momento deontológico con el teleológico, válido es tener presente el enunciado del *Hastings Center*, ^(22,42) en el que se debe reconocer la inevitable realidad donde predomina el enfoque utilitarista del análisis de la relación costo-beneficio. Para los economistas y políticos dicho enfoque los hace tender a la suplantación, o simplemente la desatención de la ética, constituyendo una amenaza para la equidad en la justicia distributiva. Gracia, ⁽²²⁾ concluye que tal vez, lo más razonable es establecer el momento teleológico como medio de resolución, jerarquizando los conflictos entre los principios, o conflictos entre principios y consecuencias.

Bioética latinoamericana en salud pública dentro del contexto global

Para Lolás, ⁽⁴³⁾ 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). Lolás, así como Cortina,

⁽⁴⁴⁾ 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 equidad – igualdad de oportunidades como valor colectivo, se relaciona con la distribución de poder en la sociedad, como parte de la ética básica de mínimos permite la convivencia en las sociedades pluralistas postmodernas; estando la solidaridad, compasión y simpatía como resonancias a nivel individual de la equidad. Se hace complejo desde las doctrinas políticas en el contexto latinoamericano, evitar las posturas que desvirtúan la equidad en igualitarismos, originando ideales inalcanzables a nivel colectivo e insatisfacción a nivel individual vistos desde la experiencia histórica o la realidad psicológica. Es paradójico que en la tecnificación de la vida y la globalización está el mayor desafío a la equidad, dado que aportar mayores recursos con una distribución desigual genere, contra lo esperado, aún mayores inequidades. En la salud pública, la investigación en los determinantes macrosociales de la salud y sus perturbaciones puede aportar soluciones al desafío de la equidad.

Para Peguero, ⁽⁴⁵⁾ La salud pública exige una responsabilidad social sobre la salud de todos que supera lo relacionado con las políticas sanitarias. Enfatiza la responsabilidad compartida entre el Estado y los grupos para mantener y proteger la salud de la población, quedando implícita la lucha en contra de las desigualdades injustas, innecesarias y evitables, necesaria para alcanzar el bienestar social como parte de la salud. Para Penchaszadev, ⁽⁴⁶⁾ La toma de decisiones debe basarse en evidencia científica, la cual, a su vez, debe estar en consonancia con los valores morales de la población. La bioética puede guiar a la salud pública en situaciones en que se presentan

conflictos éticos con medidas propuestas, clarificando objetivos, priorizando acciones y justificando cursos de acción basados en principios éticos, valores y creencias de personas y comunidades, con información científica o de otro tipo que sea relevante para la adopción de medidas. Dichas acciones en salud pública tienen como objetivo el bien público, enfocadas en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. En última instancia, el estado está a cargo, debiendo convocar a la acción colectiva con énfasis en los resultados.

Para Mendieta y Cuevas, ⁽⁴⁷⁾ La reflexión bioética debe hacer hincapié en la comprensión y discusión desde la vinculación a los problemas y dilemas que plantea la salud pública, y así, intentar vincular con conciencia moral y acción ética el empoderamiento en la salud de las poblaciones, así como la vinculación de la población en la formulación de políticas públicas sanitarias, donde se pretenda generar conciencia en los procesos de cambio de las prácticas sociales para brindar elementos de comprensión a una bioética socialmente contextualizada. López, Mata y Ortega, ⁽⁴⁸⁾ opinan que la constitución de equipos transdisciplinarios son una respuesta al desafío de afrontar la inequidad, por medio de una reforma política de la gestión en salud pública, así como de las políticas sanitarias en el marco de la ética pública.

Se pueden asumir como nuevos espacios de regeneración democrática que planteen, promuevan, apoyen y sustenten los derechos humanos, donde los ciudadanos identifiquen conscientemente lo que desean o necesitan. En este sentido, las actitudes tanto del funcionario público, los profesionales en salud y otras áreas de conocimiento, los científicos e investigadores y los ciudadanos, tendrán una importancia fundamental para que las prácticas en la gestión pública y las políticas sanitarias estén dentro de la legalidad, y también para que los servicios públicos suministrados por el estado a los ciudadanos, se lleven a cabo con efectividad, eficacia, transparencia y rendición de cuentas.

Puyol, ⁽⁴⁹⁾ defiende la tesis en la que en un modelo epidemiológico clásico o biologicista, las diferencias de salud se explican por factores que no pueden ser justos ni injustos, la naturaleza biológica de cada individuo no obedece a la moral. Sin embargo, al constatar que la salud y la enfermedad tienen mucho que ver con la acción de los determinantes

sociales de la salud, cuya distribución entre la población es a todas luces desigual sin que los individuos y grupos afectados sean responsables directos de ella, son evidentes los problemas de justicia. Así pues, por un lado, los determinantes sociales de la salud pretenden dar una explicación de «las causas de las causas» o, mejor dicho, las causas sociales de las causas biológicas de las enfermedades. Por otro lado, los determinantes sociales en salud pretenden explicar cómo se distribuyen las enfermedades entre los individuos y los grupos sociales.

Si los determinantes sociales de la salud no se distribuyen en forma equitativa en la población, el poder de la equidad en el acceso al sistema sanitario, a nivel individual y colectivo, se limita a no aumentar aún más esa injusticia previa, pero no puede eliminarla o reducirla. El resultado es que, a pesar de que el acceso al sistema de salud se realice por necesidad sanitaria y no, por ejemplo, por capacidad de pago de los individuos, la población que más padece las desigualdades sociales no tiene garantía de equidad en salud ni igualdad de oportunidades, por lo que no desaparece la presencia de marginados o postergados en la salud pública.

Paradigma de los conflictos bioéticos en salud pública con relevancia global, son aquellos relacionados con la vigilancia, la cual se define según la OMS como la recogida, el análisis y la interpretación sistemáticos y continuos de datos de salud con el fin de planificar, analizar y evaluar las prácticas en esa esfera. Los datos de salud se conocen como los datos relativos a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, lesiones y afecciones, y los riesgos y determinantes relacionados a ellos. En cuanto a los brotes de enfermedades infecciosas y eventos que muestran un “potencial de provocar una propagación internacional de enfermedades”, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del 2005 define la vigilancia como “la compilación, comparación y análisis de datos de forma sistemática y continua para fines relacionados con la salud pública, y la difusión oportuna, para su evaluación y para dar la respuesta de salud pública que sea procedente”. ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾

El Grupo de Formulación de Directrices de la OMS determinó que las siguientes consideraciones éticas son de especial importancia para la vigilancia de la salud pública: ^(50, 53-58)

a) Bien común. La vigilancia es un bien público justificada como un requisito para el bien de todos. Debiendo tener una supervisión adecuada de parte de los órganos de salud pública y la participación de las personas y comunidades, para evitar los riesgos potenciales a los beneficios compartidos de la vigilancia.

b) Equidad. La ética de la salud pública gira en torno de la idea de equidad. La desigualdad social tiene efectos adversos sobre la salud, por lo que la vigilancia de la salud pública puede contribuir al logro de la equidad. Entre los elementos centrales de dicha contribución están identificar los problemas particulares de las poblaciones desfavorecidas, aportar datos científicos para emprender campañas enfocadas en la salud e identificar la base de las diferencias injustas en materia de salud.

c) Respeto hacia las personas. La ética de la salud pública se preocupa por los derechos, la libertad y otros intereses tanto de los individuos como del bienestar de la población en general. En general, las personas deberían participar en las decisiones que les afectan. Se genera entonces, la obligación de asegurar la protección de los datos de los individuos y grupos, reduciendo al mínimo, en el mayor grado posible, los riesgos de que sufran daños.

d) Buena gobernanza. Siendo más una aspiración política que un principio ético. Para poder hacer frente a los desafíos éticos planteados por las acciones a nivel de la salud pública de una manera sistemática y justa, los mecanismos de gobernanza deben rendir cuentas y estar abiertos al escrutinio público.

Para entender las dimensiones alcanzadas por la vigilancia en salud pública y su relevancia es ilustrativo el siguiente cuadro, que aparece en las Pautas de la OMS en lo referente a la ética en la vigilancia de la salud pública:

Las 17 pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública versan sobre lo siguiente: ⁽⁵⁰⁾

1) Los países tienen la obligación de crear sistemas de vigilancia de la salud pública apropiados, viables y sostenibles. Los sistemas de vigilancia deben tener una finalidad

clara y un plan para recolectar, analizar, usar y difundir datos basados en prioridades relevantes de salud pública.

- 2) Los países tienen la obligación de crear mecanismos apropiados y efectivos para garantizar una vigilancia ética.
- 3) Los datos de vigilancia deberían recolectarse solo con una finalidad legítima de salud pública.
- 4) Los países tienen la obligación de asegurar que los datos recolectados sean de suficiente calidad, oportunos, fidedignos y válidos para lograr los objetivos de salud pública.
- 5) Un proceso transparente de definición de prioridades a nivel del gobierno debería orientar la planificación de la vigilancia de la salud pública.
- 6) La comunidad internacional tiene la obligación de apoyar a los países que carecen de recursos suficientes para realizar la vigilancia.
- 7) Los valores e inquietudes de las comunidades deberían tenerse en cuenta al planificar, ejecutar y usar los datos de la vigilancia.
- 8) Los responsables de la vigilancia deberían identificar, evaluar, reducir al mínimo y revelar los riesgos de daño antes de dar inicio a la vigilancia. El monitoreo de los daños debería ser continuo y, al identificar alguno, deberían tomarse medidas apropiadas para mitigarlo.
- 9) La vigilancia de las personas o grupos particularmente susceptibles a enfermedades, daños o injusticias es fundamental y exige un escrutinio cuidadoso para evitar la imposición de cargas adicionales innecesarias.
- 10) Los gobiernos y otras entidades que tienen datos de vigilancia en su poder deben mantener debidamente resguardados los datos que permiten identificar a las personas.
- 11) En ciertas circunstancias, se justifica la recolección de nombres o datos que permitan identificar a las personas.

- 12) Las personas tienen la obligación de contribuir con la vigilancia cuando se requieran conjuntos de datos fiables, válidos y completos y se cuente con la debida protección. En estas circunstancias, el consentimiento informado no es un requisito ético.
- 13) Los resultados de la vigilancia deben comunicarse efectivamente al público objetivo relevante.
- 14) Con las salvaguardas y justificación apropiadas, los responsables de la vigilancia de la salud pública tienen la obligación de compartir los datos con otros organismos nacionales e internacionales de salud pública.
- 15) Durante una emergencia de salud pública, es imperativo que todas las partes involucradas en la vigilancia compartan datos de manera oportuna.
- 16) Con una justificación y salvaguardas apropiadas, los organismos de salud pública pueden usar o compartir datos de vigilancia con propósitos de investigación.
- 17) Los datos de vigilancia con información que permita identificar a las personas no deberían compartirse con organismos que probablemente los usen para adoptar medidas contra las personas o para otros propósitos no relacionados con la salud pública.

Para la OMS, ^(50,59-63) merece mención especial la denominada era de los macrodatos (*Big Data*), definidos en torno al mayor volumen de datos que hoy en día pueden recolectarse y almacenarse, generalmente en forma digital, así como como a la mayor capacidad informática disponible para procesarlos rápidamente, contribuyendo a difuminar las fronteras nacionales y la tradicional separación entre el sector público y privado en la vigilancia en salud pública. El uso ubicuo, extendido e *in crescendo* de computadoras personales, teléfonos inteligentes, dispositivos portátiles, cámaras de circuito cerrado, secuenciadores genéticos, drones semiautónomos y otras tecnologías significa que producimos una corriente constante de datos digitales. Un gran entusiasmo se ha generado por los beneficios potenciales surgidos de la búsqueda de registros de salud electrónicos, datos genómicos y otros materiales biológicos, comunicaciones en las redes sociales, imágenes satelitales y otros conjuntos de datos digitales para identificar amenazas de enfermedades emergentes, interrumpir brotes de enfermedades

de transmisión alimentaria y mejorar la colaboración entre las organizaciones de salud pública. Debe profundizarse el trabajo en las áreas de privacidad y anonimidad, la integración de conjuntos de datos públicos y privados, y la validez y fiabilidad de los datos para lograr un equilibrio deseado ante esta realidad, además de los conflictos potenciales de falta de equidad por las distancias entre los países que no disponen de dichos avances, en relación de los que sí cuentan con ellos; ejemplo de esto es la criticada “utopía de los drones”. Sin embargo, en el día a día, falta mucho por avanzar ya que aproximadamente solo entre 10-20 % de las decisiones son basadas en la evidencia disponible, casi 50 % de las recomendaciones de las guías clínicas y consensos dependen de la opinión de expertos en vez de datos experimentales, teniendo como resultado global que la información generada termina siendo frecuentemente subutilizada. ⁽⁶⁴⁾

Con respecto a los determinantes sociales en salud, las recomendaciones de una Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud, de la OMS, ⁽⁶⁵⁾ son:

- a) Mejorar las condiciones de vida: especialmente de las niñas, mujeres, condiciones en que nacen los niños, condiciones de vida y trabajo, y las políticas de protección social a la ancianidad.
- b) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos de salud: las inequidades sociales se manifiestan también en el ámbito de la salud; se requiere un sector público sólido y comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, y un sector privado responsable.
- c) Medir la magnitud de los problemas de inequidad de cada país, analizarlos y evaluar los efectos de las intervenciones.

La necesidad de bioética latinoamericana respecto a la búsqueda de propuestas bioéticas para lograr avances en los sistemas de salud que garantizarán 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), ⁽⁷⁾ mencionaron los retos de la bioética latinoamericana en equidad, salud y derechos humanos (Casas Zamora), ⁽⁶⁶⁾ discutieron sobre la calidad y excelencia en el cuidado de la salud (Gracia), ⁽⁶⁷⁾ 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), ⁽⁶⁸⁾ 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), ⁽⁶⁹⁾ lograron construir perspectivas al desafío de la equidad (Drane), ⁽⁷⁰⁾ discutieron la tensión en la tríada igualdad-calidad-derechos de los pacientes (Callahan), ⁽⁷¹⁾ plantearon las inequidades en los diferentes sistemas de salud con un enfoque desde la bioética (Emanuel), ⁽⁷²⁾ elaboraron notas sobre la necesaria fundamentación ética de los programas de mejoramiento continuo de la calidad asistencial (Argentino Pico), entre otros avances.⁽⁷³⁾

Objetivos

Objetivo general

Elaborar una propuesta metodológica con un enfoque holístico integrador dentro de las corrientes de pensamiento prevalecientes en la bioética latinoamericana para afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad, con énfasis en lo institucional - social.

Objetivos específicos

- 1) Establecer las corrientes de pensamiento de mayor relevancia en la bioética latinoamericana en salud pública, con énfasis en lo institucional - social.
- 2) Enunciar las metodologías en bioética de mayor impacto en el debate bioético latinoamericano y venezolano.
- 3) Identificar los factores, a nivel coyuntural y estructural, relacionados con la crisis actual del sector salud en Venezuela.

4) Analizar la inequidad originada por la crisis actual del sector salud en Venezuela.

5) Elaborar una propuesta metodológica, con énfasis en lo institucional - social derivada de las corrientes de pensamiento de mayor relevancia en la bioética latinoamericana en salud pública contextualizada a la crisis del sector salud en Venezuela.

Aspectos bioéticos

En esta investigación se garantizó el respeto a los denominados cuatro principios de la bioética, dentro del principialismo de Beauchamp y Childress, ⁽⁷⁴⁾ la autonomía no se vio comprometida ya que la investigación no incluyó sujetos de investigación experimental y se realizó sobre el análisis cualitativo de publicaciones científicas y reportes, sin violación de la privacidad y confidencialidad en los mismos. Por otro lado, la beneficencia se garantizó ya que durante el estudio se elaborará una propuesta metodológica que permita afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, obteniéndose beneficios producto de su potencial aplicación en las políticas sanitarias tanto a nivel individual como colectivo. La no maleficencia por su parte, se garantizó ya que los procedimientos a seguir durante la investigación no constituirán daños o perjuicios a nivel individual o colectivo, asegurándose que no habrá alteraciones en el desempeño de la investigación sobre las instituciones o autores investigados, sin infringir el derecho de propiedad intelectual. Finalmente, la justicia se garantizó durante el presente trabajo por no emplearse sesgos, de cualquier tipo, en el transcurso de la investigación bibliográfica ni el análisis de los datos obtenidos de las diferentes publicaciones y reportes, los resultados del presente estudio precisamente tratan sobre propuestas para alcanzar el disfrute de la justicia sanitaria y la equidad en la crisis del sector salud en Venezuela, afrontando la inequidad.

MÉTODOS

Tipo de estudio:

Investigación prescriptiva del tipo “Investigación y Desarrollo” en el área de metodología bioética en salud pública, enmarcada dentro del paradigma cualitativo.

Universo

Bioética en salud pública en América Latina

Población

Propuestas de las corrientes de pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública para afrontar la inequidad de los sistemas de salud de la región, contextualizada a la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 a la actualidad.

Muestra

Muestreo no probabilístico, opinático y de representatividad cualitativa a juicio del autor, de las corrientes de pensamiento y metodologías de mayor relevancia en el debate bioético actual latinoamericano en salud pública para afrontar la inequidad de los sistemas de salud de la región, así como la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad.

- 1) Propuestas de las corrientes de pensamiento de la bioética latinoamericana en salud pública para afrontar la inequidad de los sistemas de salud de la región.
- 2) Datos éticamente relevantes asociados a la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad.

Criterios de exclusión

- 1) 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.

- 2) Metodologías en bioética de mayor impacto en el debate bioético latinoamericano y venezolano.
- 3) Datos éticamente relevantes, no cotejables con ONG o sociedades científicas venezolanas o extranjeras, así como la OMS/OPS por riesgo de invalidez externa derivada de sesgo político denunciado en las estadísticas relacionadas con la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad.

Procedimientos e instrumentos de recolección de información:

1.- Investigación documental sobre las corrientes de pensamiento en América Latina de bioética en salud pública respecto a las propuestas para afrontar la inequidad de los sistemas de salud en la región, así como de las metodologías en bioética de mayor impacto en el debate bioético latinoamericano y de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, desde el año 2013 hasta la actualidad, emitidos por organismos y autores especializados en la materia.

2.-Análisis cualitativo de datos éticamente relevantes e identificación de factores, desde lo coyuntural y lo estructural, asociados a la inequidad derivada de la crisis actual del sector salud en Venezuela.

3.-Integración de la información.

4.-Elaboración de la propuesta y su metodología, así como mapas conceptuales de las mismas.

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

Materiales y recursos humanos

- 1) Ordenador personal con acceso a Internet.
- 2) Papel blanco tamaño carta.
- 3) Bolígrafo color negro.
- 4) Médico investigador y colaboradores.

RESULTADOS

Los lineamientos generales sobre las propuestas de las corrientes de pensamiento con mayor impacto de la bioética en salud pública en América Latina, así como las propuestas de metodología en bioética de mayor impacto en el debate bioético latinoamericano actual y los datos éticamente relevantes desde lo coyuntural y estructural de la crisis actual del sector salud en Venezuela, 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, ⁽⁷⁵⁾ 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. ⁽⁷⁶⁾

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 (Tabla 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.

Lineamientos generales de las propuestas bioéticas revisadas sobre la justicia ante las desigualdades en salud 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 en el análisis de Vidal acerca de los postulados de Rawls, ^(30,77) 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 lexicográfica del primero sobre el segundo, y la segunda parte del segundo sobre la primera:
 - a) “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.

b) “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 en situaciones de crisis o conflictos, 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 probabilidades altas 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, ⁽⁷⁶⁾ 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 es interesante de considerar que no excluye la posibilidad de que los dos principios que definen lo que es la justicia (en su aparato conceptual) fueran posibles de llevar a cabo en una sociedad donde existe propiedad social de los medios de producción – como la plantean los partidarios del marxismo-. Por otra parte, ha sido objetos 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. Para Vidal, ⁽⁷⁷⁾ ha influenciado las preocupaciones dentro del mundo académico en América Latina, ya sea a través de las exigencias y “recomendaciones” de lineamientos internacionales para con la semántica y el hacer de las políticas públicas, o con los debates hegemónicos del mundo académico internacional – especialmente de los países centrales- cuyo peso alcanza más allá de su órbita, sobre la justicia y la equidad.

