

La bioética latinoamericana

Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión,
Marcela Veyta López, Sergio Ruíz Peña,
Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

Índice del capítulo:

- Introducción
- Bioética en Latinoamérica.
 - Breve debate sobre el concepto de bioética latinoamericana.
 - Bioética social latinoamericana.
- Bibliografía.

Introducción.

El presente estudio sobre la "Bioética latinoamericana: [como] bioética social", es una continuación de la "Historia de la bioética en América Latina", elaborada por Miguel-Héctor Fernández-Carrión (2015a, 57-95), y la versión más reducida con el título de "Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases", presentada por Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, et al., en *Historia ilustrada de la bioética* (2015b, 199-228), en esta ocasión nos centraremos sobre la peculiaridad diferenciadora de la bioética latinoamericana caracterizada como una bioética social.

Bioética en Latinoamérica.

La bioética que se desarrolla en América Latina desde la década de los ochenta del siglo XX hasta la actualidad, se puede analizar como hace Fernández-Carrión (2005) y Octavio Márquez et al. (2005) desde tres niveles distintos: uno primero a partir de destacar los hechos y acciones más sobresalientes de la bioética desarrollada conjuntamente en Latinoamérica en este período de tiempo analizado; una segunda posición, en la que se muestre una visión de la bioética desde la perspectiva propia de cada país que se realiza de forma específica, y por último, una tercera visión novedosa de la historia de la bioética latinoamericana, que es la que se aplicará en

Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Veyta López, Sergio Ruiz Peña, Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

el presente capítulo, en la que se agrupe las peculiaridades de la bioética que se ha venido dando en los distintos países de América Latina (segunda posición) con las peculiaridades generales que han tenido lugar en el subcontinente (primera posición) y que logran diferenciarse en el tiempo de los estudios de bioética aplicados en el resto del mundo (tercera posición).

La bioética latinoamericana está caracterizada por la politización de la práctica profesional en esta materia, dentro de unas circunstancias socio-económicas de dependencia económica o subdesarrollada, con un matiz claramente de protección social de la población menos favorecida, y en el futuro probablemente -como argumenta Fernández-Carrión- debe marcarse la diferencia de la bioética aplicada en esta zona con las de otras partes del mundo, con la agrupación de los saberes y prácticas de los pueblos originarios americanos, a partir del empleo del estudio transdisciplinar sobre el tema.

Breve debate sobre el concepto de bioética latinoamericana

Desde principios del siglo XXI, se ha producido un debate entre algunos especialistas de bioética sobre la conveniencia o posibilidad de poder hablarse de una bioética que se desarrolla en América Latina o se puede aludir directamente a la existencia de una bioética latinoamericana; de la primera tendencia destaca Álvarez, y de la segunda Fernández-Carrión y cada vez amplía la nómina de esta última tendencia.

En este sentido, Álvarez propone una “búsqueda de un bioética latinoamericana” (Álvarez, 2012: 17-22), alude en primer lugar a Fernando Lolas Stepke, quien reclama “la conveniencia de desarrollar una Bioética latinoamericana con solvencia intelectual y la posibilidad de insertarse creativamente en el pensamiento global” (Lolas: 2007: 47). Para ello, Salazar establece una diferenciación práctica entre la bioética desarrollada en Estados Unidos, Europa y la que existe en Latinoamérica, esta última no es exportación de un istmo “extranjero”, sino que está caracterizada porque “la Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (Salazar, 2000: 55), singularidad que confirman (Peralta, 2009, Rodríguez Yunta, 2009); en particular Peralta, demandará que la bioética latinoamericana “debe fundamentarse en premisas conceptuales que consoliden filosóficamente su autonomía y autenticidad” (2009: 110).

Asimismo, en defensa de una bioética latinoamericana Parenti indica que “la Naturaleza dialéctica de recíproco condicionamiento entre Bioética y sociedad

plantea la exigencia de construir una Bioética desde América Latina y que permita construir estrategias de desarrollo local desde la salud cuyo ejemplo más significativo, en la actualidad está constituido por la organización de municipios saludables impulsados por la OMS" (Parenti, 2001: 36-37), pero precisa que

"cuando hablamos de Bioética desde América Latina o latinoamericana no pretendemos la creación de una Bioética para la región geográfica determinada. Toda disciplina sólo puede alcanzar su madurez cuando logra entrar en diálogo con la comunidad internacional que trabaja en dicha disciplina y la Bioética no es una excepción. En realidad, nos estamos refiriendo a una perspectiva latinoamericana es decir a la necesidad de orientar la reflexión teórica y la práctica bioética a la realidad latinoamericana en la que estamos inmersos" (Parenti, 2001: 38).