2. Ética dialógica: Considerada entre los paradigmas dominantes del debate bioético – con la respectiva influencia sobre el discurso bioético latinoamericano-, con diversas sinonimias a considerar -«ética del discurso», «ética comunicativa» o «ética democrática»-, para algunos autores como Barrio, ⁽⁷⁸⁾ entre las fuentes se encuentran los planteamientos de Rawls de la justicia como equidad (*fairness*), mientras que autores como Cortina, Maliandi y León, ⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾ si bien reconocen puntos de encuentro con la teoría rawlsiana la encuentran directamente vinculada a la propuesta del diálogo como praxis moral, articulada en la ética comunicativa de Habermas y Apel, 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. Para Maliandi, ⁽⁸⁰⁾ en su revisión acerca de ética discursiva y aplicada, se trata de una propuesta que establece una mediación entre la filosofía trascendental kantiana y lo que se conoce como «giro lingüístico» de la filosofía contemporánea – protagonizada por pensadores como Peirce, Wittgenstein, Heidegger o Gadamer -. El pensamiento devenido de Descartes, Kant y, en definitiva, 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, ⁽⁸²⁾ 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 todos –, 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. Para Barrio, ⁽⁷⁷⁾ 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. Sin esta referencia, el diálogo abandona el camino ético y se convierte en un encuentro de intereses en los que se aplican juegos estratégicos y rutinas decisorias más entrando al terreno de la política y la biopolítica, que el de la ética y la bioética.

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, ⁽⁸³⁾ contextualizando las ideas sobre la razón instrumental pragmática de Horkheimer y Adorno 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. Barbosa, ubica estos estudios en estados con sociedades postradicionales 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. En un nuevo humanismo, el mundial, colocado en el polo opuesto al capitalismo globalizante para integrar lo diverso. Aunque se habla de la necesidad de desinstrumentalizar la ética, generando una perspectiva capaz de separar los intereses efectivos de los individuos de aquellos politizados, Barbosa no descarta la ética instrumental de plano, pero afirma que la competencia de la ética desinstrumentalizada impide que los intereses de la biomedicina se pongan por encima del acceso a la salud de los individuos y sabe que el avance de la tecnociencia interesa en un contexto de desarrollo tecnológico que no es el que corresponde a nuestra realidad. 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. Barbosa defiende 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, ⁽⁸⁴⁾ haciendo un recuento histórico de las diversas acepciones contemporáneas de la justicia en salud, realiza una propuesta contextualizada para América Latina, reconociendo 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. Resalta que 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”. Hernández resalta que el modelo del “pluralismo estructurado”, basado en la competencia regulada de Enthoven, ^(85,86) 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 según Hernández y Restrepo, ^(84, 87) 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”. Sin embargo, la posición neoliberal política y contractual no resuelve la cuestión de los desarrollos desiguales. Hernández, ^(84,88) en conjunto con autores como Ochoa y Novoa, ⁽⁸⁹⁾ plantea el pluralismo ético como 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, en escenarios legítimos y con reglas acordadas, reconociendo las desigualdades de poder, a la hora de expresar, identificar, proponer y transformar las condiciones que generan las inequidades. Desde la posición democrática es posible asumir el reto de cuestionar los predominios 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.

5. Bioética de liberación-intervención: Mientras que autores como Dussel o Maliandi, ⁽⁹⁰⁻⁹²⁾ 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 Latinoamérica, 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, ⁽⁹³⁾ 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 principialismo anglosajón. El principialismo es insuficiente para el análisis contextualizado de conflictos que requieran flexibilidad para un determinado entorno cultural, siendo poco eficiente para abordar macroproblemas bioéticos persistentes o cotidianos enfrentados por la mayoría de la población de los países latinoamericanos, sin aportar soluciones a la exclusión social y despolitizando los conflictos morales como el debate sobre la equidad y la justicia en el sector salud.

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. El estado debe intervenir garantizando: a) los derechos de primera generación (relacionados con el reconocimiento de la condición de persona como requisito universal y exclusivo para la titularidad de derechos); b) los derechos de segunda generación (que significan el reconocimiento de los derechos económicos y sociales que se manifiestan en la dimensión material de la existencia), y c) los derechos de tercera generación (que se refieren principalmente a la relación con el ambiente y la preservación de los recursos naturales). En lo referente al ambiente, se plantea la manutención de los recursos naturales para las generaciones futuras, superando el antropocentrismo y evidenciando que el desarrollo sustentable es una necesidad. 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, ⁽⁹⁴⁾ 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, según Rousseau, o directamente para neutralizar la violencia entre los individuos, según Hobbes. 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, evitando la tentación de ejercer un paternalismo autoritario, donde la confiabilidad se pueda mantener en la rectitud en la dimensión interpersonal. Kottow, ⁽⁹⁵⁾ plantea que una ética y bioética basada en la protección ofrece ante las inequidades existentes, paliarlas mediante 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 postergado Ejerce su influjo a través de programas de acción específicos referidos a prácticas sanitarias públicas, a desarrollar así mismo 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. En el ámbito internacional, ante la desigualdad imperante entre las naciones, es planteable la bioética de protección, más allá de las naturales inquietudes de la geopolítica internacional basada en la dominación sobre la paridad y la reminiscencia al pasado colonial en el esquema protector-protegido.

7. Bioética narrativa: Para autores como Mainetti, ⁽⁹⁶⁾ Moratalla y Feíto, ⁽⁹⁷⁾ la bioética tiene un paradigma narrativo en donde el hombre es un género literario y una especie narrativa. 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. 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. 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, ⁽⁹⁸⁾ 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. En América Latina, la construcción participativa de la biojurídica debe acentuar la superación de las dificultades que atraviesan grandes grupos de población para alcanzar el debido estándar en su salud y calidad de vida. La tabla de contenidos de la bioética jurídica es: a) 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; b) 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); c) 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 -; d) 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 y Vásquez, ^(99, 100) posterior a criticar la teoría principialista de Beauchamp y Childress, la tónica o casuística de Jonsen y Toulmin y la de principios jerarquizados de Gracia 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. Atienza y Vásquez plantean principios primarios - en contraposición a los planteados por Beauchamp y Childress – 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, ⁽¹⁰¹⁾ 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. 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 positivimos, 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 principialismo 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, Sotolongo defiende que la actividad indagadora del sujeto es inseparable del objeto de su indagación, es decir, de la situación bioética y/o compleja que se afana por comprender en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos.

11. Bioética pública y pueblo: Cubero-Castillo, ⁽¹⁰²⁾ 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, ⁽¹⁰³⁾ 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, ⁽¹⁰⁴⁾ “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". Afirma 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, ⁽¹⁰⁵⁾ 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). 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, “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, ⁽¹⁰⁶⁾ rescatando lo presentado por Heidegger, ⁽¹⁰⁷⁾ 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. 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. Franco concluye que 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, denunciando, proponiendo y exigiendo las condiciones mínimas requeridas para la prestación del servicio de salud; el profesional de salud, está imbuido de los derechos de objeción de conciencia, secreto profesional y confidencialidad, en el manejo de las historias clínicas, así como de participar en las veedurías en el uso de los mecanismos de control de enfermedades, uso de medicamentos y tratamientos adecuados según sea el caso, ganando el acceso a las oportunidades del desarrollo de capacidades de forma continuada, en un entorno laboral que a su vez garantice la sobrevivencia digna propia y del núcleo familiar.

14. Bioética social y erradicación de la pobreza: León, ⁽⁸¹⁾ 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 *et al.*, ⁽¹⁰⁸⁾ 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, ^(109,110) 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. Presenta una propuesta de 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). Rescatando conceptos

de Adorno, ⁽³⁹⁾ Pérez de Nucci 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.

15. Bioética institucional y social: León, ⁽⁸¹⁾ partiendo de un contexto 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 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, ⁽¹¹¹⁾ 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 principialismo 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. 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. 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 Latinoamérica, que facilite la equidad, la protección de los sectores de población más empobrecidos y marginados, y el empoderamiento de los sectores vulnerables (Tabla 2).

En convergencia con el pensamiento de Romero, ⁽¹¹²⁾ 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, formulado por Mill, ⁽¹¹³⁾ 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, ⁽¹¹⁴⁾ 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, ⁽¹¹⁵⁾ 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, ^(81, 110) se debe buscar una visión de cómo deberían ser las cosas que son.

Propuestas respecto a la metodología en bioética de mayor impacto en el debate bioético latinoamericano y venezolano

La metodología en bioética, excluyendo la metodología utilizada para el abordaje de los aspectos bioéticos de las investigaciones, estructuralmente se puede dividir en 2 grandes bloques constituidos por la metodología utilizada para la investigación en bioética (Tabla 3), y la metodología utilizada para la toma de decisiones respecto a casos o situaciones donde se produzcan conflictos o dilemas (Tabla 4), ambas son fundamentales en la contextualización de la bioética latinoamericana en salud pública porque ambas deben contemplar las determinantes sociales en salud que en la región se producen en medio de una gran inequidad que se debe corregir a fin de encontrar soluciones a los problemas planteados.

- A) Metodología para la investigación en bioética: Si bien para autores como Viesca o Martínez, ^(116, 117) la cuestión de los métodos de investigación en bioética es una gran utopía, por la complejidad de la disciplina, sugiriendo como alternativa recurrir al método filosófico de forma analítica o de forma hermenéutica, siendo que la

investigación en salud y derechos humanos aportan sus propias metodologías para llegar a un lenguaje común vigente en la realidad para el debate, ayudando a madurar la disciplina y definirse a sí misma. Por otro lado, existe un enfoque más relacionado a lo convencional para autores con impacto regional tales como Bunge, ⁽¹¹⁸⁾, De Gortari, ⁽¹¹⁹⁾, Flores, ⁽¹²⁰⁾, Manrique y Domínguez, ⁽¹²¹⁾ Serbia, ⁽¹²²⁾, Casas, ⁽¹²³⁾ o Hernández en conjunto con Fernández y Baptista, ⁽¹²⁴⁾ mientras que a nivel nacional autores como Arias, ⁽¹²⁵⁾ o instituciones como la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL), ⁽¹²⁶⁾ el método científico en forma general se puede conceptualizar como la abstracción de las actividades realizadas por los investigadores y los procesos para la adquisición de los conocimientos, desentendiéndose de los resultados, excepto en función de la validez, por lo que no constituye en esencia una receta para encontrar la verdad. Es un conjunto de prescripciones falibles y perfectibles en el planteamiento de resultados. El método científico se funda en técnicas experimentales, operaciones lógicas y la imaginación racional desarrolladas mediante la práctica y la reflexión de la realidad objetiva. Los métodos de investigación por el contrario son los procedimientos que sigue la investigación para descubrir las formas de existencia de los procesos objetivos. El método científico da justificación y da soporte a las ciencias, los métodos de investigación son los procedimientos, bien sean experimentales, teóricos o intermedios entre lo experimental y lo teórico, que justifican al método científico. La metodología en la investigación en bioética independientemente del nivel de la investigación (exploratoria, descriptiva o explicativa), el diseño de la misma (documental, de campo o experimental) o el propósito (básica o aplicada) se divide en:

- 1) Metodología cuantitativa: parte de una realidad objetiva a conocer - una sola realidad - fundamentada en el método hipotético-deductivo, utilizando la recolección y el análisis de datos respondiendo preguntas de investigación y probando hipótesis explicativas establecidas previamente de los fenómenos observados (separados en variables), confiando en la medición numérica, el conteo y el uso de la estadística para establecer patrones de comportamiento en

una población. Se asocian con experimentos, preguntas de encuestas cerradas o estudios con procedimientos de medición estandarizados. El diseño experimental ha cobrado relevancia en relación a que desarrolla de los requisitos de la ciencia más convencional con enfoque positivista implicando: a) relación activa entre el hombre y la realidad, b) intromisión humana en los fenómenos y procesos con el auxilio de medios especiales de investigación, c) separación del objeto de investigación con respecto a otros objetos o factores, d) reproducibilidad y repetición de los procesos estudiados bajo ciertas condiciones, e) modificación y combinación planificada de las condiciones del experimento, g) dirección y organización planificada para reducir al mínimo lo fortuito y la incertidumbre en el experimento.

La investigación experimental puede ser directa - sobre el objeto de estudio manejado por el investigador por los medios disponibles a su alcance - o indirecta basada en modelos. La investigación basada en modelos destacada en la investigación en bioética tiene 3 etapas que vienen a ser la construcción del modelo, investigación experimental del modelo construido y transferencia al objeto original de los datos obtenidos del modelo. En tanto que la investigación en bioética latinoamericana en salud pública converge frecuentemente con la investigación sociológica, se aprecian características especiales por la naturaleza del objeto de investigación (personas) donde las palabras de Osipov, ⁽¹²⁷⁾ al respecto son merecedoras de tomar en consideración:

“las personas...realizan actividades sociales de distinto tipo y tienen la capacidad de tomar conciencia de sí mismas, de sus relaciones respecto al mundo exterior, conocen ese mundo, lo reflejan en un plano ideal y no sólo planifican las transformaciones del mundo exterior, sino también la de sus propias relaciones sociales”.

- 2) Metodología cualitativa: se refiere a aquella derivada de la investigación que produce datos descriptivos: de las propias palabras de las personas, habladas o

escritas, y la conducta observable, conformando una forma diferente de encarar al mundo al paradigma de la metodología cuantitativa, se fundamenta en el método inductivo donde el investigador ve el objeto de estudio de forma holística y humanista más allá de un conjunto de variables, incluyendo el escenario y las personas, así como el impacto producido por el investigador, en medio de objetividad, obteniendo un conocimiento directo de la vida social. La investigación cualitativa implica e integra a la cuantitativa identificando la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica y su sistema de relaciones dando razón de su comportamiento y manifestaciones. A su vez podríamos subdividirla en:

2.1) Investigación Fenomenológica: describe significados vividos de forma existencial. De la cotidianidad busca explicar el significado inmerso dentro de lo vivido, al contrario de la asociación estadística entre variables, predominio o frecuencia de comportamientos y opiniones sociales.

2.2 Investigación Etnográfica: registra el conocimiento cultural, detallando los patrones sociales analizando holísticamente la sociedad, donde el análisis estadístico pasa a un plano secundario, predominando el análisis desde la descripción y explicación verbal. La característica distintiva es el interés por el estudio de métodos o estrategias utilizados por las personas para construir, dar sentido y significado a sus prácticas sociales cotidianas donde el conocimiento cultural guardado por los participantes está constituido desde su conducta y comunicación social apreciada por el investigador.

2.3 Investigación – Acción: describe y explica las acciones y situaciones humanas – sociales, desde el punto de vista de los participantes implicados en ellas cotidianamente, con uso del mismo lenguaje - lenguaje del sentido común – a través de un diálogo libre de trabas.

2.4 Investigación documental: a través de la obtención de documentos y el análisis de su información, busca la descripción, explicación, análisis, comparación y crítica de un tema determinado. A su vez se subdivide en:

2.4.1. Análisis documental: estudia una información a partir de las partes que la integran.

2.4.2. Síntesis documental: parte de una serie de datos para integrarlos en un todo sistematizado.

2.4.3. Histórica: a partir de documentos reconstruye los antecedentes de un fenómeno.

2.4.4. Hermenéutica: interpreta la información contenida en los documentos de acuerdo a la validez e intencionalidad de la investigación.

3) Metodología mixta: para disciplinas en desarrollo como la bioética - que salta del saber multidisciplinario al interdisciplinario y transdisciplinario constantemente -, particularmente la bioética latinoamericana en salud pública, cuyos problemas necesitan ser revisados a la luz de varios métodos contextualizados a la realidad latinoamericana, que permitan un marco de referencia sólido pero con desarrollo flexible a la vez, se realizan “triangulaciones” que mejoran de manera notable los resultados de la investigación, a través de coincidencias o intersecciones de diferentes apreciaciones, fuentes de información o enfoques de un mismo fenómeno. Dentro de las triangulaciones tenemos:

3.1. Triangulación de métodos y técnicas: uso de múltiples métodos o técnicas de forma simultánea o progresiva para estudiar un problema determinado.

3.2. Triangulación de datos: se emplea una variedad de datos provenientes de distintas fuentes de información.

3.3. Triangulación de investigadores: participan diferentes investigadores o evaluadores, posiblemente de experiencia y formación distintas.

3.4 Triangulación de teorías: se emplea varias perspectivas para interpretar y darle estructura a un mismo conjunto de datos.

3,5 Triangulación interdisciplinaria: se invocan múltiples disciplinas a intervenir en la investigación en cuestión, como por ejemplo la biología, la psicología, la sociología, la historia, la antropología, entre otras.

B) Metodología para la toma de decisiones en bioética: Para autores como Lombardi, Castillo y Velásquez, ⁽¹²⁸⁾ De los Ríos ⁽¹²⁹⁾, Garcés y Giraldo, ⁽¹³⁰⁾ entre los mayores retos de la bioética desde sus inicios, ha sido encontrar procedimientos adecuados para el análisis de los problemas éticos, permitiendo su estudio racional y la toma de decisiones correctas. articular la dimensión “técnica” del acto médico, que se denominan “hechos” con la dimensión “ética” que son los “valores”, individuales o sociales relacionados con los hechos. Como la mayoría de éstos métodos parten de lo clínico, en otras palabras, de la “bioética en la cama del paciente”, utilizan por tanto como herramienta fundamental la historia clínica, con relativa poca articulación al espectro social e institucional que forma parte de la bioética latinoamericana en salud pública y en Venezuela en particular; a continuación, entre los de mayor impacto en nuestro medio tenemos:

1) Casuística: método desarrollado por la teología jesuita desde el siglo XV y promovido por Jonsen y Toulmin. ^(128,129) Estudia los casos desde sus particularidades, extrayendo de ellos principios y máximas prácticas que permitieran un estudio y análisis posterior, sirviendo de base para casos similares. Su fortaleza está en la capacidad de lectura adecuada de las circunstancias particulares de cada caso concreto y actuar en consecuencia con ellas, es decir, toma de decisiones adaptable tomando en cuenta los valores y principios particulares de cada paciente. Su debilidad, no compensada del todo con la revalorización constante y frecuente de los casos, radica en que se puede perder de vista la universalidad de los principios bioéticos, así como tener posturas cambiantes al considerar en el análisis, se toman en cuenta las indicaciones médicas, las preferencias del paciente, la calidad de vida y los factores socioeconómicos.

- 2) Principialista: basado en el principialismo de Beauchamp y Childress, ^(74, 128) aplica los principios bioéticos universales (autonomía, beneficencia, justicia y no maleficencia) a la situación planteada. La propuesta original consideraba solo el “momento a priori” o “prima facie”, luego se le agregó un “momento a posteriori”, que consiste en la ponderación de las consecuencias que se derivarían de la aplicación de los principios en cada caso concreto para la toma de decisiones. Aunque con mucha resonancia histórica y teórica por enunciar los principios, se ha criticado la falta de ordenamiento y jerarquización de los conflictos de principios y valores para la toma de decisiones.

- 3) *The four topic chart*: con elementos mixtos de la casuística y el principialismo, llamada así por su propuesta de análisis de cuatro elementos en forma de cuadro por Siegler, Jonsen y Winslade. ^(129, 131) Los cuatro cuadrantes (indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y aspectos contextuales), son claros en cuanto a los principios fundamentales del principialismo: los principios de beneficencia y no maleficencia rigen el primer cuadrante; el principio de autonomía, el segundo; los tres anteriores, el tercero, y el principio de justicia, el cuarto. Es una propuesta de un sólido carácter interdisciplinario, formulando los asuntos en forma de preguntas específicas, delimita la problemática y sus respuestas, facilitando la deliberación. Su principal crítica es la dificultad sobre el tiempo implicado en la reflexión y deliberación sobre todas las preguntas planteadas, a su vez, en caso de presentarse una controversia entre alguno de los cuatro temas, no aclara a cuál hay que darle prioridad.