De esta forma se constata que Lolás Stepke pretende construir una bioética latinoamericana, Salazar considera que es una tendencia de interpretación de la bioética, mientras que Parenti entiende claramente la existencia de una bioética desde la perspectiva latinoamericana.

Según Martínez-Echazabal el rasgo característico de una bioética latinoamericana "es la permanencia a un espacio geográfico (más que lingüístico), desde México hacia el sur y hasta la Tierra el Fuego, lo que engloba a la América hispanoindia y la América lusa. Suele quedar admitido que los latinoamericanos tendrían como pasado similar un mestizaje entre conquistadores y conquistados" (Martínez-Echazabal, 1998), pero en realidad la mayor peculiaridad de la bioética latinoamericana es la establecida inicialmente por la bioética argentina, caracterizada por una fuerte preocupación y alternativa social (Femández-Carrón, 2015).

A pesar de esto, Álvarez al final del texto "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?", señala que más que de una bioética latinoamericana habría de hablarse de una bioética en Latinoamérica, "parafraseando a Zea [hay que hacer], Bioética sin más. Al hacer Bioética, lo latinoamericano vendrá por añadidura" (Álvarez, 2012: 26), pero mejor sería decir que primero hay que comprender las peculiaridades de la teoría y la aplicación de la bioética en Latinoamérica, con respecto al resto del mundo y posteriormente marcar estas diferencias como propias, y a partir de ese momento se puede hablar de bioética Latinoamericana (Femández-Carrón, 2015).

Gracia establece cuatro periodos históricos éticos y por ende -Álvarez (2012: 18)- lo entiende como bioéticos en Latinoamérica:

1. La "ética del don" prehispánico ("previo al descubrimiento" -Gracia-), consiste en una interpretación "mítico-mágica y religiosa" de la vida, donde la relación dual opuesta don-deuda, incluido salud-enfermedad es fundamental. Con el descubrimiento de América no desaparece esta ética del don, aunque si se diferencia con la nueva orientación monoteísta del catolicismo: "esto haría que se interpretara el descubrimiento del nuevo mundo como un 'don', que repercutiría en la creación de otros mitos como el del 'buen salvaje' (Gracia, 1998, 2007: 22-23). En la ética prehispánica se aprecia un vínculo directo o "don" de la naturaleza con la vida humana (FC).
- 2 La "ética de despotismo" durante la conquista, está caracterizada por una ética "de la guerra y el sometimiento forzoso", en ese momento el "mal salvaje" (ya no el "buen salvaje") someten a la fe cristiana "al servicio de la corona". Al nivel médico se obliga el abandono de la sanación natural, propia mayoritariamente del periodo prehispánico, por otra más acorde con la religión, donde los males son causados por los pecados propios o del colectivo, y para su curación demanda del sometimiento religioso individual y del grupo social (FC).
3. La "ética del paternalismo" en la colonia, entiende que las poblaciones "conquistadas" son "bárbaras" al considerar que poseen fuerza física (son susceptibles de mano de obra o fuerza de trabajo), pero le falta el aspecto racional y espiritual, demanda por parte de la iglesia de una tutela forzosa, pues a los indígenas se les consideran como "niños", no esclavos (que prohibía las *Leyes de Indias*). En ésta como en la anterior época la medicina occidental se aplica a los indígenas por medio de los sacerdotes ("evangelizadores"), que fundaron hospitales y brindaron atención médica-religiosa (FC), en el caso que el indígena retornara a su medicina mágica, lo hacía con un "enfoque distinto" (Gracia, 2007: 26-31). Se desarrolló la medicina occidental con la formación de médicos en las universidades de América, pero como la atención de salud estaba basada en la estructura social (feudal), la mayoría de la población indígena queda excluida (FC).
4. La búsqueda de una "ética de la autonomía" a partir de la independencia. Tras el proceso político de independización de Latinoamérica, se desarrolla una búsqueda de una ética propia, consiste en una emancipación política, primero y moral posteriormente (Gracia, 2007: 32-34). Esta ética de la autonomía, con el apoyo especial de la masonería internacional [norteamericana, francesa e inglesa, atendiendo al orden de incidencia], tiene sus antecedentes a finales del siglo XVIII, con la independencia de las

13 colonias (de Estados Unidos) en 1776 y la revolución francesa en 1789. Este pensamiento es introducido en las colonias por los criollos (Álvarez, 2012: 19) con el apoyo ideológico, político y económico de la masonería (indicada anteriormente), "cuyos intereses cada vez coincidían menos con los de los españoles" (Álvarez, 2012: 19) o mejor dicho eran contrarios a la corona española, fomentado por los propósitos de promoción nacional norteamericano, francés o inglés, dependiendo de la logias dirigentes en cada momento histórico imperante (FC). "Formalmente se trata de un avance" -señala Álvarez-Díaz, 2012: 19-, pero en realidad -como apunta el mismo autor- la asistencia sanitaria "no se modifica y se agudiza" con el desarrollo de la medicina en el siglo XX, las "clases privilegiadas" tienen acceso, mientras que los "pobres" (incluidos los indígenas) no (Álvarez-Díaz, 2012: 19). Esta dicotomía se ha perpetuado en el tiempo, en los países en vía de desarrollo, en los que la población privilegiada económicamente se pueden equiparar con la del primer mundo, mientras que los desfavorecidos no, pues en el mundo desarrollado con la aplicación de la política económica del bienestar (España, Alemania etc.), toda la población puede acceder al mismo sistema de sanidad, acorde con lo que indica Drane de que "el desarrollo de las ciencias biológicas, que impulsó la Bioética en las naciones desarrolladas, es ahora parte de la vida contemporánea y también de las naciones en desarrollo. Centros médicos modernos con alta tecnología se pueden encontrar en las grandes ciudades de todo el mundo" (Drane, 2002). En Latinoamérica la población con recursos económicos acude a centros de salud privados, principalmente en las grandes ciudades o en general en las urbes puede aplicar disposiciones específicas de la bioética, como el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA), por el que se opta por alguna medida bioética para el final de la vida o en un momento de enfermedad crónica irreversible del paciente, como la medicación del proceso de morir: eutanasia, suicidio médicamente asistido, etc.; así como la medicina del inicio de la vida: técnicas de reproducción asistida, investigación de células embrionarias, etc.) o la medicina altamente tecnificada: medicina genómica, etc. Mientras que en el mundo rural y en las ciudades la población sin recursos económicos suficientes no cuenta con acceso a la salud privada, ocasionalmente cuenta con atención médica pública, sin embargo, ésta es muy deficiente.

5. Promoción de una "ética de la liberación", propuesta por Fernández-Carrón (2014) a partir del ideario de Enrique Dussel (1996), consiste en la lucha por un nuevo tipo de ética, más igualitaria y que termine con las diferencias étnicas y sociales preestablecidas, desde la perspectiva

exclusivamente ética, no económica y política que demandaría otro tipo de reivindicación, aunque en este sentido La Rocca, Mainetti e Issel (2010) indican que la posible relación entre la ética de la liberación y la bioética “no existe todavía”. De acuerdo a estos últimos criterios, Álvarez incide en señalar que por esta misma razón “no existe todavía una propuesta de una ‘Bioética de la liberación’” (Álvarez, 2012: 25). Dentro de este nuevo tipo de ética -según FC- se puede aludir a la búsqueda de la equidad sanitaria, entendida como “la ausencia de disparidades en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventajas/desventajas sociales subyacentes -esto es, riqueza, poder o prestigio-” (Braveman, Gruskin, 2003: 254).

Dentro de los grupos sociales desfavorecidos, destacan en Latinoamérica la población indígena, la cual es numerosa en Bolivia, Perú y Paraguay, seguida por la de Brasil, Chile y México, mientras que es menos numerosa en Argentina y Uruguay.