- 4) Ética de las virtudes: derivado del modelo aristotélico de la virtud readaptado por pensadores como Mc Intyre, Pellegrino, Thomasma, Drane, Lo ^(128, 129, 130) de gran impacto a nivel regional, enfatizando a la persona responsable de tomar las decisiones, priorizando sus cualidades y buen carácter, y no tanto en la adhesión a principios absolutos. Según Drane, el buen médico se caracteriza por poseer como virtudes la benevolencia, la veracidad, el respeto, la amistad, la justicia y la

religiosidad aplicándolas en su relación con la paciente. Entre las variantes de esta metodología tenemos:

4.1 Metodología de Thomasma y Pellegrino: consiste en 6 pasos, a saber: a) descripción de los datos médicos relevantes, b) descripción de los valores y conflictos de interés en el caso, c) determinación del principal conflicto de valores, d) determinación de todos posibles cursos de acción que sean éticos y que protejan tantos valores involucrados como sea posible, e) elección de una opción, f) dar razonamiento de la elección sosteniéndola. Su ventaja se aprecia en la valoración de todos los elementos en juego, en un caso determinado, así como al peso otorgado los valores y su clasificación, por otra parte, explicar el proceso deliberado para poder llegar a una decisión permite dar certeza de que la decisión se tomó con elementos racionales y el proceso deliberativo adecuado. Su debilidad se encuentra en el momento de la deliberación ética, ya que deberá privilegiar un curso de acción por encima de otros, valorando unos principios por encima de otros. De igual modo, la elección de unos valores en lugar de otros siempre tendrá la dificultad de la subjetividad arrojada en el análisis.

4.2 Metodología de Drane: conformada por 4 etapas, a saber: a) etapa expositiva en la que se identifican y enumeran los factores involucrados alrededor del caso, b) etapa racional donde se analiza de forma detallada y cautelosa los factores enunciados previamente, c) etapa volitiva donde se decide un curso de acción como mejor opción y de mayor alcance posterior a ordenar jerárquicamente valores y principios detectados, d) etapa pública donde se da razón de la decisión tomada con argumentación sólida y coherente al ser dada a conocer. Teóricamente similar a la propuesta Thomasma y Pellegrino, se le critica ser menos exacta en cuanto a la deliberación que pudiera tornarse confusa, por dificultad para separar los aspectos médicos y científicos de los valores y principios involucrados.

4.2 Metodología de Lo: consta de los siguientes pasos, a saber: a) análisis y comprensión de los hechos empíricos y los datos médicos, b) evaluación de los valores y las preferencias del médico o profesionales de la salud, c) consideración de los valores y preferencias del paciente, d) abordaje los aspectos éticos involucrados, e) tomar en cuenta las distintas consideraciones prácticas circundantes al caso. Tiene como fortalezas introducir la objeción de conciencia, que beneficia al profesional de salud considerándolo integralmente como persona, salvándolo de la posibilidad de caer en una práctica clientelar dotada de utilitarismo salvaje, donde el paciente es quien ordena al médico lo que se le debe hacer. Tiene como debilidad, la controversia generada sobre la prioridad otorgada a los valores o preferencias del médico o profesionales de la salud y aquellos propios del paciente.

- 5) Integral: propuesto por Gracia, ^(128, 132) que combina los métodos antes mencionados con sus fortalezas y debilidades intrínsecas, considerando que son complementarios, por tanto, considerando priorizar de acuerdo al tipo de asistencia sanitaria suministrada y tiempo dedicado. En la asistencia primaria el profesional de la salud atiende a sus pacientes durante un largo tiempo y realiza con ellos un proceso de educación sanitaria y axiológica; el tema ético fundamental es la educación en el carácter y en la virtud. Por el contrario, en la asistencia terciaria el contacto con los pacientes es breve, el conflicto ético suele estar en el nivel de los principios y las consecuencias, mientras que en la asistencia secundaria se da de forma intermedia entre lo considerado para la asistencia primaria y terciaria.
- 6) Deliberativo: propuesto por Gracia dentro de la ética de la responsabilidad, ^(128, 132, 133) consiste en posterior a la identificación de un problema moral, llegar a la decisión responsable y prudente. La decisión prudente es aquella que brota del análisis de hechos, valores y deberes en una situación de incertidumbre, exigiendo la aceptación de un diálogo que contempla las razones de los otros en

simetría con las propias. Es especialmente útil en situaciones donde la certeza no es posible y se busca la racionalidad o al menos la razonabilidad de la prudencia, el término medio. Su debilidad estriba en la menor aplicabilidad en la dimensión persona de la “concienciación” así como el análisis sistemático de todas las complejidades de una situación determinada. A modo resumido sus pasos estriban en: a) deliberación sobre los hechos (presentación del problema y aclaración de los hechos del problema), b) deliberación sobre los valores (identificación de los problemas morales implicados, el problema moral fundamental y los valores en conflicto), c) deliberación sobre los deberes (identificación cursos de acción extremos, intermedios y el curso óptimo de acción), d) pruebas de consistencia (tiempo, publicidad, legalidad), e) toma de decisión final.

- 7) Método de la narrativa: Lolás, ⁽¹³⁴⁾ divide los métodos para la toma de decisiones en bioética en 4 grandes perspectivas o formas de conducir la reflexión moral, ninguna de las cuales excluye por completo a las demás por lo que diversas propuestas pueden tener dichas perspectivas entremezcladas: casuística, situacionismo o particularismo (diferenciado de la casuística en que reflexiona por invención de soluciones *ad hoc*), principialismo o principismo y narrativa, La narrativa más allá de un método es la forma de incorporar lo histórico respecto a la trayectoria vital al estudio del comportamiento moral en medio de una consideración diacrónica, contribuyendo a construir las identidades de los agentes morales y sus ideales de perfección, así como sus hábitos – virtudes y vicios -, estudiando las intenciones relativamente estables o permanentes y las consecuencias de los actos, así como los rasgos de la psicología de la personalidad, los cuales son poco modificados por el ambiente para la toma de decisiones. Bajo la perspectiva narrativa, el énfasis no se pone como tal en los actos, sino en las disposiciones que los posibilitan de forma circunstancial o especial en que se puedan conocer y apreciar. El abordar la narrativa junto a las otras 3 perspectivas en la toma de decisiones, permite una interacción más equilibrada entre experiencias, creencias, principios y expectativas derivadas de

un perspectivismo de lo distinto en conjunto con el desarrollo del “temperamento democrático” y “ambiente de eticidad civil común”, adicionados a la incorporación e institucionalización del diálogo y la deliberación en los profesionales de la salud, enfrentados a los dilemas bioéticos incorporados a los comités de bioética o en el juicio moral espontáneo en la práctica diaria.

- 8) Método CENABI: propuesto por el CENABI, ⁽¹²⁸⁾ de amplia repercusión académica y formativa nacional en Venezuela para estudiantes de pregrado y postgrado y cursos de ampliación en bioética. Está constituido por 3 etapas (planteamiento del problema, análisis bioético, conclusión y recomendaciones) donde se consideran que son la dimensión biológica, la dimensión psicológica, la dimensión socio-cultural y la dimensión espiritual-existencial. En la primera etapa se realiza un primer listado de hechos relevantes, un segundo listado con los actores involucrados y sus respectivos valores, un tercer listado con el contexto de la situación; posterior a completar los tres listados, se identifican los problemas bioéticos presentes, así como la “idea central” que amerita la deliberación. En la segunda etapa se consideran las normas morales tomando como patrones de referencia el respeto a la dignidad humana derivado del imperativo categórico de Kant, ⁽¹³⁵⁾ y los 4 principios de Beauchamp y Childress, ⁽⁷⁴⁾ de donde se derivan obligaciones y normas, sin excluir otros principios según las circunstancias como santidad de la vida, calidad de vida o privacidad; por otra parte, también se considera en el análisis bioético las normas legales (leyes supranacionales, nacionales y códigos deontológicos). En la tercera etapa se plantean las posibles soluciones o conductas con sus respectivas consecuencias, seleccionando la mejor o la más prudente al menos, de ser un caso retrospectivo se emite un juicio adicionando una propuesta de mejora, de ser requerida. La razonabilidad y prudencia en la deliberación, permiten justificar el curso de acción elegido respondiendo a las posibles objeciones de los interlocutores, en caso de existir dos o más argumentaciones éticamente adecuadas. Pese a ser un método más operacionalizado para las realidades venezolanas en bioética -que requieren

pronta, prudente y eficiente respuesta- que la propuesta de Gracia, comparte similitudes en cuanto a ventajas y debilidades respecto al método deliberativo.

- 9) Método holístico: propuesto por Schmidt (mapa conceptual 1), ⁽¹³⁶⁾ de amplia difusión académica en Venezuela al ser el método adoptado por la Cátedra de Bioética y Filosofía de las Ciencias de la Facultad de Ciencias de la UCV, así como los cursos de postgrado en bioética del CENABI de la Facultad de Medicina en la UCV y los cursos de bioética y derecho de la Facultad de Derecho de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), para que diversas personas, con múltiples profesiones, puedan tomar decisiones éticas complejas dentro de un comité de bioética, bien sea formal o informal. Es un método no excluyente de otras propuestas, fenomenológica, sincrética, derivado de la casuística con comprensión hermenéutica, con punto de partida de lo antropológico y ético, permitiendo sistematizar e interpretar diversas situaciones en tres etapas o estadios: planteamiento, valoración (social, técnica, jurídica y bioética) y conclusiones e implicaciones del dilema, su principal ventaja respecto a otros métodos como el deliberativo o el método CENABI es la aplicación exhaustiva de la dimensión persona de la “concienciación” así como el análisis sistemático de todas las complejidades de una situación determinada. Construye un camino racional dentro del proceso de construcción de la decisión moral, en el cual la persona interioriza y se apropia del conocimiento moral mediante una operacionalización intencional y consciente. Dicho proceso está enmarcado en el concepto de la “autoconciencia” del agente o decisor moral. Este enfoque facilita a los actores involucrados llegar al objeto propio de su disciplina dentro de la pluralidad incluyente de posturas y en forma integral y objetiva; dicho enfoque holístico, estudia y deduce por medio de un proceso lógico de concatenación sistémica de ideas, formas y experiencias, respetando las creencias y culturas presentes y estableciendo los mínimos éticos. Dentro de este proceso se cumplen 10 pasos, para finalizar con una propuesta de mejora, de lo que debió haber sido o de cómo deberían ser las cosas que son: a) confrontación del dilema bioético tratado, b) detección e identificación de los hechos relevantes del dilema bioético

y su secuencia, c) análisis del sistema de referencia o de decisión ética, d) identificación de los valores en sus propios sentimientos de justicia, e) valoración de lo objetivo, f) valoración de lo subjetivo, g) formulación de los principios morales en palabras propias, a partir de la valoración previa, h) evaluación de la evolución histórica del planteamiento moral, i) determinación de los criterios de juicio basados en los puntos anteriores, j) dictamen personal. Este método tiene la particularidad de permitir el desarrollo dentro de la investigación y la toma de decisiones en bioética en salud pública tomando en cuenta la sensibilidad temporal, la conceptualización, la distribución de patrones cognoscitivos, el análisis, el empleo de la experiencia, el uso de aseveraciones condicionantes y contrarias a los hechos, la orientación hacia la intervención y la conciencia de los costos-beneficios de una acción.

En tiempos recientes, Cabrera *et al.*,⁽¹³⁷⁾ han propuesto que la metodología en bioética debe incorporar el *Big Data* o el tratamiento de grandes volúmenes de datos mediante algoritmos matemáticos con el fin de establecer correlaciones entre ellos, predecir tendencias y tomar decisiones. El *Big Data* tiene cinco características únicas, su inmenso volumen, su enorme variedad, su increíble velocidad, su innegable validez y valor de información.

Dicho enfoque, permite 4 cambios de paradigmas: 1) Cambio de un enfoque desde lo patológico hacia uno a partir de la preservación de la salud; 2) Pasaje de un enfoque “terapéutico” a uno preventivo; 3) Traslado de un análisis desde la salud, hacia una “consultoría de estilo de vida”; 4) Mutación del paciente en usuario, consumidor o “ciudadano digital”.⁽¹³⁷⁾

Por otro lado, Gómez y Cabrera,⁽¹³⁸⁾ refieren que las redes sociales han tenido impacto en las disciplinas académicas relacionadas con la biomedicina y deben ser consideradas en el desarrollo de métodos e investigaciones en la bioética, amén de la configuración de guías de actuación de los profesionales en ciencias de la salud y la vida.

Datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela.

Existe una reiterada ausencia de estadísticas verídicas sobre la crisis del sector salud en Venezuela desde el año 2013, por parte de organismos como el Instituto Nacional de Estadística (INE) y el MPPS ya que contrastan en forma diametralmente opuesta a las estadísticas reportadas de las ONG, universidades venezolanas como la UCV, la UCAB o la Universidad Simón Bolívar (USB), así como de organismos internacionales como la OPS, la OMS o la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CEPAL); en el peor de los casos, el sesgo político gubernamental limita tanto la cantidad como la calidad de datos ofrecidos en relación con la crisis del sector salud y sus determinantes sociales, aún en el contexto del reconocimiento de situaciones como la emigración de profesionales del sector salud, el aumento de la mortalidad materna e infantil, y el aumento de enfermedades infecciosas frecuentemente asociadas a la pobreza e inequidad de países del tercer mundo, inclusive con la cesantía de funcionarios públicos como la ministra al frente del MPPS en el año 2017 por la publicación de cifras oficiales negativas que reflejaban para ese momento un aumento de 65 % de la mortalidad materna, 30 % de la mortalidad infantil, con la muerte de 11.466 niños en 2016. ⁽¹³⁹⁻¹⁴¹⁾

De datos obtenidos a nivel nacional por diversas ONG como la Fundación Bengoa, el Observatorio Venezolano de la Salud (OVS) y la Red Agroalimentaria de Venezuela, ⁽¹⁴²⁾ tenemos que con respecto al parámetro de la alimentación y nutrición (Tabla 5), tenemos que:

- 1) 94% de la población venezolana no cuenta con ingresos suficientes para pagar los precios de una canasta de alimentos y de servicios básicos por las extremas condiciones de privación económica.
- 2) Con una caída de la producción nacional mayor a 60% y de las importaciones en más de 70%, la población venezolana enfrenta una escasa disponibilidad de alimentos.

- 3) 80% de los hogares venezolanos vive en inseguridad alimentaria por el cierre de establecimientos, la escasez y costos de los alimentos y las dificultades para cocinar por falta de agua, gas y electricidad.
- 4) De 5% a 11,5% subió el porcentaje de población subalimentada en Venezuela entre 2016 y 2018, y la desnutrición aguda global alcanzó porcentajes de emergencia en niños menores de 5 años y embarazadas de parroquias pobres.
- 5) 25.000 embarazadas no reciben control prenatal y 7.500 se controlan tardíamente en el octavo y noveno mes de embarazo, lo cual pone en riesgo sus vidas y las de sus hijos en un contexto de emergencia alimentaria.
- 6) La combinación de emergencias en alimentación y salud disminuye las probabilidades de que los niños más pequeños y las embarazadas que sufren de desnutrición severa tengan oportunidad de sobrevivir.
- 7) 33% de los niños entre 0-2 años de edad de sectores pobres tiene malnutrición crónica y 6-11 % malnutrición aguda; exponiéndolos a irremediables trastornos del desarrollo y enfermedades.
- 8) Ante las políticas de privación y dependencia, que incluye la negativa a reconocer la emergencia y la no publicación de cifras oficiales comprobables, las familias se han visto forzadas a adoptar estrategias de sobrevivencia, incluyendo emigrar.

En el período 2012-2018 la subalimentación pasó de 6,1 % a 21,2 %. ⁽¹⁴³⁾ Del 2014 al 2021 el programa de alimentación escolar cayó a un 19 % de cobertura. De ese 19 %, solo 14 % en forma diaria, con solo 38 % de ese 19 %, funcionando en la escuela. ⁽¹⁴⁴⁾ Los factores protectores de enfermedades crónicas no transmisibles: alimentación equilibrada, frutas y vegetales, tres comidas al día y actividad física moderada/intensa no están presente en los estratos socioeconómicos bajos. ⁽¹⁴⁵⁾ La pobreza es de 94,5 % con 76,6 % de pobreza extrema. ⁽¹⁴⁴⁾

De datos obtenidos a nivel nacional por diversas ONG como Codevida, Acción Solidaria, Asociación Venezolana para la Hemofilia, Convite, Prepara Familia, Senos Ayuda, Provea, Médicos Unidos de Venezuela, Defiende Venezuela, Centro de Justicia y Paz, Observatorio Venezolano de la Salud, así como de la Encuesta Nacional de Hospitales, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) y

el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la OPS/OMS, la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP) y la Colaboración para el Exceso de Mortalidad por la COVID-19, la Simón Bolívar Foundation y el Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health Center for Humanitarian Health ⁽¹⁴⁶⁻¹⁵⁶⁾ tenemos que la situación respecto al parámetro del derecho a la salud, se puede dividir entre daños a la salud y la vida (Tabla 6), en primer lugar, caída de las capacidades sanitarias (Tabla 7), en segundo lugar:

1. Daños a la salud y la vida:

- 1.1 La esperanza de vida disminuyó 3,5 años.
- 1.2 Al menos 60% de la asistencia médica disponible en 2011 se perdió entre 2012 y 2017, comprometiendo a 82 % de los usuarios de servicios de salud.
- 1.3 18 800 000 personas con las condiciones de salud de mayor prevalencia, incidencia y mortalidad no tienen garantías de acceso a diagnósticos ni a tratamientos.
- 1.4 14 300 000 personas ameritan asistencia humanitaria.
- 1.5 2 400 000 personas con condiciones crónicas graves, fueron privadas de medicamentos en 2018-2019.
- 1.6 Programa nacional de trasplantes suspendido desde 2014. Escasez de inmunosupresores de 60 %. La capacidad nacional para diálisis en 2019 es solo del 5 % en comparación con el año 2012.
- 1.7 El riesgo de fallecer en un hospital público es bastante alto, causando extrema vulnerabilidad a las personas por la precariedad de las condiciones de atención.
- 1.8 467.000 casos con 126 muertes de malaria, generó la epidemia en 2020, por debilidad de programas antipalúdicos. Aumento de 893 % en una década.
- 1.9 La tasa de incidencia en Venezuela de dengue en 2021 fue de 13,97 casos por cada 100.000 habitantes. Relacionado directamente con el deficiente control de vectores.

- 1.10 140 000 personas con cáncer y más de 300 000 con condiciones cardíacas severas han visto reducidas sus posibilidades de sobrevivir por ausencia de diagnóstico, tratamiento y cirugía.
- 1.11 En 66% subió la escala de muertes maternas y en 30% las infantiles de 2015 a 2016. Siguen en ascenso hasta 2018, con los agravantes de la desnutrición y las epidemias. Se estima la mortalidad materna en 95 por cada 100 000 nacidos vivos. La mortalidad infantil se estima en 25 por cada 1000 nacidos vivos
- 1.12 10 952 nuevos casos de Tuberculosis ocurrieron en 2017, intensificándose en las cárceles debido a las condiciones inhumanas de hacinamiento y desnutrición de la población reclusa. Incidencia de 45 por cada 100 000 habitantes en 2019.
- 1.13 Más de 79 000 personas con VIH dejaron de recibir antirretrovirales desde 2017 y el número de defunciones aumentó de 1.800 en 2014 a posiblemente más de 5.000 en los últimos años. Prevalencia de 0,08 por cada 1000 habitantes, 36 % de las mujeres transgénero y 22 % de hombres con parejas del mismo género.
- 1.14 De 23 000 a 3 500 descendió el número de personas atendidas en instituciones psiquiátricas públicas y las que están no disponen de comida ni de medicinas.
- 1.15 9 362 sumaron los casos de Difteria y Sarampión en 2018 con 230 muertes. Estas epidemias ya se extienden a todo el país por desplazamientos internos y bajas coberturas de vacunación.
- 1.16 2 500 de 15 000 personas que se dializan por deficiencias renales, fallecieron entre 2017 y 2018 por las fallas, contaminación, déficit y cierre de las unidades de diálisis.
- 1.17 3 800 000 personas recibieron asistencia humanitaria en 2021 de parte de la OCHA.
- 1.18 1 000 000 de niños fueron asistidos por la UNICEF con servicios esenciales y apoyo vital.
- 1.19 Exceso de mortalidad en Venezuela de aproximadamente 300 por cada 100 000 habitantes durante la pandemia COVID-19.

- 1.20 66 % de la mortalidad se debe a enfermedades no transmisibles (enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes) 19 % a lesiones y 15 % a enfermedades transmisibles, muertes maternas y neonatales (infecciones respiratorias, VIH/SIDA y condiciones neonatales). La mortalidad materna se distribuye principalmente entre los trastornos hipertensivos del embarazo, causas indirectas, aborto, sepsis y hemorragias.
- 1.21 Disminución de 70 % en uso de anticonceptivos de forma regular y 76 % en cuidados prenatales adecuados.

2. Caída de las capacidades sanitarias:

- 2.1. 50% del personal médico, 25% de enfermería y 30% de los bioanalistas, renunciaron a sus puestos de trabajo y emigraron del país.
- 2.2. El déficit de personal de salud se estima en 60 %.
- 2.3. Solo 3 de cada 10 médicos disponibles en atención de emergencias es especialista.
- 2.4. 1,5% del PIB representa el gasto público en salud. 75% inferior al estándar mundial.
- 2.5. 95% de las medicinas, insumos, materia prima, equipos y repuestos en salud son importados. De 2012 a 2017, las importaciones cayeron 70% sin previsión ni plan de contingencia.
- 2.6. A 64% asciende el déficit de camas en Venezuela y, del total disponible, 40% está fuera de servicio por deterioro físico, equipos dañados, falta de personal y de presupuesto.
- 2.7. El pago de insumos, medicinas y exámenes y 90% de paralización del transporte público agrava la inaccesibilidad de la atención en los servicios de salud públicos.
- 2.8. A 93% bajó el consumo per cápita de medicamentos de 2014 a 2018, por caída de producción interna. La escasez de medicinas en farmacias es de 85% y en hospitales 88%.
- 2.9. 71% de las emergencias en la mayoría de los hospitales públicos del país no pueden prestar servicios de manera regular, 22% dejó de funcionar y 53% de los quirófanos están cerrados.

- 2.10. 79% de los hospitales no recibe agua de manera regular y 33% no cuenta con plantas para mantener la continuidad de energía eléctrica en caso de ocurrir fallas.
- 2.11. Los sistemas de vigilancia epidemiológica y ambiental han decaído, aumentando los sub-registros y los vacíos de información sobre la grave situación de salud.
- 2.12. 100% de los laboratorios presentan fallas severas para realizar pruebas diagnósticas y 69% de los bancos de sangre no pueden garantizar tratamientos de transfusión seguros.
- 2.13. El personal de salud, las personas afectadas, los periodistas y defensores afrontan prácticas de intimidación, censura y represalia por denunciar y ejercer la protesta pacífica.
- 2.14. Desde 2016 no se publican boletines epidemiológicos sobre la situación de salud ni se rinde cuenta sobre el gasto ni estado de los servicios sanitarios públicos al parlamento nacional. La falta de transparencia y el sub-registro son lugar común en las cifras, sin respaldo comprobable, anunciadas por voceros oficiales.
- 2.15. 44 % de desabastecimiento en emergencia y 70 % en quirófano, 36 % de los hospitales sin tapaboca.
- 2.16. 76 % de inoperatividad de tomografías y resonancias magnéticas, 40 % de ecografía y 37 % de rayos X. En cuanto a laboratorio y terapia intensiva, ronda 10-20 % con limitaciones severas en cuanto a los servicios prestados.
- 2.17. La cobertura del programa ampliado de inmunizaciones pediátricas a nivel nacional está por debajo de la cobertura de 85-90 %, considerada buena por la OMS. En el caso de la vacunación contra la COVID-19%, para enero de 2022, la 40,4 % de la población había completado el esquema de vacunación.
- 2.18. La OPS no ha recibido notificación de cifras de mortalidad materna, neonatal y en niños menores de 5 años en Venezuela desde 2014.

La Encuesta Nacional de Hospitales revela que, en esencia, los hospitales se han convertido en espacios medianamente acondicionados en infraestructura con personal capacitado, donde la atención se ve condicionada a que el paciente y su grupo familiar

deban aportar casi todos los insumos para poder ser atendido. En la práctica, la mayoría están en situación de cierre técnico. ⁽¹⁴⁷⁾ Dicha situación, conlleva a incumplimiento de las metas 1, 2, 3 y 4 del objetivo número 3, referido a salud y bienestar, de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la agenda 2016-2030, que se evalúa periódicamente a través de indicadores básicos de salud, notificados a la OPS. ^(150, 157, 158).

Para el ODS3, la meta 1, es reducir la razón de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos. La meta 2, es reducir la tasa de mortalidad neonatal a menos de 12 por cada 1 000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad en niños menores de 5 años a menos de 25 por cada 1 000 nacidos vivos. La meta 3, es poner fin a las epidemias de VIH-SIDA, tuberculosis, malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. La meta 4, es reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles, y promover la salud mental y el bienestar.

Dicha situación de colapso del sistema de salud venezolano ha generado una honda preocupación a nivel internacional tal como refleja un editorial de *The Lancet*, ⁽¹⁵⁹⁾ “consciente de esta crisis humanitaria, como lo declararon los políticos de la oposición en 2017, la ayuda humanitaria mundial ha sido ofrecida por varios países y por la ONU. Todavía, el gobierno de Venezuela continúa rechazando esta ayuda humanitaria y negando la existencia de una crisis. Es hora de poner fin al abuso de poder por parte del gobierno venezolano, y tomar inmediatamente las medidas para hacerle frente al alto costo en el bienestar de los venezolanos”.

Aunque en una línea más velada, la OPS, ⁽¹⁶⁰⁻¹⁶²⁾ ha expresado preocupación ante éste colapso del sistema de salud, donde posterior a una reunión con representantes del Ejecutivo Nacional y las ONG, emitió un documento informativo presentado en la Sesión 162ª del Comité Ejecutivo de la OPS. Expresa que el país “ha estado enfrentando una situación sociopolítica y económica que ha afectado negativamente los indicadores sociales y de salud”. La OPS, posterior a su propia exposición de cifras y un planteamiento general de las acciones desarrolladas por su oficina en el contexto presente, muestra “inquietud” por el aumento de la mortalidad materna y en menores de

1 año, y la dificultad para acceder a los medicamentos y la atención adecuada de las personas con enfermedades crónicas potencialmente mortales.

Según la OPS, ⁽¹⁶⁰⁻¹⁶²⁾ Venezuela conserva una capacidad significativa del sistema de salud. Estima una red de 288 hospitales (niveles I-IV), una red de 421 centros de atención ambulatoria especializada y una red comunitaria (Red de Atención Comunal) con 17 986 centros de atención primaria. La iniciativa Misión Barrio Adentro, establecida en el 2003, ha expandido significativamente la atención primaria en la población. En el 2017, el Gobierno puso en marcha la iniciativa “100% de cobertura de Barrio Adentro”. Esta iniciativa generó importantes inversiones en infraestructura y tecnologías sanitarias tanto en los hospitales como en la atención primaria, así como en el desarrollo de recursos humanos (202 proyectos de rehabilitación, mantenimiento y equipamiento de 80 centros de Barrio Adentro). Como parte de Barrio Adentro, se graduaron 23.990 médicos integrales comunitarios (MIC) en siete cohortes desde el 2011 a 2018. Además, 12 269 profesionales se graduaron en medicina general integral en ese período de tiempo.

Sin embargo, dicha postura es criticada por el OVS a través de una publicación de *Oletta et al.*, ⁽¹⁶²⁾ quienes refieren que analiza de forma incompleta sobre los determinantes de la emergencia compleja que sufre Venezuela, cuya mención es evitada a toda costa, mostrando una agenda parcial de las actuaciones que deben realizarse con carácter urgente, sobreestimando la importancia de la capacidad nacional instalada de establecimientos de la red pública de salud. Se destaca la carencia de datos sobre la planificación y asignación financiera extraordinaria, nacional e internacional, necesaria para atender la cooperación y la ayuda, por etapas y niveles, que permitan recuperar la operatividad del sector público de la salud y de las acciones a desarrollar a largo plazo para corregir los problemas estructurales que generaron la crisis.

De igual forma, en lo estructural, mencionan que el parámetro del sistema de salud consagrado en la República Bolivariana de Venezuela nunca llegó a conformarse; en su lugar se creó una red paralela, “Misión Barrio Adentro” que aumentó la fragmentación y

la segmentación pre existente. Critican la falta de coordinación programática y administrativa de las actuales redes de salud, sin capacidad para atender las demandas normales de servicios y menos los retos que le impone la emergencia compleja. También destacan, la falta de asignación de recursos financieros a la que han sido sometidas las universidades nacionales con facultades de ciencias de la salud, que deteriora su organización, estructura, funcionamiento y productividad tanto en investigaciones, como en la formación de profesionales altamente calificados. ⁽¹⁶²⁾

Destacan, la ausencia de validez en el argumento por el cual los médicos integrales comunitarios o los médicos generales integrales - sujetos a una educación médica fraudulenta con limitadas capacidades y competencias en su formación profesional -, puedan suplir a los médicos cirujanos y especialistas calificados, aún, admitiendo deficiencias en la calidad de formación en el último quinquenio, formados en las universidades nacionales autónomas y que han migrado, o a los médicos especialistas en salud pública que han sido desplazados de sus cargos por personal inexperto, sin las habilidades para proveer atenciones de calidad y resolver los problemas individuales y colectivos de salud, más allá de algunas acciones elementales de la atención primaria. ⁽¹⁶²⁾

La pérdida de recurso humano calificado (médicos, enfermeras, bioanalistas, nutricionistas y otras profesiones de la salud) priva a la red de establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel, de realizar actuaciones profesionales ajustadas a los estándares de calidad universalmente aceptados y compromete seriamente la idoneidad de los servicios asistenciales y a la vez aumenta los riesgos de errores, iatrogenia, complicaciones y mortalidad de los pacientes. La deserción de personal profesional, empleado y obrero en el sistema nacional de salud se ha acentuado, por los pírricos salarios que rayan en la miseria, las precarias condiciones de trabajo, la carencia de insumos y medicamentos y las condiciones de inseguridad de los ambientes laborales. ⁽¹⁶²⁾

En cuanto al parámetro del sistema de salud, tenemos que estructuralmente según un extenso análisis de Bonvecchio *et al.*,⁽¹⁶³⁾ así como de Díaz,⁽¹⁶⁴⁾ el sistema de salud venezolano se modificó desde 1999, cuando se planteó desde el MPPS implementar un modelo de atención integral a la población y la creación de un Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) con el objetivo de garantizar el derecho a la salud de todos los venezolanos. EL SPNS estaría regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y corresponsabilidad social, con financiamiento y gestión responsabilidad del estado. A la fecha, la creación del SPNS ha sido lento sin concretarse, principalmente debido a la ausencia de promulgación de una Ley Orgánica de Salud. Por ende, permanece la estructura del sistema de salud venezolano tradicional, fragmentada en un conjunto de subsistemas y con una forma de organización inequitativa, carente de universalidad de acceso a los servicios (Tabla 8).

El sector público venezolano de la salud está constituido por el MPPS, las Direcciones Estatales de Salud (instancias descentralizadas del MPPS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas (IPSFA) y el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación, Cultura y Deportes (IPASME). Además, existen empresas del estado, como Petróleos de Venezuela (PDVSA), que ofrecen seguro de salud a sus trabajadores. A esto se suma la creación de la "Misión Barrio Adentro" en 2003, en conjunto con la Misión Médica Cubana que da inicio al proceso de transformación de la red sanitaria-asistencial y sienta las bases del Modelo de Atención Integral, contribuyendo a la fragmentación del financiamiento y la prestación de servicios en el sistema, relacionado con ineficacia en el uso de los recursos para la atención sanitaria. Por su parte, el sector privado venezolano de la salud está constituido por prestadores de servicios y compañías aseguradoras de salud. Los primeros ofrecen atención desde lo más básico hasta lo más especializado, a cambio de pagos directos o por compañías aseguradoras.⁽¹⁶¹⁻¹⁶⁵⁾

Para Díaz,⁽¹⁶⁴⁾ un sistema de salud debe contener: a) financiamiento, el cual identifica, administra y asigna recursos financieros para los gastos que implica su funcionamiento; b) prestación de servicios, que obedecen a la manera en que tal sistema ha sido definido

y a la forma en que se financia; c) rectoría, que alude al organismo de orden superior que dicta normas y establece procedimientos acordes con los avances de la ciencia y en concordancia con su legitimidad.

La principal fuente financiera del gasto público en salud es el gobierno central que financia al MPPS, la Misión Barrio Adentro y da aportaciones al IVSS. El MPPS recibe fondos del presupuesto nacional y la Misión Barrio Adentro recibe recursos financieros extraordinarios provenientes de la renta petrolera. El sector salud de los estados es financiado con el presupuesto nacional y con el situado constitucional (asignación a las gobernaciones), sin embargo, como resultado de la reversión de la descentralización de los servicios de salud hospitalarios, la asignación de recursos a los estados se ha visto limitada. El financiamiento del IVSS es a través de cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y aportes directos del gobierno central. Las otras instituciones de seguridad social (IPSFA, IPASME y las universidades) se financian con aportaciones de sus trabajadores, los empleadores y el Estado, a través del Ministerio del Poder Popular para la Educación y el Ministerio del Poder Popular para la Defensa. ⁽¹⁶³⁻¹⁶⁵⁾

En Venezuela la rectoría y gestión del SPNS corresponde al estado. El MPPS es el órgano rector del sector salud y entre sus principales responsabilidades destacan:

1) formular, diseñar, evaluar, controlar y seguir las políticas, programas y planes de salud, incluyendo la formación de profesionales del área de la salud; 2) integrar las fuentes de financiamiento y asignación de los recursos; 3) regular las instituciones privadas y públicas que prestan servicios de salud; 4) regular y fiscalizar los medicamentos; 5) gestionar y participar en la capacitación y formación de personal para la salud; y 6) acreditar y certificar los establecimientos de atención médica y de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud. Dichas responsabilidades corresponden en un plano más ejecutivo, a nivel de estados y municipios, a las direcciones estatales y municipales de salud correspondientes. ⁽¹⁶³⁾

La vigilancia está a cargo del MPPS en lo referente las actividades que impactan la salud, mientras que el Instituto Nacional de Higiene “Rafael Rangel” del MPPS se

encarga de la evaluación, vigilancia, calidad y seguridad de los productos farmacéuticos. Se creó un Servicio Autónomo de Contraloría Sanitaria (SACS) adscrito al MPPS y un sistema nacional de regulación de los establecimientos, procesos y productos de uso y consumo humano, en las diferentes etapas de su cadena de producción y comercialización. El SACS es responsable de todo lo relacionado con la información, la educación, la capacitación y la prestación de servicios en el ámbito de la salud, así como la regulación de las actividades de los profesionales y técnicos de la salud. ⁽¹⁶³⁾

Análisis cualitativo de datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela e identificación de factores.

Siguiendo el criterio de Carrillo, ⁽¹⁶⁵⁾ para analizar la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela lo haremos a partir de los seis elementos básicos que, según la OMS, ⁽¹⁶³⁾ definen un sistema de salud: a) prestación de servicios, b) dotación de recursos humanos de salud, c) sistema de información sanitaria, d) medicamentos-vacunas-tecnologías, e) liderazgo y gobernanza, f) financiación del sistema.

Tomando en cuenta lo expuesto por Díaz, ⁽¹⁶⁴⁾ para el análisis de cualitativo de la crisis del sector salud en Venezuela debemos considerar la inexistencia de un sistema de salud verdaderamente constituido, por 3 motivos. El primer motivo referente al financiamiento, es que la información no es fidedigna ni confiable respecto al gasto público en salud, con la perversión de que, la mayor parte del gasto proviene del bolsillo de los usuarios, mostrándose como público, cuando en realidad, es privado. La capacidad de financiamiento de usuarios en un país donde el 94,5 % de la población está en la pobreza en condiciones de extrema vulnerabilidad de los derechos a la alimentación y la salud. ⁽¹⁴⁰⁻¹⁵¹⁾

El segundo motivo referente a la prestación de servicios, en donde el deterioro de la infraestructura y la insuficiencia de los insumos (tecnología y medicamentos, ejemplo) precarios, carentes de garantía y de dudosa calidad, con el agravante del lamentable fracaso de la formación de Médicos Integrales Comunitarios, cuya evaluación ha sido deficiente para las labores asignadas en hospitales y centros de salud.

El tercer motivo referente a la rectoría (liderazgo y gobernanza), es que, en lugar de ser ejercida por el MPPS, se escindió con la aparición de la Misión Médica Cubana y Barrio Adentro, con desmantelamiento de los cuerpos técnicos ministeriales, por personal muy poco capacitado, que es incapaz de demostrar su liderazgo científico y mucho menos político, con mayor desintegración y segmentación de los servicios de salud.

En cuanto a los otros tres elementos, tenemos con respecto la deplorable dotación de recursos humanos en salud, con un déficit de personal en torno al 60 % y a la renuncia continuada *in crescendo* de personal, primordialmente en el sector público, relacionado con emigración de personal calificado, sin avizorar posibilidades de reemplazo inmediato al nivel de competencia profesional requerido.

Los medicamentos, vacunas y tecnologías, aún los de corte más elemental, según requerimientos de la OPS/OMS, son insuficientes para los requerimientos de servicios prestados por las redes de ambulatorios, centros de diagnóstico integral, hospitales e institutos autónomos prestadores de servicios de salud como el IVSS, IPSFA, IPASME, entre otros, éste punto en íntima relación con el drama del financiamiento del sistema y la prestación de servicios, que lleva a sostener la afirmación de la inexistencia de un SPNS verdaderamente constituido.

El sistema de información sanitaria, sin publicación de boletines epidemiológicos desde el año 2016, está afectando por ausencia de transparencia y verificabilidad de las cifras sobre las políticas sanitarias e indicadores anunciadas por el MPPS, ^(165, 166) cuyos resultados, presentados como logros ante la “guerra, sanciones y bloqueo económicos”, son diametralmente opuestos a los presentados por las ONG, OPS/OMS, UNICEF, OCHA. En dichas condiciones, está francamente obstaculizada la recolección de data necesaria para la adopción de políticas públicas sanitarias correspondientes a la situación actual. ^(140-156, 158-168)

Se define una emergencia humanitaria compleja como “una crisis humanitaria en un país, región o sociedad en la que hay una total o considerable ruptura de la autoridad, como resultado de un conflicto interno o externo, y que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o capacidad de un solo organismo y/o el programa de país de las Naciones Unidas en curso”.⁽¹⁶²⁾ Por ende en base a los datos anteriormente reportados se puede afirmar que la crisis del sector salud en Venezuela es parte de una emergencia humanitaria compleja.

Como afirman Oletta *et al.*,⁽¹⁶²⁾ el poder público nacional, debe reformar estructural y coyunturalmente la calidad de atención por parte del sistema nacional de salud. Dicha aspiración, parece utópica ante la negativa sistemática de la emergencia humanitaria compleja, por parte del Ejecutivo en ejercicio. Dada la situación, la OPS/OMS tiene el reto de asumir la cooperación y ayuda, destinados a atender los aspectos de salud pública relacionados con la emergencia compleja que afecta a Venezuela, e impacta a los sistemas de salud de los países vecinos, contribuyan efectivamente, y puedan ser ejecutadas sin interferencias, para que actúe con urgencia y predictibilidad para servir mejor y responder a las poblaciones afectadas.