Bioética social latinoamericana

Distinto a la teoría principialista anglosajona, introducida y aplicada en Latinoamérica, con una perspectiva que supera la concepción individualista, con otra con interés social, se presenta en primer lugar la postura comunitarista en la que se considera que la teoría ética debe trascender la idea del individuo para lograr un vínculo esencial entre las personas y sus respectivas comunidades [o sociedad] (Sandel, 1982). Los comunitaristas resaltan el concepto de “comunidad” entendida como “un centro de cooperación en el que las interacciones de los individuos se caracterizan por la presencia de sentimientos y lazos afectivos” y las “relaciones sociales”, al considerar que “es imposible comprender a los individuos sin atender a los contextos comunitarios que apuntan a su interdependencia” (MacIntyre, 1984: 221). Esta postura comunitarista es defendida por Sandel, MacIntyre, Taylor, Callahan y Emanuel.

Entre la concepción individualista y el comunitarismo, se puede señalar el posicionamiento defendido por Sergio Cecchetto en sus diferentes publicaciones sobre la bioética, en el que atiende a todos los componentes participantes en dicho proceso: en *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. [frente a] Imperativos tecnológicos e improvisación moral* (1999) trata de los protagonistas (el paciente, la familia, el equipo médico y el embarazo y el parto), más las “consideraciones” (bioética y economía, bioética y eutanasia, toma de decisiones médicas e inicio y

suspensión de tratamientos), mientras que en *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal* (2001), alude a los escenarios (instituciones sanitarias, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y los Tribunales), los actores “y sus lógicas” (el paciente, la familia, el equipo sanitario y el Estado) y el asunto en cuestión de los consentimientos informados, en ambas publicaciones trata por separado los aspectos de la salud y de la ética y los confronta para analizar y criticar la realidad existente de cada uno y de ellos en su conjunto en la toma de decisiones desde la perspectiva bioética, lo hace de estas dos formas, pues como comienza cuestionándose “creemos que las ciencias de la salud saben *cómo hacer*, pero están faltas de pensamientos; mientras que la ética en cambio puede aportar ideas sobre *qué hacer*, además de señalar el sendero que ha de recorrerse para alcanzar recomendaciones consensuadas en circunstancias dilemáticas” (Cecchetto, 1999b: 150), de esta necesidad de la aplicación bioética en la toma de cuestionamientos médicos, pasa a analizar a todos los “protagonistas”, en estos casos bioéticos, unido a las “consideraciones” teóricas pertinentes para la mejor comprensión del tema tratado, como se recoge en *Dilemas bioéticos...* (1999b), pues como señala en particular Maliandi en el “Prólogo” de *Teoría y práctica...*, de Cecchetto, “el supuesto básico y punto de partida es la convicción de que todos los seres humanos, incluidos los recién nacidos (y aun aquellos con deficiencias), son depositarios de una *dignidad que debe ser universalmente reconocida y respetada*. Sin este reconocimiento y ese respeto se imposibilita toda disciplina práctica” (Maliandi, 2001: 9); pues para el entendimiento pleno y comprometido con la realidad social, atiende a todos los protagonistas y las circunstancias que inciden en el hecho analizado, tal como lo promueve y realiza Cecchetto, como se ha resaltado en *Dilemas bioéticos...* (1999) y en *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana* (1999a).

El tercer paso evolutivo, busca la caracterización de una bioética latinoamericana, a partir de entender que la problemática de los casos bioéticos demanda de la participación colegiada de los “protagonistas” de los mismos (segundo paso, propuesto por Cecchetto), así como la vinculación del individuo con su comunidad (sociedad, defendido por Sandel y MacIntyre, entre otros), da lugar a la defensa de los derechos de las personas expresada por Pfeiffer en el “Prólogo” de *La Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?* (2004a), al señalar

“¿Qué va a encontrar un lector interesado en este libro? Una propuesta, de pensar la bioética desde otro espacio ético, desde el lugar de los derechos de las personas a ser tales, desde el respeto a los individuos y las sociedades, a las culturas y las leyes. Pero también una crítica

descalificadora de los que usan a la bioética como elemento estratégico de dominación. El propósito en este sentido es desenmascarar a los poderes que proclamando los derechos humanos atentan contra ellos, que se amparan tras una proclama sofisticada d respeto a las culturas para discriminar, que pregonan la necesidad de controles y revisiones de prácticas e investigaciones para poder formar parte de los organismos controladores y legitimar la corrupción, la depredación, el uso de las personas" (Pfeiffer, 2004a: 8)