En tiempos de la pandemia por la COVID-19, Gómez, Cabrera y el Grupo de Especialistas “Red Covid-19 y Gestación”,⁽¹⁶⁹⁾ contextualizando las pautas éticas de la OMS para la vigilancia en salud pública,⁽⁵⁰⁾ refieren que el análisis de los datos referentes a la emergencia humanitaria compleja e Venezuela deben girar en torno al logro del bien común, la equidad, el respeto a las personas y la buena gobernanza. Si no se actúa bajo esta pauta, no se puede hablar de avances sostenidos en el problema, en un país cuya población se ve afectada hasta en un 94,5 % por la pobreza y la vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es la situación de dependencia en que pueden estar personas o grupos sociales, que no permite o pone en riesgo la autodeterminación y la libre elección en sus ideales de vida y en su desarrollo.⁽¹⁷⁰⁾ La protección de los individuos y grupos más vulnerables es una de las misiones principales de la bioética en su reflexión sobre los

valores en la atención y en los sistemas de salud. La vulnerabilidad sociodemográfica se ve conjugada por eventos sociodemográficos adversos, incapacidad para adaptarse a la materialización de riesgos e inhabilidad para adaptarse activamente. La vulnerabilidad tiene 3 momentos según Kottow, ⁽¹⁰³⁾ supervivencia biológica, empoderamiento social y competencia moral. La vulnerabilidad es un rasgo antropológico que implica la libertad y la igualdad de todos los individuos, como es proclamado por los derechos humanos, y reconocido por la ética trascendental que inspira todo quehacer humano. ⁽¹⁷⁰⁾

Existen niveles de vulnerabilidad, en primer lugar, la que tenemos todos por ser humanos, todos enfermamos y morimos. ⁽¹⁰³⁾ Un segundo nivel, consiste en no tener cubiertas las necesidades básicas, por la pobreza o la falta de salud, con calidad de vida deficitaria. La vulnerabilidad es una de las justificaciones de la moralidad, siendo una de las características que constituyen al ser humano, junto a la insuficiencia del instinto, la racionalidad, la autonomía, la responsabilidad y la índole comunitaria, la vulnerabilidad amerita intimidad, cariño, protección y cuidado.

Una visión bioética de la calidad de vida en Venezuela no puede ser sólo un modo de determinar la proporcionalidad o no de un tratamiento médico, o de delimitar desde la economía los grados de pobreza o riqueza de algunos grupos sociales. La calidad de vida es parte de la dignidad de la persona y, por ello, es una finalidad de la biomedicina y las políticas sanitarias, la cual se relaciona con la pobreza, discapacidad y enfermedad.

En lograr la calidad de vida, se fundamenta un deber ético de ayudar a los demás para que dejen de estar vulnerados en sus derechos y necesidades básicas, para que sean menos vulnerables y para que disfruten de la mejor situación posible de libertad y de vida autónoma plena, considerados desde la bioética social, más allá del respeto de los mínimos éticos relacionados con la no maleficencia y la justicia, debiendo avanzar en el respeto de la autonomía individual y colectiva.

Por ello, es deber ético de promover la competencia de las personas como agentes morales mediante una solidaridad personal, institucional y social que lleve a la inserción social de los más vulnerables y a conseguir su efectivo empoderamiento para llevar adelante sus ideales de vida buena, con una solidaridad y una beneficencia no paternalistas, dicha solidaridad no se puede ejercer solo particularmente, si no como política de Estado. Como refiere Porto, ⁽¹⁷¹⁾ la bioética latinoamericana debe contextualizarse más allá de lo convencionalmente aceptado desde la visión principialista anglosajona, aumentando el campo de acción de la disciplina. La inequidad en salud no es inevitable, afirmación éticamente necesaria y estratégicamente oportuna. ⁽¹⁷²⁾ Bajo los retos que ofrecen la aparición y ascenso vertiginoso del *Big Data* y las redes sociales, en una sociedad de la información y el conocimiento, bajo el paradigma de la aparición del *homo digitalis*. ^(137, 138, 169, 173, 174)

Por ello, tomando en cuenta lo discutido sobre el análisis de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela, tenemos que los factores identificados, a nivel coyuntural y estructural, corresponden a:

- 1) Pobreza.
- 2) Vulnerabilidad.
- 3) Calidad de Vida
- 4) Prestación de servicios del SPNS.
- 5) Dotación de recursos humanos de salud.
- 6) sistema de información sanitaria.
- 7) Medicamentos-vacunas-tecnologías.
- 8) Liderazgo y gobernanza del SPNS.
- 9) Financiamiento del SPNS.

Propuesta elaborada y su metodología

La propuesta metodológica elaborada posterior a la investigación documental, ⁽⁷⁵⁻¹⁷³⁾ con enfoque holístico derivado de la propuesta de Schmidt (mapa conceptual 1), ⁽¹³⁶⁾ con énfasis en lo social-institucional, tomado en cuenta los postulados de León (Tabla 1), ⁽⁸¹⁾

de redimensionar el principialismo clínico de Beauchamp y Childress, ⁽⁷⁴⁾ en base a la tríada respeto a la legalidad-equidad-protección, en una sociedad de la información y el conocimiento, bajo la impronta del *Big Data* y las redes sociales (mapa conceptual 2), trabaja en 12 pasos (mapa conceptual 3), que son por orden:

- 1) Identificar la situación ética. Puntos de conflicto.
- 2) Correlacionar hechos situacionales y establecer relevancia.
- 3) Sistematizar la decisión.
- 4) Establecer los valores, su narrativa y su complejidad.
- 5) Determinar lo objetivo.
- 6) Determinar lo subjetivo.
- 7) Concientizar los principios correspondientes.
- 8) Evolución histórica del planteamiento moral.
- 9) Correlacionar el planteamiento moral a su impacto (*Big Data* y Redes Sociales).
- 10) Establecer el criterio de juicio contextualizado al planteamiento moral.
- 11) Dictaminar.
- 12) Evaluar el dictamen. Determinar la digievolución postdictamen.

DISCUSIÓN

La inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela, devenida en una emergencia humanitaria compleja, ^(139-156, 158-165) 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. ⁽⁷⁵⁻¹¹⁵⁾

La metodología para la investigación y para la toma de decisiones en bioética, ⁽¹¹⁶⁻¹³⁶⁾ deben poder articularse dentro de las propuestas de la bioética latinoamericana para poder alcanzar la equidad, núcleo alrededor del cual se entrelazan la mayor parte de los conflictos sanitarios en la región, ⁽⁷⁾ así como en la emergencia humanitaria compleja venezolana. ^(139-156, 158-165)

La necesidad de soluciones es urgente e impostergable en medio de situaciones tan complejas en la bioética en salud pública en Venezuela, donde prevalecen los factores identificados la pobreza, la vulnerabilidad y el deterioro de la calidad de vida, amén de las fallas, en lo coyuntural y en lo estructural, de la prestación de servicios del SPNS, la dotación de recursos humanos en salud, el sistema de información sanitaria, la disponibilidad de medicamentos-vacunas-tecnologías, el liderazgo y financiamiento del SPNS, al punto que es razonable argumentar desde el análisis cualitativo de los resultados obtenidos, que actualmente no se está en presencia de un SPNS verdaderamente constituido. ^(164, 165)

León, ⁽¹⁷⁵⁾ 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, 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, como el Comité de Bioética del Consejo de Europa. ⁽¹⁷⁵⁻¹⁷⁷⁾ 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. ⁽¹⁷⁸⁾

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). ⁽¹⁷⁸⁾ 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. ⁽¹⁷⁸⁾

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. ⁽¹⁷⁰⁾ 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. ^(170, 177) 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. ⁽⁸¹⁾ 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.

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 creencias culturales que se modifican por cambios en las circunstancias sociales, políticas y económicas, incluyendo la disponibilidad de recursos. ⁽¹⁰³⁾ 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. ^(81, 103) 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. ⁽⁸¹⁾ 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.

Los indicadores de salud utilizados para el análisis cualitativo de datos éticamente relevantes e identificación de factores, desde lo coyuntural y lo estructural, en el presente trabajo, son una noción de la vigilancia en salud pública que define una medida de la salud o de un factor asociado con la salud en una población especificada, siendo herramienta fundamental para los tomadores de decisiones en gestión sanitaria. ⁽¹⁸⁰⁾ Por ello, en la investigación y toma de decisiones bioéticas en la metodología de la propuesta elaborada son de una gran relevancia operativa.

Los daños a los derechos a la vida, la salud y la alimentación, garantizados constitucionalmente en Venezuela en los artículos 43, 83 y 305, ⁽¹⁸¹⁾ así como la caída de las capacidades sanitarias y la inoperancia del SPNS, son más que palpables, dado el fracaso del Estado en incumplimiento de los ODS, en un entorno de emergencia humanitaria compleja con necesidad de auxilio de organismos internacionales, ^(139-156, 158-162, 182, 183) con efectos que inclusive afectan generaciones enteras, en forma reversible

parcial o totalmente o irreversible, dependiendo del momento de ocurrencia de la noxa y grado de la misma, con efectos sobre la programación fetal-neonatal y la epigenética, que influyen en el origen de las enfermedades tanto en el adulto, como en el infante. ^(139-156, 158-165, 184, 185)

Debemos considerar que todo este drama, se da en una era donde se ha conformado la sociedad de la información, el conocimiento y los saberes compartidos, en una aldea global. ^(137, 138, 186, 187) Estamos en una época de rápidos y vertiginosos cambios dado por una sociedad “red” global muy diferente a la del siglo previo, caracterizado por los profundos cambios que trajeron las 3 grandes revoluciones científicas del siglo XX (atómica, electrónica y genómica). El comienzo del siglo XXI es precisamente el inicio de una nueva lógica, que se propone unir el conocimiento, la valoración y el cuidado de la vida dada por 3 grandes ejes como lo son la globalización, la interculturalidad y la rehumanización. ⁽¹⁸⁷⁾

El problema de la bioética a nivel global no es sólo si en todos lados se resuelven los problemas del mismo modo, sino poder dar soluciones compartidas a los desafíos comunes en sociedades multiculturales, que progresan en una estructuración cada vez más compleja. ^(187, 188) La convergencia entre bioética y derechos humanos es vital para reclamar con efectividad la vigencia de los derechos económicos y sociales, cuyo documento de mayor relevancia en el derecho internacional es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. ^(189, 190)

La llamada sociedad de la información es en parte, un enorme repositorio digital que hace accesible un conjunto de videos, textos, sonidos, imágenes. La construcción del conocimiento está distribuida, influenciada por el componente de contenidos digitales. La convergencia digital hace de los dispositivos digitales instrumentos que permiten realizar funciones indispensables para el ser, sin estar presente: comunicarse, conversar, proyectarse, ligarse, compartir, acercarse, distanciarse. ^(173, 186, 191, 192) La realidad digital es otra dimensión del ser del hombre. La bioética debe tomar en cuenta la ontología del ser digital y reflexionar en torno al hombre y su moral también en su dimensión digital.

Dicho contexto cultural, genera una enorme brecha digital que separa a los que tienen de los que no tienen (*have-have not*), a los que saben de los que no saben (*knows-knows not*) y los que se atreven de los que solo son espectadores (*power users-lurkers*).^(173, 186, 191, 192) Esta nueva forma de conocer y aprender, el modelo lleva a representarnos con ayuda de las tecnologías digitales, de donde surge la denominada ciudadanía digital.

La bioética debe tomar en cuenta las limitaciones del *Big Data*, entre las que está la posibilidad de imprecisión en la recolección y clasificación de la información procesamiento, debido a lo enorme y heterogéneo de los datos, con potenciales daños a nivel individual y colectivo. Por ello es requerida la formación profesional y técnica para que el manejo, almacenamiento, titularidad y control de esa información sean adecuados.⁽¹³⁷⁾ Por ello, el devenir de la sociedad de la información y el conocimiento y el uso del *Big Data* tienen una influencia bidireccional. No solo por impacto, si no por establecer la línea difusa entre lo público-social y lo privado-confidencial, la bioética debe incluirla en su reflexión.

La vinculación de las redes sociales con la bioética, debe partir de la premisa que la red deviene en espacio para construcción de la ciudadanía, más allá de su impacto en la sociedad en red, que afecta desde la biomedicina a la educación.^(138, 185, 191, 192) Aprendemos mediante la empatía a colocarnos en el lugar del otro y, por ende, la interacción social posibilita el desarrollo del criterio moral, de la actitud ética, reflexiva. Las redes sociales permiten la asunción libre del actor al marco ético de las comunidades. Con el enfoque de las acciones de todo el que ejerce una acción con repercusión social (de rápida viralización) adecuado impactaría en la colectividad moral permitiendo pasar a la moralidad orientada al contrato social, y de allí a la moral basada en principios éticos universales.^(173, 186, 187, 191, 192)

Entre los elementos a cuidar como infracciones éticas en la interrelación en redes sociales tenemos las distorsiones y mentiras (donde la legitimidad de *fake news* y los *fact-checkers* son centro del debate), las identidades adulteradas, la propagación de valores agraviantes y la simplicación de la realidad deben cuidarse, dada la generación de solidaridad y confusión, ocasionados por la fugacidad y velocidad de la vida digital.^(173, 186, 191, 192)

En el caso de los inmigrantes digitales, aquellos que han tenido que migrar a la era digital, son más susceptibles a formas de opresión y dominación, dada la brecha digital existente, por lo que el pluralismo ontológico en la sociedad del conocimiento y la información debe cuidar la autonomía en las tomas de decisiones, de aquellos vulnerables por la brecha digital. ⁽¹⁹²⁾

La concreción de la sociedad de la información y el conocimiento da lugar en las generaciones presentes y venideras de nativos digitales, que se desarrolle el concepto de la aparición del *homo digitalis*, caracterizado por ser el más avanzado en el uso tecnológico, dado que los avances en las tecnologías de información y comunicación no han entrado en su vida, sino que nació cuando ya estaban allí. ⁽¹⁷⁴⁾

La evolución se define como una serie de transformaciones continuas que va experimentando la naturaleza y los seres que la componen. ⁽¹⁹³⁾ En vista de las transformaciones vertiginosas, generalizadas y sucesivas que se han discutido previamente en la sociedad en red y la aparición del *homo digitalis*, cuando se presenten dichos procesos de transformación a nivel individual y colectivo en una era digitalizada, bajo el influjo de las tecnologías de información y comunicación, bien cabría utilizar el término “digievolución”, más allá de su uso en la franquicia japonesa de anime de Digimon, en la que se refiere a una metamorfosis de criaturas ficticias en un mundo virtual (digimundo). ⁽¹⁹⁴⁾

La propuesta elaborada utiliza el término digievolución en su interrelación con la sociedad de la información y el conocimiento, el *Big Data* y las redes sociales, basado en que las soluciones a las situaciones éticas relacionadas con la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, originan transformaciones continuas que afectan la dinámica en que la interactúan estos tres elementos.

León, ⁽⁸¹⁾ a partir de la jerarquización del principalismo propuesta por Gracia, ⁽¹¹¹⁾ redimensiona la justicia sanitaria a nivel institucional-social en los principios de: a) respeto 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, particularmente en entornos de recursos escasos. 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, a través de la acción del estado y la ciudadanía. También están los deberes derivados de estos principios de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud, asegurar la continuidad de la atención, asegurar la sostenibilidad del sistema, la sostenibilidad de las prestaciones, la promoción de derechos, y la priorización según necesidades en salud, así como el seguimiento a inequidades.

La propuesta elaborada incluye la tríada respeto a la legalidad-equidad-protección, debido a que el SPNS se rija, bajo la concreción real y tangible, de estos principios puede aplicar la metodología basada en la digievolución, a la resolución de situaciones éticas en sus diversos puntos de conflicto y con los factores identificados, en lo coyuntural y estructural, asociados a la crisis del sector salud, devenida en emergencia humanitaria compleja. La visión holística de la propuesta se refiere a que, tanto los cambios producidos en la sociedad del conocimiento y la información-*Big Data*-redes sociales por el seguimiento de la metodología propuesta, tanto como los producidos en un SPNS que se rija por el respeto a la legalidad-equidad-protección, producen transformaciones en forma bidireccional, según el caso.

La innovación social, con impacto en la sociedad del conocimiento y la información-*Big Data*-redes sociales analizada dentro de las dimensiones éticas de la salud, ⁽¹⁹⁵⁾ que origina una bioética basada en la digievolución es una herramienta para mejorar la calidad de atención y la accesibilidad a servicios de salud. En presencia de una emergencia humanitaria compleja, la innovación es una solución nueva a un problema existente que es más efectiva que lo realizado actualmente, toda vez que los datos éticamente relevantes en salud, muestran con claridad un rotundo fracaso.

Entonces, si llevamos esto al ámbito de lo social e institucional con visión holística, hay muchos problemas que requieren una solución más efectiva, o más justa, o más sostenible, o, sencillamente, que permita alcanzar con mayor facilidad los principios de la tríada respeto a la legalidad-equidad-protección. La innovación social también aplica

para que las personas se mantengan más saludables en primer lugar para que así no requieran de servicios de salud.

El SPNS al registrarse bajo la tríada respeto a la legalidad vigente-equidad-protección debe replantear el concepto tradicional de protección social, ⁽¹⁹⁶⁾ orientado hacia medidas públicas de respuesta (previsión, intervenciones de mercado laboral) hace demasiado énfasis en el sector público, en costos y gastos netos y pasa por alto sus potenciales efectos positivos en el desarrollo económico. La protección social diluida en programas sectoriales, merma el significado de la protección social. En bioética en salud pública, además debe presentarse en relación a la influencia de los determinantes sociales de la salud. ⁽⁴⁹⁾

El manejo social de riesgo se basa en la idea fundamental de que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a múltiples riesgos de diferentes orígenes, ya sean estos naturales o producidos por el hombre, que afectan a las personas, comunidades, regiones de una manera impredecible o no se pueden evitar, por lo tanto, generan y profundizan la pobreza. Por ende, el suministro y selección de instrumentos adecuados se convierte en un medio importante para reducir la vulnerabilidad y salir de la pobreza, contribuyendo al crecimiento y desarrollo, mejorando el bienestar individual y social. ⁽¹⁹⁶⁾

El manejo social de riesgo abarca políticas de manejo de riesgo, por ejemplo, para garantizar la seguridad alimentaria y políticas económicas que reducen los impactos macroeconómicos y las determinantes sociales de la salud relacionadas con el auge de enfermedades transmisibles y no transmisibles. ⁽¹⁹⁶⁾ Dicho enfoque incluye la participación ciudadana, desde la promoción de la salud desde y para la comunidad.

Para la participación ciudadana, independientemente del grado de la misma, y en general para toda solución a las situaciones éticas generadas por la emergencia humanitaria compleja y la conflictividad sociopolítica del país, debemos recordar que, en relación con el principio del respeto a la legalidad vigente, debe estar en consonancia con la legitimidad, en sentido positivo, y con el respeto a la objeción de conciencia, en el sentido negativo.

Esto es particularmente importante dado que las decisiones en salud pública, como especialidad originada en la medicina, es una ciencia valorativa, que integra conocimiento de variadas ramas de la medicina y otras disciplinas, por lo cual dichas decisiones no son exactas, infalibles, ni inmutables, por ende, centro de polémicas y encendidos debates, estudiados por la bioética y el bioderecho. ⁽¹⁹⁷⁾ La legitimidad y las eventuales objeciones de conciencia en la sociedad de la información y el conocimiento, pueden fluctuar alternativamente ante la toma de decisiones y salud pública, tomando en cuenta la difusión y debate en red, relacionadas con las redes sociales.

La legitimidad en filosofía se considera respecto al conocimiento como saber; es decir, como conocimiento justificado. Se trata del reconocimiento social del discurso del saber, como un contenido verdadero y autoridad reconocible, de quien lo pronuncia. En términos jurídicos, la legitimidad es cuando una norma jurídica es obedecida sin que esté de por medio el monopolio de la ley por parte del Estado, bien sea por el correcto proceder de los órganos estatales con respecto a todos los procedimientos establecidos en el ordenamiento jurídico, o por el consenso o reconocimiento aprobatorio del pueblo. ⁽¹⁹⁸⁾

La objeción de conciencia en su acepción más completa, es un conflicto absoluto o ineludible entre una norma jurídica y un deber de conciencia opuestos, con mayor fuerza obligatoria para el sujeto del deber de conciencia en detrimento de la norma jurídica. La objeción se caracteriza esencialmente por ser un comportamiento moral, no político, respetuoso con el sistema jurídico-político existente y excepcional. ⁽¹⁹⁹⁾

En términos materiales normativos las sociedades, aún la sociedad de la información y el conocimiento en Venezuela, bajo el influjo del Big Data y las redes sociales, en un contexto de emergencia humanitaria compleja, ⁽²⁰⁰⁾ debe definir: a) la forma en que se deben distribuir las riquezas del Estado, en el caso específico de la salud, conociendo que los mismos siempre serán escasos; b) la responsabilidad del Estado para con los ciudadanos; c) la responsabilidad de cada ciudadano y de la sociedad en la gestión de su propia salud; d) Los criterios de eficiencia y eficacia que garantizarán maximizar los recursos disponibles para la atención médica, con resultados comprobables a través de la evidencia científica; e) si a pesar de lo antes expuesto los recursos son aún

insuficientes, la forma en que se tomarán las decisiones sobre limitación de prestaciones sanitarias administrando adecuadamente la tecnología, para el logro de una medicina más humana, más eficiente y por ende más justa.

Un SPNS, donde se utilicen tratamientos realmente efectivos y aceptables en términos de costo-beneficio y donde se busquen las vías para la aplicación de tales tratamientos a todos los que lo necesiten. Lo más importante es lograr un adecuado balance entre estos dos elementos: la ética y la gerencia, logrando conciliar el nivel deontológico con el nivel teleológico de la justicia sanitaria. (22, 201)

Dicha orientación en un SPNS regido por el respeto a la legalidad vigente-equidad-protección mejora los resultados e impactos en la capacidad de respuesta, cobertura calidad de la atención, al tomar en cuenta los factores de pobreza, vulnerabilidad, calidad de vida, prestación de servicios, dotación de recursos humanos de salud, sistema de información sanitaria, medicamentos-vacunas-tecnologías, liderazgo y gobernanza y financiamiento. (103, 162-166, 170)

La investigación documental del presente trabajo en relación a las corrientes de pensamiento de la bioética latinoamericana y la metodología en bioética, (75-138) permitió redimensionar el principialismo, (74) en base a la tríada respeto a la legalidad-equidad-protección, en una sociedad de la información y el conocimiento, bajo la impronta del *Big Data* y las redes sociales que trabaja en una metodología de 12 pasos, que reinterpreta el enfoque holístico para la metodología en la disciplina. (136) Mantiene los elementos claves de ser sincrética, casuística, fenomenológica, de comprensión hermenéutica que parte de un paradigma antropológico, deliberativo y crítico, el cual permite sistematizar e interpretar las diversas situaciones desde una ética de mínimos a una de máximos.

La metodología propuesta va más allá de las consideraciones de los comités de bioética, permite a grupos de trabajos, calificado en diversas disciplinas en lo social-institucional, considerando la participación ciudadana abordar situaciones éticas relacionadas con la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela. Importante considerar potencialmente a todo ciudadano en mundo digital (*homo digitalis*), un agente de cambio, al sensibilizar y actuar en forma correspondiente. Un aspecto a enfatizar de la presente

propuesta es que entre sus pasos existe bidireccionalidad, es decir que se puede retroceder y avanzar.

El paso uno, que consiste en identificar la situación ética y los puntos de conflicto, bajo diversos puntos de vista, en forma extensa. En una emergencia humanitaria compleja, los puntos de conflicto alrededor de una situación ética son múltiples, sobretodo, al tomar en cuenta los factores identificados en el presente trabajo por lo que se requiere para poder hacer un análisis crítico adecuado, poder identificarlos. Este paso permite evaluar la sensibilidad ética de los sujetos a las situaciones asociadas a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela. En este paso, a diferencia de lo propuesto originalmente por Schmidt, es importante considerar para la identificación de la situación y sus puntos de conflictos, el conocimiento previo sobre el tema, obtenido de la investigación en bioética o de tomas de decisiones sobre situaciones con puntos de conflictos similares, realizadas con metodologías previas, relacionado con la situación ética y sus puntos de conflictos, bien sea desde lo cualitativo, lo cuantitativo, en forma mixta, y los enfoques para decidir previamente utilizados, tomando en cuenta para su operatividad, los indicadores de salud. ^(116-138, 180)

El paso dos, que consiste en correlacionar hechos situacionales y establecer relevancia. En una emergencia humanitaria compleja, con los diversos factores identificados en el presente trabajo, la situación ética y sus puntos de conflictos, vienen relacionados a diversos hechos con diversos grados de relevancia, a establecer para la valoración y juicio éticos posteriores. Se diferencia de la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ que destacaba un hecho relevante para fijar la atención en el problema central del dilema moral tratado. Es tan importante la adecuada recopilación de datos como su adecuada correlación para captar su inteligibilidad. La identificación de hechos situacionales, así como el grado de relevancia, según el grado de complejidad, puede ser cualitativa, cuantitativa o mixta, debiendo tomar en cuenta los indicadores de salud disponibles, al respecto. ^(116-138, 180)

El paso tres, que consiste en sistematizar la decisión, muy similar al propuesto por Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ estableciendo actores, relaciones, escenarios y naturaleza del dilema moral (premisas ontológicas y éticas). La diferencia estriba en que la metodología propuesta en este trabajo, en las premisas éticas, es necesario considerar la tríada respeto a la

legalidad vigente-equidad-protección, dado su énfasis en lo social-institucional. Ello permitirá reconocer el entorno, las interacciones y las comunicaciones existentes. Además, se recomienda definir la terminología empleada y los indicadores de salud utilizados.

El paso cuatro, que consiste en establecer los valores, su narrativa y su complejidad. Se diferencia de la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ en que es necesario comprender los valores en su contexto situacional y en sus múltiples sentidos. ⁽¹⁰¹⁾ Tomando en cuenta considerar al hombre como género literario y exploración narrativa, más allá del giro casuístico y hermenéutico de sus valores, hay considerar el rol fundamental en el razonamiento moral de la exploración narrativa de sus valores. ^(96,97) Se debe incorporar lo histórico respecto a la trayectoria vital que contribuye a construir las identidades de los agentes morales (actores, relaciones, escenarios y naturaleza de su interacción). ⁽¹³⁴⁾ Se asemeja a la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ en que considera que para que el sujeto pueda emitir juicios morales es necesario desarrollar en él la capacidad de reflexión, de expresión de sus propios sentimientos y de cómo éstos influyen en sus juicios éticos. Sólo así tendrá la apertura necesaria para tomar una postura de sana crítica frente a su comportamiento cuando se deja llevar por sus sentimientos de justicia. Es necesario “entender” los valores derivados de los hechos situacionales y grado de relevancia, derivados de la situación ética y sus puntos de conflictos, para lo cual se deberá intensificar en el sujeto su conciencia intencional.

El paso cinco, que consiste en determinar lo objetivo, en esencia idéntico a la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ La norma objetiva o ley moral comprende la creencia que practique el sujeto-objeto de estudio. Se busca determinar el ordenamiento jurídico, deontológico y social vigente de la sociedad. Dicho marco permite ubicarnos mejor.

El paso seis, que consiste en determinar lo subjetivo, en esencia idéntico a la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ La norma subjetiva posibilita también reconocer la moralidad de los hechos situacionales. Generalmente, se vincula con actitudes y creencias. Establecer lo que dicta la conciencia, en particular, la conciencia intencional del actor de la situación, sólo es posible en forma parcial y a través de sus actos.

El paso siete, que consiste en considerar los principios correspondientes, se asemeja a la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ en que se formulan los principios morales en palabras propias, a partir de los valores anteriores. Evaluar los propios valores a la luz de los valores objetivos. Para ello se deberá tener presente que sólo la conciencia recta y cierta es norma incondicional de la opción moral. En caso de duda, se debe buscar la certeza con la ayuda de la consideración que debe estar acorde a la tríada respeto a la legalidad vigente-equidad-protección, con énfasis social-institucional, propuesta en el presente trabajo

El paso ocho, que consiste en considerar la evolución histórica del planteamiento moral, se asemeja a la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ en que considera la experiencia histórica y cultural que es de gran importancia para comprender el significado y los valores presentes en los hechos situacionales analizados. En la metodología propuesta, se incluye considerar las disposiciones que los posibilitan de forma circunstancial o especial en que se puedan conocer y apreciar, redimensionados a la sociedad de la información y el conocimiento.

El paso nueve, que consiste en correlacionar el planteamiento moral a su impacto (*Big Data* y Redes Sociales), que no está descrito en la propuesta de Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ se refiere a tomar en cuenta que las decisiones relacionadas con los conflictos sanitarios en situación de emergencia comunitaria compleja, tienen repercusión potencialmente enorme, en las dinámicas de *Big Data* y redes sociales, a su vez sobre la sociedad y que permiten formular criterios de decisión que no sean viralizados en forma negativa o recopilados a posteriori bajo una óptica no contemplada previamente.

El paso diez, que consiste en establecer el criterio de juicio contextualizado al planteamiento moral, similar al propuesto por Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ permite evaluar con criterios objetivos las propias intuiciones y principios morales. En la metodología propuesta en el presente trabajo permite una revisión retrospectiva sumariada de lo discutido en los pasos tres a nueve, permitiendo resolver las dudas o inquietudes surgidas.

El paso once, que consiste en dictaminar, es en esencia idéntico al propuesto por Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ cierra el proceso con una decisión documentada, reflexionada y

sistematizada adecuadamente, con propuesta de mejora o moraleja, el “debió haber sido o lo que será”. La consideración adicional en la metodología propuesta en cuanto a la sistematización del dictamen, es que debiera considerar tanto *a priori* como *a posteriori* la tríada respeto a la legalidad vigente-equidad-protección.

El paso doce, que consiste en evaluar el dictamen y determinar la digievolución postdictamen, consiste en comprender que toda decisión ética, conlleva acciones en salud pública, independientemente del grado de capacidad acción, lo cual no la hace excluyente de aquellos agentes de cambios que no forman parte de la gerencia sanitaria institucional, tiene repercusiones sobre el hecho situacional y los agentes morales analizados, que debieran ser monitorizados y evaluados, particularmente para abordar la inequidad asociada a la emergencia humanitaria compleja. La digievolución como consideración previamente analizada, es un producto de las transformaciones que se producen en la sociedad del conocimiento y la información, bajo el influjo del *Big Data* y las redes sociales.

En éste paso, los indicadores de salud, así como la investigación en bioética (cualitativa, cuantitativa o mixta) deben ser utilizados en forma activa y utilizados tanto para el replanteamiento del dictamen realizado, como para encontrar nuevas situaciones, puntos de conflicto, hechos y agentes morales que requieran la implementación de nuevos dictámenes. Esto permite a la metodología propuesta, ser un instrumento utilizable a la par de la consideración ética a la toma de decisiones en salud pública.

Esta metodología permite al igual que la propuesta por Schmidt, ⁽¹³⁶⁾ desarrollar la sensibilidad temporal, la conceptualización, la distribución de patrones cognoscitivos, el análisis crítico, el empleo de la experiencia, la orientación hacia la intervención, la conciencia de los costos y beneficios de una acción.

Los pasos nueve a doce, permiten más allá de tomar una decisión en lo referente a situaciones relacionadas con la bioética en salud pública, ejercer funciones del diálogo esclarecedor, redimensionamiento del convencional diálogo usuario de servicios de salud-profesional sanitario, en la sociedad del conocimiento y la información, bajo el influjo del *Big Data* y las redes sociales como son la informativa, educativa, motivacional,

psicoterapéutica y la consensual. ^(168, 202-204) Permite también, incluir en deliberación reflexiva, la dimensión digital de la persona, conceptualizada a partir de la aparición del *homo digitalis*.

La metodología propuesta para la bioética basada en la digievolución tiene como principal limitación que, desde su sincretismo, amerita amalgamar para alcanzar saber transdisciplinario, grupos de personas desde la multidisciplinariedad y el pluralismo razonable. Sin embargo, el pensamiento analítico, y en menor grado crítico, que se desprenden de los métodos revisados previamente para toma de decisiones (la mayoría, fundamentalmente clínicos), ⁽¹²⁸⁻¹³⁶⁾ no son suficientes para abordar la complejidad de la emergencia humanitaria del SPNS venezolano. Por ello, un enfoque holístico como el presentado es necesario. En salud pública no basta ser buen profesional para resolver problemas que no tienen respuestas sencillas desde lo técnico, se necesita ser un profesional bueno para encontrar soluciones equilibradas entre el respeto a la legalidad-equidad-protección necesarios.

La aplicación de esta propuesta metodológica, concuerda con la propuesta de las consideraciones bioéticas de las dimensiones de la vigilancia en salud pública en tiempos de la pandemia por la COVID-19, realizadas por Gómez, Cabrera y la red “COVID-19 y gestación”, ⁽¹⁶⁹⁾ referentes a los objetivos de: a) detección y manejo precoz de patologías, b) análisis de tendencias poblacionales y análisis por delimitación territorial, c) detección de riesgos durante la pandemia, d) generación de hipótesis, e) monitoreo constante del desempeño del sistema de salud, f) evaluación de eficiencia y eficacia de medidas de control en salud pública, g) análisis de políticas a ejecutar.

La aplicación de esta propuesta también está en consonancia con las pautas éticas para la vigilancia en salud pública de la OMS, ⁽⁵⁰⁾ y las consideraciones éticas de bien común respeto a las personas, equidad y buena gobernanza. Permite la toma de decisiones basada en evidencia científica a la vez que respeta el peso de la construcción axiológica de los agentes morales intervinientes en las situaciones éticas con sus puntos de conflicto, incluyendo la narrativa en la valoración, amén de la necesidad de la responsabilidad social, la participación ciudadana y la consideración de las determinantes sociales de la salud, pasando al saber transdisciplinario. ⁽⁴³⁻⁵⁰⁾

Los planteamientos de la propuesta metodológica de la bioética basada en la digievolución contrastan notoriamente con el plan de salud 2022 del MPPS, ⁽²⁰⁵⁾ que profundiza la visión de la administración en ejercicio en el Poder Ejecutivo, de la justicia sanitaria como igualdad, donde se da prevalencia a las áreas de salud integral comunitaria (ASIC) como eje de la conformación del SPNS, bajo la formación doctrinaria monolítica y absoluta de la Universidad de las Ciencias de la Salud del personal requerido en las especialidades médicas, docencia, investigación, epidemiología, estadísticas de salud y gerencia de salud, donde el sesgo político-ideológico se establece como criterio de selección, sin considerar las credenciales, méritos académicos o la vocación.

Priorizar a personal elegido bajo sesgo político-ideológico, sin nivelar ni programar la formación bajo criterios de educación médica continua y búsqueda de la excelencia, acentuando la exclusión de las universidades que tradicionalmente ha formado a nivel técnico y profesional al recurso humano en ciencias de la salud de la nación, hace prever un escenario donde no se avizora mejoría ostensible de los indicadores de salud relacionados a la emergencia humanitaria compleja que atravesamos.

En vista de todo lo previamente discutido, podemos concluir, que el pensamiento latinoamericano constituido por múltiples ejes, ha permitido constituir una bioética regional alrededor de la justicia, que refleja su historia y las crisis y conflictos presentes en cada país, que ha utilizado diversas metodologías para la toma de decisiones importadas de la bioética anglosajona, europea o desarrolladas autóctonamente, amén de propuestas propias de nuestro medio. El énfasis para su resolución en lo relacionado con el estudio de conflictos bioéticos en salud pública dados por la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela, devenida en emergencia humanitaria compleja, está en lo social-institucional con enfoque holístico.

Los daños a la alimentación/nutrición, la salud y la vida, junto con la caída de las capacidades sanitarias, son los resultados reflejados en los indicadores que reflejan con dramática claridad la emergencia humanitaria compleja, independientemente de su no reconocimiento por el Poder Ejecutivo en ejercicio, relacionados con los factores, tanto en lo coyuntural como en lo estructural, de pobreza, vulnerabilidad, calidad de vida, prestación de servicios del sistema público nacional de salud, dotación de recursos

humanos de salud, sistema de información sanitaria, medicamentos-vacunas-tecnologías, liderazgo y gobernanza del sistema público nacional de salud, financiamiento del sistema público nacional de salud.

La propuesta de la bioética basada en la digievolución, formulada posterior al análisis crítico y comprensión hermenéutica de las propuestas en bioética latinoamericana, así como de las metodologías con mayor impacto, tanto en la investigación como en la toma de decisiones, que siga los principios de respeto a la legalidad vigente-equidad-protección con énfasis en lo social-institucional, con enfoque holístico, bajo una relación bidireccional con la sociedad del conocimiento y la información, bajo el influjo del *Big Data* y las redes sociales, tiene una metodología flexible que permite estar en consonancia con la bidireccionalidad y la dinámica vertiginosa que ha generado para la resolución de conflictos bioéticos. Permite abordaje de situaciones éticas y puntos de conflicto complejos en salud pública, que contrastan notablemente con la visión del plan nacional de salud al corriente bajo la visión de la justicia sanitaria como igualdad..

Se recomienda realizar estudios que correlacionen la puesta en práctica de la presente propuesta metodológica de la bioética basada en la digievolución, con las acciones realizadas en salud pública, para enfrentar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela.

De igual forma, se recomienda realizar investigaciones relacionadas con la bioética en la salud pública y la emergencia humanitaria compleja en Venezuela.

REFERENCIAS

1. Coleman C, Bouësseau M, Reis A. Contribución de la ética a la salud pública. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2008; 86: 577-656.
2. Jahr F. *Eine Umschau uber die ethischen Beziehungen des Menschen zu Tier und Pflanze* (Bioética: Un análisis de la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas.) *Kosmos: Handweiser für Naturenfrende* 1927: 24 (1) 2-4.
3. Potter VR. "*Bioethics, the Science of Survival. Perspectives in Biology and Medicine*. 1970; 14: 127-53.
4. Forrow L, Arnold R. *Bioethics Education. Medicine*. En: Reicht WT, editor. *Encyclopedia of Bioethics. Georgetown University. Mc Millan Simon & Schuster*; 1995. p. 259-63.
5. Velásquez G. Fundamentos de un programa de bioética para la carrera de medicina en la Universidad Central de Venezuela. Repositorio Institucional Saber UCV [Internet]. 2014 Dic [citado 22 Ago 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>.
6. León F. Bioética, deliberación y salud pública. 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. 9-15.
7. 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; 2000. p. 13-8.
8. Cubero-Castillo E. La construcción de un nuevo campo de conocimiento: el caso de la bioética en Venezuela. *Acta Bioethica* 2015; 21 (1): 137-44.
9. Schmidt L. La bioética en Venezuela, primeras huellas. *Bioethikos* 2007; 1(2): 24-38.
10. Dirección General de Investigación y Educación de Venezuela, Dirección General de Normativa y Acreditación Hospitalaria de Venezuela. Reglamento de los

- comités de investigación y bioética de la red hospitalaria [Internet]. Ene 2016 [citado 12 Dic 2018] Disponible en: <http://maiquiflores.overblog.es/2016/01/reglamento-de-los-comite-de-investigacion-y-bioetica-de-la-red-hospitalaria.html>.
11. Outomuro D. Fundamentación de la Enseñanza de la Bioética en Medicina. *Acta Bioet.* 2008; 14(1):19-29
 12. Reich W. *Introduction*. En: Reich W, editor. *Encyclopedia of Bioethics New York: The Free Press*; 1978. p. 115-27.
 13. Couceiro-Vidal A. Enseñanza de la bioética y planes de estudio basados en competencias. *Educ. Méd.* [Internet]. 2008 Jun [citado 05 Ene 2014]; 11(2): 69-76. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S157518132008000200005&lng=es.
 14. Gracia D. *Como arqueros al blanco*. Bogotá, Colombia: El Buho; 2004.
 15. AVEFAM, MPPS, OPSU. Perfil Profesional del médico a formar en las universidades venezolanas [Internet]. 2007. [citado 02 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.fcs.uc.edu.ve/avefam/>.
 16. Malpica C. Reflexiones sobre el problema de la enseñanza y aprendizaje de la bioética como método para comprender la medicina compleja. *Revista Educación en Valores*. 2005; 1(3).
 17. Carrasco J, Hernández C, Carrasco A, Meza F. La enseñanza de la Bioética en las escuelas y facultades de medicina. *Cir. Gen.* 2011; 33(2):126-9.
 18. López J. La ética profesional como obligación social. Hacia una visión compleja para el estudio de la ética en las profesiones. *Revista electrónica de investigación educativa* [Internet]. 2010 [citado 09 Dic 2012]; Número Especial. Disponible en: <http://redie.uabc.mx/contenido/NumEsp2/contenido-calva.html>.
 19. Oletta J, coordinador. Retos de la profesión médica en Venezuela. El desarrollo de los recursos humanos. *Actas de LXV Reunión Ordinaria de la Federación Médica Venezolana*; 26 – 29 Oct 2010; Nueva Esparta: Ediciones de la FMV; 2010.