Tras criticar a los entes oficiales u oficialistas que utilizan la bioética en beneficio propio en contra de un bien común, seguidamente defiende la intencionalidad establecida por la Declaración de Helsinki, al señalar que "recurrir a la Declaración de Helsinki, resulta en este caso una defensa para los intereses de los más vulnerables y los más pobres" (Pfeiffer, 2004a: 9), y ultima con la propuesta de un posicionamiento propio de la bioética latinoamericana, como propone Tealdi con el título de "Una bioética latinoamericana ¿un nuevo orden moral?, pues como indica Pfeiffer:

"Tealdi, propone una nueva bioética apoyada sobre la vigencia de los derechos humanos como un nuevo orden moral. Este deberá ser construido desde América Latina evitando toda pretensión globalizadora. La forma de hacerlo es abandonar los moldes anglosajones que viene siguiendo la reflexión bioética y construir otros tomando en cuenta las problemáticas que surgen en un contexto de injusticia y corrupción como es el ámbito latinoamericano (...). Habrá que animarse a elaborar una nueva bioética resistiendo a los poderosos y al mismo tiempo construyendo idea, conceptos, perspectivas que tengan en cuenta la dignidad de las personas y las múltiples identidades culturales que nos constituyen" (Pfeiffer, 2004: 8-9).

En esta línea, se constata que son numerosos los estudios que relacionan la bioética con los derechos humanos, como lo hace por ejemplo Ricardo Páez Moreno en "Los derechos humanos y la bioética: Una perspectiva desde Latinoamérica" ([2005]), que como expone en sus conclusiones "Los derechos humanos en su comprensión tradicional, han sido un aporte invaluable para la humanidad. Sin embargo, las múltiples definiciones y clasificaciones de los derechos obedecen a una visión individualista y sobre todo lejana del contexto histórico y cultural de los países pobres, que ha quedado lejos de dar respuesta a los grandes desafíos planteados por la gran mayoría de la humanidad" ([2005]: 17). De igual forma, lo hace varios

autores al tratar sobre el "Sistema de derechos humanos" (Héctor Gros Espiell et al.) y "Derecho a la salud" (Horacio Cassinelli et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (2008: 242-258 y 226-240) y sobre algunos derechos en particular, como se trata en la "Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano" (Declaración de Manzanillo, en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001", en particular en el punto tercero pone énfasis en esta cuestión social para demandar de una políticas bioéticas más sociales, al señalar que "dadas las diferencias sociales y económicas en el desarrollo de los pueblos, nuestra región participa en un grado menor de los beneficios derivados del referido desarrollo científico y tecnológico, lo que hace necesario: a) una mayor solidaridad entre los pueblos (...)" (2001: 2).

El cuarto paso, se origina con la consideración inicial de "los determinantes sociales de la salud", por el que León Correa (2011) toma en consideración los extremos que expresa Emanuel (2000) al señalar que "es patente que las desigualdades en salud crean en ocasiones [en mayor número de ellas -FC-], pero también su contrario se ha puesto de manifiesto: cada vez está más fundado que las desigualdades sociales crean desigualdades en salud [como apunta Emanuel -2000: 101-106], por lo que es necesario -como concuerda OMS/OPS, entre otras instituciones- tenerlas muy presentes a la hora de establecer políticas de atención y de buscar propuestas y mejoramientos (OMS/OPS et al., 2005: 96-105). Por todo ello, León Correa (2011) entiende que la pobreza y la discapacidad se relacionan -en ocasiones directamente- con la enfermedad, y las tres con la "calidad de vida" (León Correa, 2011:22).