20. Lolas F. Macrobioética y el principio de construcción de la salud. En: Málaga H, director. Salud Pública. Enfoque Bioético. Caracas: Disinlimed; 2005. p. 139-44.
21. Tealdi JC. La enseñanza de la bioética como nuevo paradigma en salud. *Bioethics*, Blackwell Publisher. 1993; 7(2-3):188-99.
22. 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 – 85.
23. Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. libro V. (2): 1130b31s.
24. Locke J. Dos ensayos sobre el gobierno civil, trad. de Amando Lázaro Ros. Madrid, España: Aguilar; 1969. p. 94-103.
25. Nozick R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York (NY): *Basic Books*; 1974. p. 149.
26. Marx K. *Kritik der Gothaer Programms*. Berlín, Dietz: *Marx-Engels Werke*; 1976.19 (21).
27. Tucker R. *Marx and distributive justice*. In: *The Marxian Revolutionary Idea*. New York: *W. W. Norton*; 1970.
28. Brenkert G. *Marx's Ethics of Freedom*. London: *Routledge and Kegan Paul*; 1983. p. 246.
29. Gracia D. Medicina social. En: *Avances del saber*. Barcelona, España: Labor; 1984. p. 190-1.
30. Rawls J. Teoría de la justicia, trad. de Dolores M. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica; 1979. p. 84.
31. Daniels N. *Just Health Care*. Cambridge: *Cambridge University Press*; 1985. p. 28.
32. Green R. *Health care and justice in contract theory perspective*. In: Veatch R, Branson R, eds. *Ethics and Health Policy*. Cambridge: *Ballinger*; 1976. p. 111-26.
33. Green R. *Justice and the claims of future generations*. In: Shelp E, ed. *Op cit*. p. 196.
34. Green R. *Intergenerational distributive justice and environmental responsibility*. *BioScience*. 1977; 27: 260-5
35. Green R. *Population Growth and Justice*. Missoula, MT: *Scholars Press*; 1975.
36. Fried C. *Rights and health care: Beyond equity and efficiency*. *N Engl Med*. 1975; 293: 241-5.

37. Fried C. *Equity and rights in medical care. Hastings Cent Rep.* 1976; 6: 29-34.
38. Fried C. ¿Es posible la libertad? *In: McMurrin S, ed. Libertad, igualdad y derecho. Las conferencias Tanner sobre filosofía moral*, trad. de Valverde G. Barcelona, España: Ariel; 1988. p. 91-132.
39. Adorno T. *Minima moralia*. Reflexiones sobre la vida dañada, trad. de Joaquín Chamorro. Madrid, España: Taurus; 1987.
40. Sen A. ¿Igualdad de qué? *In: McMurrin S, ed. Op. cit.* p. 134-56.
41. Bentham J. Fragmentos sobre el gobierno, trad. de Larios-Ramos J. Madrid, España: Sarpe; 1985. p. 26.
42. *The Hastings Center. Appendix D: Values, ethics, and CBA in health care. In: Office of Technology Assessment. The Implications of Cost-Effectiveness Analysis of Medical Technology. Washington, DC: U. S. Government Printing Office; 1980. p. 175.*
43. Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en salud pública. *Rev Esp Salud Pública.* 2001; 75(3): 187-92.
44. Cortina A. *El Mundo de los Valores*. 6º ed. Bogotá: El Buzo; 2007.
45. Peguero M. Bioéticas y prácticas de salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética.* Jun 2018; 7: 1-13.
46. Penchaszadeh V. Salud colectiva y salud pública. *Revista Iberoamericana de Bioética.* Jun 2018; 7: 1-15.
47. Mendieta G, Cuevas J. Bioética de la salud pública. *Rev Bioet Latinoam* [Internet]. Jul 2017 [citado 8 Oct 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127053118001>.
48. López M, Mata M, Ortega R. *Rev Bioet Latinoam.* 2017; 376: 104-12.
49. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit.* 2012; 26(2):178–81.
50. Organización Panamericana de la Salud. Pautas de la OMS sobre la ética en la vigilancia de la salud pública. Washington (D.C.): OPS; 2017.
51. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. *Public health surveillance.* Ginebra: OMS; 2014.

52. Reglamento Sanitario Internacional. 3a. Edición. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2005.
53. Beauchamp D. *The health of the republic: epidemics, medicine, and moralism as challenges to democracy*. Filadelfia, PA: Temple University Press; 1990.
54. Upshur R. Principles for the justification of public health intervention. *Can J Public Health* 2002; 93: 101–3.
55. Kaul I, Faust M. Global public goods and health: taking the agenda forward. *Bull World Health Organ* 2001; 79: 869–74.
56. Selgelid MJ. *Infectious disease ethics: limiting liberty in contexts of contagion*. Nueva York (NY): Springer; 2011.
57. Deneulin S, Townsend N. Public goods, global public goods and the common good. *Int J Soc Econ* 2007; 34: 19–36.
58. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Ginebra, Suiza: OMS; 2008.
59. Atherton K. The week in drones: drones fight Ebola, Iranian dogfighters, and more. Keeping up with the dronases. *Popular Science*. 2014.
60. Thermal imaging cameras fighting the war on Ebola virus. Las Vegas (NV): Sierra Pacific Innovations; 2014.
61. Kristin B. African drone stories. *Behemoth J Civilisation*. 2015; 8: 73–96.
62. Metcalf J, Keller E, Boyd D. Perspectives on big data, ethics, and society. Council for Big Data, Ethics and Society; 2016.
63. Vayena E, Salathe M, Madoff LC, Brownstein JS. Ethical challenges of big data in public health. *PLoS Comput Biol*. 2015; 11: e1003904.
64. Moskowitz A, McSparron J, Stone D, Celi L. Preparing a New Generation of Clinicians for the Era of Big Data. *Harv Med Stu Rev*. 2015 January; 2 (1): 24-7
65. Organización Mundial de la Salud. 2008. *Op. Cit.* p. 37-40.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. 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.

74. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York: Oxford University Press; 1979.
75. 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.
76. 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. 525-7.
77. Molina P. La teoría de la justicia social en Rawls. Polis [Internet]. 2009; 23 [citado 11 Ene 2019]. Disponible en: <http://journals.openedition.org/polis/1868>
78. Barrio J. La aporía fundamental del llamado «debate» bioético. *Cuad. Bioét.* 2003; 14 (2-3): 229-40.
79. 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>.
80. Maliandi R. Ética discursiva y ética aplicada. Reflexiones sobre la formación de profesionales. Revista Iberoamericana de Educación [Internet]. May 2002 [citado 13 Ene 2019]. Disponible en: <https://rieoei.org/historico/documentos/rie29a05.htm>.
81. León F. Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. Revista Colombiana de Bioética [Internet]. Ene 2010 [citado 9 Oct 2018] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189217244006>.
82. Habermas J. La inclusión del otro: Estudios de teoría política. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica; 1999. p. 59.
83. 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. 159-61.
84. Hernández M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. *Rev. salud pública.* 2008; 10(1): 72-82.
85. Enthoven A. *Consumer Choice Health Plan: A National Insurance Proposal Based on Regulated Competition in Private Sector (two parts).* *N Engl J Med.* 1978; 298(12, 13): 650-8, 709-20.

86. Londoño J, Frenk J. *Structured Pluralism: towards a New Model for Health System Reform in Latin America*. Washington DC: Technical Department for Latin America and the Caribbean, the World Bank; 1995.
87. Restrepo M. La reforma a la seguridad social en salud de Colombia y la teoría de la competencia regulada. En: Titelman D, Uthoff A, eds. 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.
88. Hernández M. La Bioética y el pluralismo ético. *Rev Ger Pol Salud* 2001; 1: 74-85.
89. Hernández M, Ochoa D, Novoa E. Del capital social a la construcción de lo público. *Revista Trans*. 2001; 1: 12-41.
90. Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Tercera Edición. Madrid, España: Editorial Trotta S.A.; 2008. p. 664.
91. Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Cuestiones éticas de la identidad, la globalización y la tecnología. Buenos Aires, Argentina: Editorial Biblos; 2006. p. 260.
92. Maliandi R, Thuer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Lanús, Argentina: Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús; 2008.
93. 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. 161-4.
94. 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. 165-7.
95. 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. 223-32.
96. 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. 167-8.

97. 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. 1a edición. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015. p. 23-33.
98. 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. 168-71.
99. Atienza M. “Juridificar la bioética”. Isonomía. 1998; 8: 75-99.
100. 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. 171-3.
101. 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. 173-6.
102. 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.
103. Kottow M. “Bioética Pública: una propuesta”. Revista Bioética. 2011; 19(1): 61-79.
104. Santos L. Bioética y Pueblo [Internet]. Feb 2009 [citado 11 Ene 2019]. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibresBioetica/13.%20Bioetica%20y%20Pueblo.pdf>.
105. 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. 177-80.
106. 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.

107. Heidegger M. Cuidado. En: Ferrater Mora J. Diccionario de Filosofía. Volumen 1. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana; 2004.
108. 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): 740-50.
109. Pérez de Nucci A. Antropoética del acto médico. Tucumán, Argentina: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Tucumán; 2008. p 114-5.
110. 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*. 1a edición. Santiago de Chile, Chile: Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética; 2015. p. 40-52.
111. Gracia D. Prólogo a Principios de ética biomédica. En: Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona, España: Editorial Masson S.A., 1999. p. 522.
112. Romero P. Bioética y ética de salud pública. *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 31 Dic 2018]; 2 (87): 58-64.
113. *Principles of the Ethical Practice of Public Health. Public Health Leadership Society* [Internet]. 2002 [citado 31 Dic 2018]. Disponible en: https://www.apha.org//media/files/pdf/membergroups/ethics/ethics_brochure.ash.
114. Castro J. Consideraciones éticas sobre un sistema de salud. *Comunidad y Salud* [Internet]. 2007 [citado 11 Dic 2018]; 5 (2): 46-8. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000200006&lng=es&nrm=iso. ISSN 1690-3293.
115. 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. 156-8.
116. Viesca T. Conferencia: ¿Cómo y dónde dirigir la investigación en bioética? *Poliforum: Investigación en bioética*. Ciudad de México, México: Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2006.

117. Martínez V. Conferencia: ¿Cómo investigar en derechos humanos y bioética? Poliforum: Investigación en bioética. Ciudad de México, México: Centro Médico Nacional Siglo XXI; 2006.
118. Bunge M. La ciencia su método y filosofía. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI; 2005.
119. De Gortari E. El método de las ciencias: nociones elementales. México: Editorial Grijalbo; 1983.
120. Flores D. El método o métodos para investigar en bioética [Tesis de Maestría]. México D.F.: Instituto Politécnico Nacional, Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales; 2013. p. 40-52.
121. Manrique C, Domínguez O. Método o métodos para investigar en bioética. Una reflexión. Acta Bioethica. 2007; 13(1): 125-6.
122. Serbia J. Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. Hologramática. 2007; 7(3): 123-46.
123. Casas M. Introducción a la metodología de la investigación en bioética. Sugerencias para el desarrollo de un protocolo de investigación cualitativa interdisciplinaria. Acta Bioethica. 2008; 14(1): 97-105.
124. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2a edición. México: McGraw-Hill Interamericana Editores; 2001.
125. Arias F. El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica. 6a edición. Caracas: Editorial Episteme; 2012.
126. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales. 4a edición. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Pedagógica Experimental Libertador; 2012.
127. Osipov G. Libro de trabajo del sociólogo. La Habana, Cuba: Ciencias sociales; 1988.
128. Lombardi M, Castillo A, Velásquez G. Análisis Bioético de casos clínicos. En: Lombardi M, Suárez N, editores. Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 1. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2015. p. 234-46.

129. De los Ríos E. La cuestión del método en bioética clínica: aproximación a una metodología adaptada al contexto de la realidad mexicana. *Pers Bioét.* 2017; 21(1): 92-113.
130. Garcés L, Giraldo C. Metodología para la deliberación en el modelo bioético personalista con fundamentación en la virtud. *Revista Lasallista de investigación.* 2014; 11(1): 203-16.
131. Jonsen A, Siegler M, Winslade W. *Clinical ethics.* 8ª ed. New York: McGraw-Hill; 2015.
132. Gracia D. Métodos de análisis de problemas éticos en la clínica humana. Bogotá: El Búho; 1998. p.85-97.
133. Pose C, Gracia D. Procedimiento o método de toma de decisiones. Curso: Título de experto en Ética Médica. 3ªed. Organización Médica Colegial de España [Internet]. Oct 2017 [citado 03 Ene 2019]. Disponible en: https://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U7_Procedimiento%20o%20metodo%20de%20toma%20de%20decisiones.pdf.
134. Lolás F. Temas de bioética. Una introducción. 2ª ed. Santiago de Chile: Universitaria; 2003. p. 41-57.
135. Kant M. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. 7ª ed. Madrid: Austral (Espasa Calpe, SA); 1981.
136. Schmidt L. Método de interpretación y análisis holístico en casos bioéticos. *Acta Bioethica.* 2008; 14 (1): 39-46.
137. Cabrera C, Escudero P, Sarmiento C, Espinoza F, Rivero A, Romero N, et al. Participación de la bioética y la evidencia clínica en la medicina materno fetal. *Rev. Latin. Perinat.* 2019, 22 (4): 227-34.
138. Gómez J, Cabrera C. Vinculación bioética de las redes sociales y la medicina materno fetal. *Rev. Latin. Perinat.* 2021; 24(1): 2-7.
139. Oppenheimer A. Récord de pobreza en Venezuela. Madrid, España: El Mundo [Internet]; 2015 [citado 20 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/internacional/2015/02/05/54d3af3622601d37728b4571.html>.

140. García D. Lo que dicen (y lo que no) de la salud en Venezuela las últimas cifras oficiales publicadas por el gobierno. Londres, Inglaterra: BBC [Internet]; 2017 [citado 20 Feb 2019]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39866691>.
141. González G. La crisis del Sistema de Salud en Venezuela. Rev Salus UC. 2018; 22(1): 6-7.
142. Fundación Bengoa, Observatorio Venezolano de la Salud, Red Agroalimentaria de Venezuela. Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela: Derecho a la alimentación. Reporte nacional [Internet]. Sept 2018 [citado 03 Ene 2019]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/alimentacion/Reporte%20Nacional%20EHC%20Derecho%20a%20la%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20Nutrici%C3%B3n%20diciembre%202018.pdf>.
143. Tapia M, San Blas G, Machado C, Landaeta M, Carmona A, editores. Food security and food safety challenges in Venezuela. Lausana, Switzerland: Frontiers Media SA; 2022. p. 4-6. doi: 10.3389/978-2-88974-368-1.
144. Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida en Venezuela. ENCOVI 2021. Condiciones de vida de los venezolanos entre Emergencia Humanitaria Compleja y Pandemia. Caracas: UCAB [Internet]; 2022 [citado 07 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2021>.
145. Universidad Católica Andrés Bello. Encuesta Nacional de Condiciones de Vida en Venezuela. ENCOVI 2014. Caracas: UCAB [Internet]; 2015 [citado 07 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.proyectoencovi.com/encovi-2014>.
146. Codevida, Acción Solidaria, Asociación Venezolana para la Hemofilia, Convite, Prepara Familia, Senos Ayuda, et al. Emergencia Humanitaria Compleja en Venezuela: Derecho a la salud. Reporte nacional [Internet]. Sept 2018 [citado 03 Ene 2019]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1K7qqd_YjU9ofw9SxYwumDMADxDRex5eU/view

147. Médicos por la Salud. Encuesta Nacional de Hospitales. Boletín I 2022. Caracas: ENH [internet]; 2022. Disponible en: <https://www.encuestanacionaldehospitales.com>.
148. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. VENEZUELA - OCTUBRE-NOVIEMBRE 2021. Informe de situación. Nueva York (NY): OCHA [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://reports.unocha.org/es/country/venezuela-bolivarian-republic-of/>.
149. Souquett M. Venezuela suma más de 4.000 casos de dengue en 2021. Caracas: Efecto Cocuyo [Internet]; 2021 [citado 23 Sep 2022]. Disponible en: <https://efectococuyo.com/salud/dengue-venezuela-pandemia-2021/>.
150. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos. Washington (DC): OPS [Internet]; 2021 [actualizado 20 de septiembre de 2021; consultado 23 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://opendata.paho.org/es/indicadores-basicos/tablero-de-los-indicadores-basicos>.
151. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Enero-Diciembre 2021. Respuesta de UNICEF Venezuela. Nueva York (NY): UNICEF [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/venezuela/informes/enero-diciembre-2021-respuesta-de-unicef-venezuela>.
152. Red por los Derechos Humanos de los niños, niñas y adolescentes. Cobertura de vacunas pediátricas en Venezuela es deficiente. Caracas: REDHNNA [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.redhnna.org/noticias/cobertura-de-vacunas-pediatricas-en-venezuela-es-deficiente>.
153. Transparencia Venezuela. OPS: 40% de la población en Venezuela está vacunada contra el coronavirus. Caracas: Transparencia Venezuela [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://transparencia.org.ve/saludcritica/2022/01/11/ops-40-de-la-poblacion-en-venezuela-esta-vacunada-contra-el-coronavirus/>.

154. Wang H, Paulson K, Pease S, Watson S, Comfort H, Zheng P, et al. Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic a systematic analysis of COVID-19 related mortality, 2020-21. *The Lancet* [Internet]; 2022 [citado 03 Mar 2022]. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02796-3. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02796-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02796-3/fulltext).
155. World Health Organization. The true death toll of COVID-19: estimating global excess mortality. Geneva: Switzerland: WHO [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>.
156. Doocy S, Page K, Liu C, Chou V, Hoaglund H, Rodriguez D. Venezuela Health Profile. Houston (TX): Simón Bolívar Foundation [Internet]; 2022 [citado 28 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.simonbolivarfoundation.org/presentations/VenezuelaHealthPresentation22Mar22.pdf>.
157. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York (NY): ONU [Internet]; 2015 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.
158. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2019. Tendencias de la Salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2019.
159. *The Lancet*. *The collapse of the Venezuelan health system, Editorial*. *The Lancet*. 2018; 391:1331.
160. Prodavinci. 10 datos sobre la situación de salud en Venezuela según la OPS [Internet]. 21 Jun 2018 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://prodavinci.com/10-datos-sobre-la-situacion-de-salud-en-venezuela-segun-la-ops>.
161. Organización Panamericana de la Salud. Respuesta de la OPS para mantener una agenda eficaz de cooperación técnica en Venezuela y en los estados miembros vecinos. 162^a sesión del Comité Ejecutivo de la OPS. Washington (D.C.): OPS [Internet]; 2018 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/382275937/Respuesta-de-la-OPS-para->

mantener-una-agenda-eficaz-de-cooperacion-tecnica-en-Venezuela-y-en-los-Estados-miembros-vecinos#from_embed.

162. Oletta J, Pulido P, Orihuela A, Castro J, Carvajal A, Peña S, Godoy O, Barreto A; Observatorio Venezolano de la Salud. La emergencia compleja que sufre Venezuela y la actuación de la Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Jul 2018 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/noticias/2018/emergencia-venezuela-organizacion-panamericana-salud>.
163. Bonvecchio A, Becerril V, Carriedo A, Landaeta M. Salud Publica Mex. 2011; 53 (2): 275-86.
164. Díaz J. El Sistema de Salud en Venezuela. Caracas: OVS [Internet]; 2016 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/boletines/salud/sistema-de-salud-en-venezuela/>.
165. Carrillo A. Sistema de salud en Venezuela: ¿un paciente sin remedio? Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [citado 03 Mar 2022]; 34 (3). Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csp/a/PFRRksgBHCfMkDFM668YvfC/?lang=es>.
166. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva, Switzerland: WHO; 2010.
167. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Descargas. Caracas: MPPS [Internet]; 2022 [citado 03 Mar 2022]'. Disponible en: <https://drive.google.com/drive/folders/13OI7SAQXa7ofU-HQ9XSP9mELHES07O9K>.
168. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Noticias nacionales. Caracas: MPPS [Internet]; 2022 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <http://mpps.gob.ve/index.php/sala-de-prensa/notnac?start=1214>.
169. Gómez J, Cabrera C, Grupo de Especialistas “Red Covid-19 y gestación”. Pandemia por el nuevo coronavirus (SARS-COV-2) y embarazo en América Latina: consideraciones bioéticas preliminares. Rev Obstet Ginecol Venez 2020; 80 (Sup1): S56 - S69.

170. León F. Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la Bioética. *Acta Bioethica*. 2011; 17 (1): 19-29.
171. Porto D. Bioética latino-americana: contorno intangible de la realidad del continente. *Rev Iberoam Bioet*. 2016; 2: 1-14.
172. Oficina Regional para América Latina y el Caribe, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe sobre Equidad en Salud 2016: Análisis de las inequidades en salud reproductiva, materna, neonatal, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe para guiar la formulación de políticas. Ciudad de Panamá, Panamá: UNICEF; 2016. p. 2.
173. Capurro R. Desafíos teóricos y prácticos de la ética intercultural de la información. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. *Ética multicultural y sociedad en red*. Barcelona, España: Ariel; 2014. p. 5-17.
174. López R. Revolución. Del Homo sapiens al Homo digitalis. *Investigación y Ciencia*. 2018; 26(74): 90-2.
175. León F. La Bioética Latinoamericana en sus textos. Primera edición. Santiago de Chile: CEIB; 2008. p. 21-23.
176. Torralba F. Principios europeos de la bioética. Barcelona (España): Instituto Borja de Bioética [Internet]; 2020 [consultado 07 de enero de 2021]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/e34ea87a-3dc5-46ec-b9ab-8dd9ef365949/Principios+europeos+de+la+bioetica+F+Torralba.pdf?MOD=AJPERES>.
177. León F. Una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica. Revista Marplatense de Filosofía*. 2005; VI(11): 19-26.
178. Salazar J. Una visión diferente de la bioética. *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg*. 2001; 6(1): 53-6.
179. León F. Fundamentos y principios de Bioética clínica, institucional y social. *Acta Bioethica*. 2009; 15(1): 70-78.
180. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores de salud. Aspectos conceptuales y operativos. Washington, D.C.: OPS [Internet]; 2017 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=health-analysis-metrics-evidence-9907&alias=45250-indicadores-salud-aspectos-conceptuales-operativos-250&Itemid=270&lang=es.

181. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N° 36.860 (30 de diciembre, 1999).
182. Organización de las Naciones Unidas. La agenda para el desarrollo sostenible. Ginebra (Suiza): OMS [Internet]; 2020 [citado 08 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>.
183. Academia Nacional de Medicina, Red de Sociedades Científicas Médicas de Venezuela, Sociedad Venezolana de Salud Pública, Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría, Red Defendamos la Epidemiología Nacional, Alianza Venezolana por la Salud, et al. Carta abierta a los Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud asistentes al 56° Consejo Directivo de la OPS, Asociados claves internacionales y nacionales, Organizaciones no gubernamentales y público en general. Caracas: OVS [Internet]; 2018 [citado el 01 de julio de 2020]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/10R1WAdVF-aDSLh_oPmBuJXGjjBWtw9L/view.
184. Hernández P, Canache L. Covid-19 y la programación fetal. Rev Obstet Ginecol Venez 2020; 80 (Sup1): S70 - S78.
185. Bertram M, Sweeny K, Lauer J, Chisholm D, Sheehan P, Rasmussen B, et al. Investing in non-communicable diseases: An estimation of the return on investment for prevention and treatment services. Lancet. 2018; 391(10134): 2071-8. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30665-2.
186. Pérez M. Ética de la información y la educación. Hacia un uso positivo de las redes sociales en la educación media y básica. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. Ética multicultural y sociedad en red. Barcelona, España: Ariel; 2014. p. 103-14.
187. Borgoño C. Bioética Global y Derechos Humanos: La Declaración de la UNESCO y el desafío de la diversidad cultural. Roma: Ateneo Pontificio Regina Apostolorum.; 2009.
188. GRACIA D. De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución. En: «Acta Bioethica». 2002 (8/1); p. 27-31.
189. Bergel S. La bioética en el siglo XXI: Una visión desde el sur. En: ¿Por qué una Bioética Global? XX aniversario del Programa de Bioética de la UNESCO. Solinís G, editor. París: Ediciones UNESCO; 2015.
190. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. Paris, France: UNESCO [Internet];

- 2005 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180>.
191. Trejo R. Ética en las redes sociales. Dilemas y reflexiones. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. Ética multicultural y sociedad en red. Barcelona, España: Ariel; 2014. p. 39-52.
192. Gutiérrez M. Pluralismo epistemológico y redefinición cultural de las tecnologías de la información y la comunicación. En: Rodríguez L, Pérez M, editores. Ética multicultural y sociedad en red. Barcelona, España: Ariel; 2014. p. 75-84.
193. Real Academia Española de la Lengua. Evolución. Madrid, España: RAE [Internet]; 2022 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/evoluci%C3%B3n>.
194. Es-academic.com [Internet]. Digievolución. San Francisco (CA): Wikipedia Español; c2000-2022 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://es-academic.com/dic.nsf/eswiki/350951>.
195. Observatorio Venezolano de la Salud. Las dimensiones éticas de la salud. Caracas: OVS [Internet]; 2021 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/noticias/2021/las-dimensiones-eticas-de-la-salud/>.
196. Federación Médica Venezolana. El sistema de salud que necesita Venezuela. Ideas para proponer un Sistema de Salud sustentado en el Desarrollo y Protección Social, para combatir la pobreza y la exclusión en salud. LXIV Reunión Ordinaria de la Asamblea. Barinas: FMV [Internet]; 2009 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: https://piel-l.org/blog/wp-content/uploads/2009/12/ponencia_central_barinas.pdf.
197. Antequera R. Doctrina y Jurisprudencia Médica. En: Silva O, Piña E, Barreto R, García F, Silva O, editores. Módulo 2. Ética en Medicina. Responsabilidad Profesional. Curso de ampliación en Bioética médica. Caracas, Venezuela: CENABI; 1999. p. 95-128.
198. Wikipedia.org [Internet]. Legitimidad. San Francisco: Fundación Wikimedia, Inc; © 2022 [citado 03 Mar 2022]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Legitimidad_\(pol%C3%ADtica\)#:~:text=5%20Notas-](https://es.wikipedia.org/wiki/Legitimidad_(pol%C3%ADtica)#:~:text=5%20Notas-).
199. Flores F. Objeción de conciencia. En: Romeo C, director. ENCICLOPEDIA de BIODERECHO y BIOÉTICA. Bilbao: Cátedra Interuniversitaria de Derecho y

- Genoma Humano [Internet]; 2020 [consultado el 06 de julio de 2020]. Disponible en: <https://enciclopedia-bioderecho.com/voces/235>.
200. D'Empaire Gabriel. Aspectos éticos de la distribución de recursos escasos y el derecho a la asistencia médica. Gac Méd Caracas [Internet]. 2001 [consultado el 08 de marzo de 2021]; 109(4): 455-67. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622001000400002&lng=es.
201. Diego Gracia. El marco del debate: la justicia sanitaria. En: León A, Castillo A, Nézer de Landaeta I, García F, Silva O. Ética en Medicina. La relación médico paciente. Justicia Sanitaria. Módulo 3. Curso de ampliación en Bioética médica. Caracas, Venezuela: CENABI; 2001. p. 243-62.
202. García F. La relación médico-paciente como una relación de ayuda. En: Curso de Ampliación de Bioética. Unidad 3. Caracas: Centro Nacional de Bioética (CENABI); 2001. p. 100-101.
203. Gil C. Tres estudios sobre medicina antropológica. Caracas: Editorial Médica Venezolana; 1977.
204. Cabrera C, Gómez J, Faneite P. Coronavirus, atención materno fetal y bioética. López-Loyo ES, Urbina Medina H, editores. Colección Razetti. Volumen XXIV. Caracas: Editorial Ateproca; 2020.p.211-232.
205. Alvarado C; Ministerio del Poder Popular para la Salud. Plan de salud 2022. Prioridades. Caracas: MPPS; 2022.

ANEXOS

Tabla 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
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 principialismo clínico a lo social e institucional latinoamericano con la formulación de principios secundarios. Justicia como respeto a la legalidad, equidad y protección.

Tabla 2. Principios de bioética clínica, institucional y social según León. ⁽⁸¹⁾

Bioética clínica Médico-paciente	Bioética institucional Institución-médico-usuario	Bioética Social Ministerio Salud-Sociedad
No Maleficencia Deber de no abandono Precaución Responsabilidad individual Responsabilidad familiar	No abandono institucional Precaución: sistemas seguridad Responsabilidad Institucional	No abandono social Prevención en salud Responsabilidad política
Justicia Respeto derechos del paciente Equidad: no discriminar Equidad en reparto recursos Protección del más débil Eficiencia profesional Continuidad de la atención	Respeto derechos del paciente Equidad en: acceso a la atención en salud Equidad en recursos escasos Protección a población vulnerable Eficiencia institucional Sostenibilidad de la atención	Promoción de derechos Priorización en salud Seguimiento a inequidades Discriminación positiva Control, acreditación Sostenibilidad del sistema
Autonomía Respeto a la autonomía Promover la competencia Educar en responsabilidad Confidencialidad	Consentimiento informado Participación de pacientes Participación familiar Educación en salud institucional Custodia y confidencialidad	Control social salud Participación de la comunidad Prevención/educación Asegurar confidencialidad
Beneficencia Calidad de vida: fin clínica Excelencia profesional Humanización del cuidado solidaridad: compasión Ética del cuidado	Calidad asistencial Excelencia institucional Plan de humanización institucional Solidaridad institucional	Calidad del sistema Acreditación Acreditación Subsidiariedad

Tabla 3. Sinopsis de la metodología para la investigación en bioética.

Metodología	Sinopsis
Cuantitativa	<p>Utiliza la recolección y el análisis de datos, respondiendo preguntas de investigación y probando hipótesis explicativas de los fenómenos observados.</p> <p>Establece patrones de comportamiento en una población a través de la medición numérica y el uso de la estadística.</p>
Cualitativa	<p>Produce datos descriptivos: de las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable. Parte de la inducción objeto de estudio de forma holística y humanista.</p> <p>Fenomenológica: describe significados vividos de forma existencial.</p> <p>Etnográfica: registra el conocimiento cultural, detallando los patrones sociales.</p> <p>Acción: describe y explica las acciones y situaciones humanas – sociales, desde la visión de los participantes.</p> <p>Documental: descripción, explicación, comparación y crítica de un tema a partir de la obtención de documentos bien sea desde el análisis, la síntesis, la historia o la comprensión hermenéutica.</p>

Tabla 4. Sinopsis de la metodología para la toma de decisiones en bioética.

Metodología	Sinopsis
Casuística	Estudia los casos desde sus particularidades, extrayendo de ellos principios y máximas prácticas que permitieran un estudio y análisis posterior
Principlalista	Aplica los cuatro principios bioéticos universales ponderando las consecuencias que se derivan de la aplicación de los principios en cada caso concreto.
<i>Four topic chart</i>	Analiza cuatro elementos (indicaciones médicas, preferencias del paciente, calidad de vida y aspectos contextuales) que se rigen bajo los cuatro principios bioéticos universales, en forma concreta y bien delimitada.
Ética de las virtudes	Enfatiza al responsable de tomar las decisiones, priorizando sus virtudes, y no tanto en la adhesión a principios absolutos, posterior a la identificación de los hechos relevantes y los valores enfrentados.
Integral	Combina métodos previos, diferencia según el nivel de asistencia sanitaria y tiempo dedicado, a nivel primario en torno a educación en el carácter y la virtud, a nivel terciario conflictos de principios y consecuencias.

Deliberativo	Decisión responsable prudente surgida del análisis de hechos, valores y deberes en una situación de incertidumbre, bajo un diálogo que contempla las razones de los otros en simetría con las propias.
Narrativa	Incorpora lo histórico al estudio del comportamiento moral con interacción equilibrada entre experiencias, creencias, principios y expectativas. Desarrolla el temperamento democrático y la eticidad civil común.
CENABI	Operacionalización en tres etapas (planteamiento del problema, análisis bioético, conclusión y recomendaciones) donde se consideran que son la dimensión biológica, la dimensión psicológica, la dimensión socio-cultural y la dimensión espiritual-existencial.
Holístico	Sistematización en tres etapas y 10 pasos: planteamiento, valoración (social, técnica, jurídica y bioética) y conclusiones e implicaciones del dilema. Enfatiza la autoconciencia en la racionalización de la construcción de la decisión moral.

Tabla 5. Sinopsis de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela en cuanto al parámetro alimentación y nutrición.

Parámetro	Sinopsis
Alimentación y Nutrición	<p>6 % de la población puede costear canasta alimentaria y servicios básicos.</p> <p>Escasa disponibilidad de alimentos e inseguridad alimentaria en 8 de cada 10 hogares.</p> <p>Subalimentación y desnutrición aguda en rango de emergencia.</p> <p>Adopción de medidas de supervivencia familiar.</p> <p>Menor oportunidad de supervivencia a población desnutrida por crisis sector salud.</p> <p>Un tercio de los niños menores a 0-2 años en los sectores pobres tiene malnutrición crónica y 6-11 % malnutrición aguda con secuelas irreversibles del aprendizaje y desarrollo</p> <p>La gestación no controlada aumenta exponencialmente el riesgo para la madre y su descendencia.</p> <p>Ausencia de factores protectores de enfermedades crónicas no transmisibles en estratos socioeconómicos bajos</p>

Tabla 6. Sinopsis de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela en cuanto al parámetro daños a la salud y la vida.

Parámetro	Sinopsis
Daños a la salud y la vida	<p>Disminución de esperanza de vida</p> <p>Acceso a servicios de salud francamente comprometido</p> <p>Acceso a diagnóstico y tratamiento (medicamentos) en condiciones críticas</p> <p>Ascenso escalonado de morbimortalidad por las enfermedades transmisibles y no transmisibles de mayor prevalencia</p> <p>Aumento morbimortalidad materna e infantil</p> <p>Reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles</p> <p>Declive de la asistencia a los trastornos de la salud mental</p> <p>Declive de la cobertura de servicios de salud sexual y reproductiva</p> <p>Asistencia humanitaria y apoyo por parte de mecanismos de cooperación internacionales</p> <p>Exceso de mortalidad asociado a la pandemia COVID-19</p>

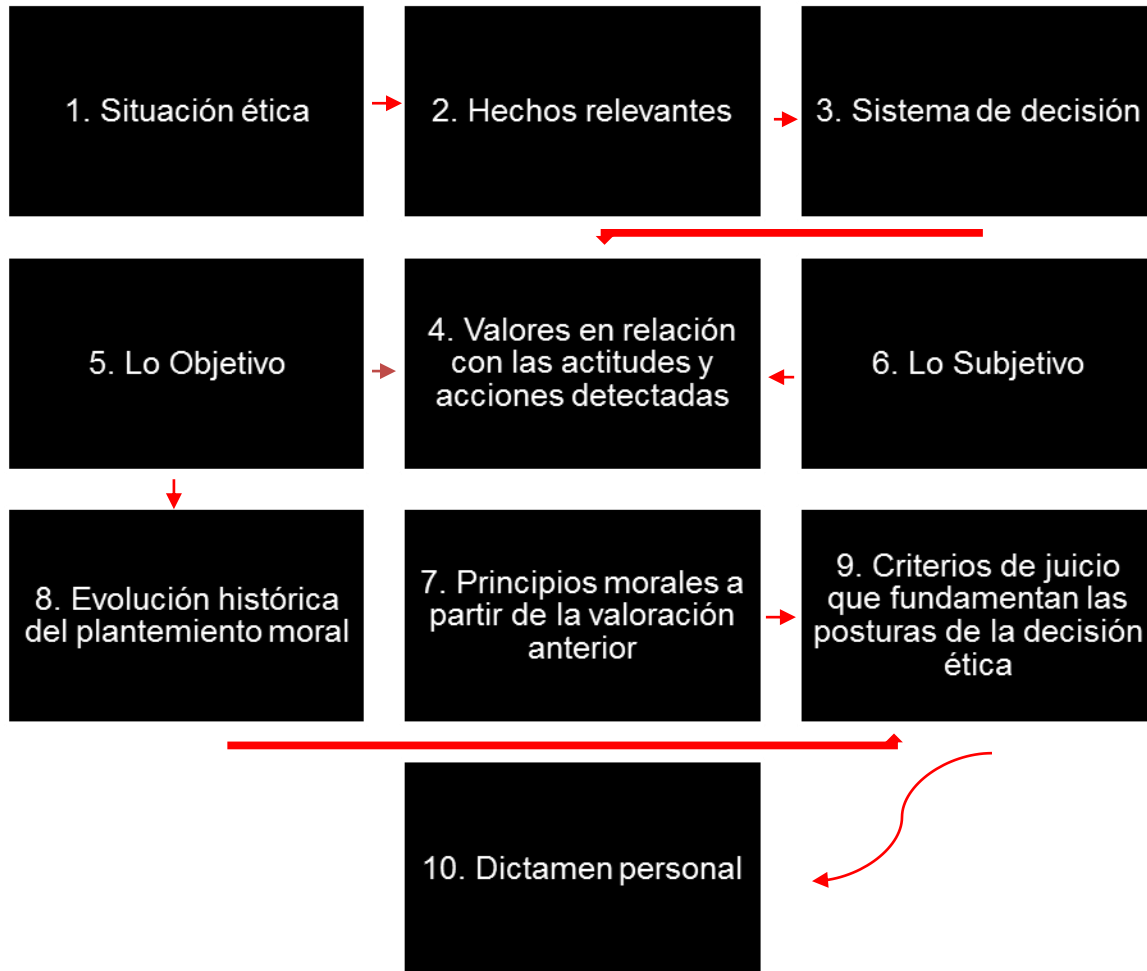
Tabla 7. Sinopsis de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela en cuanto al parámetro caída de las capacidades sanitarias.

Parámetro	Sinopsis
Caída de las capacidades sanitarias	<p>Renuncia y migración de personal de salud</p> <p>Déficit severo de personal de salud</p> <p>Gasto público en salud paupérrimo</p> <p>Déficit de camas hospitalarias</p> <p>Desabastecimiento de insumos y medicamentos esenciales</p> <p>Oferta limitada de calidad y cantidad de servicios esenciales (quirófano, emergencia, laboratorio, radiología, terapia intensiva)</p> <p>Falta de transparencia, vacío de información epidemiológica, sub-registro, vigilancia en deterioro sostenido</p> <p>Costo trasladado a paciente y su entorno familiar</p> <p>Cobertura limitada de inmunizaciones</p> <p>Censura, intimidación y represalias ante las medidas de protesta</p>

Tabla 8. Sinopsis de los datos éticamente relevantes asociados a la inequidad derivada de la crisis del sector salud en Venezuela en cuanto al parámetro sistema nacional de salud.

Parámetro	Sinopsis
Sistema nacional de salud	Emergencia humanitaria compleja Fragmentación y segmentación Fallas operativas y de formación de la Misión Barrio Adentro Organización inequitativa, carente de universalidad de acceso a los servicios Ausencia promulgación Ley Orgánica de la Salud Fallas de financiamiento, prestación de servicios y rectoría

Mapa conceptual 1. Método holístico en su forma integral según Schmidt. (136)



Mapa conceptual 2. Propuesta de la bioética basada en la digievolución para afrontar la inequidad originada por la crisis del sector salud en Venezuela.



Mapa conceptual 3. Metodología de la propuesta de la bioética basada en la digievolución.