Aparte de este perspectiva general sobre la cuestión social de la salud pública en América Latina, también se ha producido propuestas particulares sobre la misma cuestión; por ejemplo, desde un posicionamiento religioso, como lo realiza Cardona Ramírez al exponer "El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo" (2010), donde presenta una breve desarrollo histórico de la bioética en América Latina en tomo a la problemática social y económica que pervive en el subcontinente, dándole al final una impronta franciscana, y en especial de san Francisco de Asís. Próxima a esta línea se podría aludir a un posicionamiento humanista, como lo propone María Do Céu Patrão Neves en "Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo" (2002: 107- 120) o María Isabel Gil Espinosa en "Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida" (2000), pero igualmente Schramm y Kottow, con un planteamiento moralista, en los "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas" "intenta caracterizar la especificidad de los problemas

morales en la salud pública y analizar la aplicabilidad del modelo principialista como padrón para dirimir sus conflictos" (2001: 949), pero lo que realmente están proponiendo es un posicionamiento político-social para establecer una "alternativa para una ética [político-social] en salud pública" para América Latina, para ello después de analizar la "inadecuación del modelo principialista" (950-951), proponen un principio de solidaridad, una ética de la responsabilidad y de protección y responsabilidad óntica y diacónica (950-954), de todos ellos destaca en especial el "principio de protección", por el que

"rescatando los contenidos morales, del principio de responsabilidad, la protección es una versión actualizada de lo anterior pues recupera el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también de se preocupa de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas. / (...) principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una protesta legítima de intervención, autorizada para exigir a la autonomía personal que se ajuste al bien común. / La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos (...) el principio de protección, que consideramos más apropiado para integrar responsabilidad moral y efectiva pragmática, respetando y a sea la pluralidad de necesidades y valores de las sociedades actuales como alguna forma justa y razonable de propiciar bienes sanitarios (Schramm, Kottow, 2001: 954-955).

En cambio, desde un posicionamiento político, Mora Sánchez considera que la ideología marxista es la que podría caracterizar el posicionamiento social de la bioética de Latinoamérica, en su "Perspectiva de la bioética en América" (2010), al señalar que "la Bioética en América va de lo clínico-médico-biológico al hombre como ser social, a los problemas del ser humano y de la vida en todas sus dimensiones; es decir, a una perspectiva social, global, como un movimiento o activismo político centrado en las grandes inequidades, la pobreza, la exclusión y la discriminación, como condición básica para la dignidad humana" (2010: 10), pero lo vincula con la "socialización y el desarrollo" de la bioética en Cuba; aunque, esta misma perspectiva la extrapola al resto de Latinoamérica Rivas-Muñoz et al., a través de la puesta en marcha de una "bioética de intervención". "centrada en la justicia y la salud pública, cuyos proponentes son Garrafa y Porto" con la pretensión como resalta en señalar "tenemos muchas posibilidades de construir una bioética

que apunte a la emancipación de los individuos y los pueblos, y hacia ella nos dirigimos porque no nos es suficiente una bioética que centre su teoría y su práctica en asuntos que finalmente están siendo reducidos a unas normas de buenas prácticas clínicas y de investigación con seres vivos, como si esos fueran nuestros más importantes problemas, aunque los tengamos y nos debamos ocupar también de ellos”, en favor de la emancipación, el “buen vivir” y la salud pública (2015: 143 y 150). El referente teórico de Rivas-Muñoz et al., es la “bioética de protección” trabajada por Volnei Garrafa y Dora Porto (2008, 161-164) y próximo a ella también se encuentra Miguel Kottow en “Bioética de protección” (2008, 165-166). En relación a esta última, se puede precisar que en Brasil, Argentina y Chile, entre otros países latinoamericanos, ha surgido una bioética de carácter proteccionista a favor de los vulnerados (Schramm, Kottow, 2001: 17), con una

“bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo, [y que] quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos, de modo que se prescriban los actos considerados correctos y se proscriban los incorrectos, dentro de la realidad latinoamericana (...), con niveles de desigualdad vergonzosos y con dolencias propias del subdesarrollo aliadas a patologías de países desarrollados” (Schramm, Rego, Braz, Palacios 2005: 17).

Estas grandes diferencias desigualdades económicas entre gran parte de la población en América Latina, se ven agravadas por la actitud comercial de las multinacionales farmacéuticas, pues como indica Peter C. Gotzsche, investigador y co-fundador de la Cochrane Collaboration “la industria farmacéutica trabaja por las ganancias, y no por los pacientes” (en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, cfr. “Peter Gotzsche: La industria farmacéutica le miente a los médicos”), como quedan reflejadas en las declaraciones dadas públicamente por parte del consejero delegado de Bayer, Marijn Dekkers “no creamos medicamentos para indios, sino para quienes pueden pagarlos” (como recoge la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en “Red de medicamentos”). En cambio, desde la consideración de la interculturalidad, lo trabajan varios autores en *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (2006), aludiendo a las realidades indígenas principalmente en Bolivia... y México.

El quinto paso, tiene que ver con la verdadera puesta en práctica de la bioética social, que se puede relacionar -según Fernández Camión- con la elaboración de una

ética “del cuidado y la solidaridad”, en esta línea de pensamiento León Correa considera clave en primer lugar dar intencionalidad social al estado de vulnerabilidad, pues como señala Bermejo “la vulnerabilidad tiene el poder de sacar lo mejor de nosotros mismos, activar los valores más sólidos, ayudamos a construir redes basadas en la relación y no en la independencia, basadas en la relación y no en la independencia, basadas en el interés por los demás y no sólo por uno mismo. En el modo como nos acercamos a la vulnerabilidad propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad” (Bermejo, 2002), para que seguidamente se conforme la “ética del cuidado” y se aplique con intencionalidad solidaria; más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, aproximándose a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, con énfasis en la solidaridad para lograr una mayor acción dentro de la justicia social (Ralston, 2010), coincidente con lo que indica Sen, de que “es preciso reconocer que la ética del cuidado pone de relieve elementos importantísimos para la vida moral. El cuidado se refiere, en definitiva, a la sensibilidad ante las necesidades y vulnerabilidades del otro concreto, en su singularidad, con quien estamos en relación” (Sen, 1997). La ética filosófica debe atender (desde la concepción de las éticas clásicas a las éticas de la responsabilidad, pasando por la del cuidado), “las repercusiones que comporta para la ética médica la extensión social de [las] personas en situación de especial vulnerabilidad” (Bonete, 2009). En esta misma línea, se muestra, García Alarcón al señalar que “quienes se dedican al estudio de la Bioética en Latinoamérica, tienen la obligación de preocuparse como hombres y como profesionales, por las condiciones miserables en las que tendrán que sobrevivir las futuras generaciones (...) aumentar la efectividad de las tareas del Estado y posibilitar el acortamiento de la brecha de la inequidad hacia la equidad (...)” (2012: 46 y 51). De igual forma se expresa, Salazar en “Una visión diferente de la bioética”, al indicar que “nuestros problemas giran no tanto en cómo se usa la tecnología médica, sino más bien en quiénes tienen acceso a ella. La Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (2000: 35), por esto mismo León Correa termina proclamando “Una bioética social para Latinoamérica”, que pueda “(...) aportar también al debate los estudios que profundizan en la ética del cuidado y de la solidaridad, además de los ya conocidos que apelan a la ética de la responsabilidad, más allá de una bioética basada exclusivamente en la aplicación de unos principios éticos fundamentales (...). Las nuevas propuestas para el desarrollo de la bioética como disciplina de debate ético social y político [están] ligada a las exigencias éticas de la justicia y el desarrollo social” (2005: 26 y 19).

A este punto de la solidaridad médica llega León Correa a partir de analizar la aplicación de la teoría principialista en relación a las actuales peculiaridades

inherentes en América Latina, en el apartado dedicado a los “Principios de bioética clínica, institucional y social”, al señalar que a estos principios le falta -acogiéndose a la idea expresa por De Velasco (2003)- un quinto: “el principio de solidaridad, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual” (De Velasco, *La bioética y el principio de solidaridad*, 2003), pues como señala León Correa

“una sociedad puede implementar un sistema que garantice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico (...). Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos -económicos y humanos- como el sector de salud pública chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficiente desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todas las instituciones públicas a todos los niveles, que para el Estado se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos” (“Principios para una bioética social”, 2009: 24).

De igual forma se expresa Micheli, al apuntar que “las problemáticas de la pobreza y la exclusión, que se han agravado en América Latina en las últimas décadas, presentan también serios desafíos para la realización del bien común” (Michelini, 2008: 71), para lograr la justicia y el bienestar social (FC), es necesario primero lograr la erradicación de la pobreza y fomentar un desarrollo económico y social que beneficie a los más desprotegidos, para lograrlo Daniels et al. (2000) proponen una reforma de los sistemas de salud tendente a la equidad social, mientras que Pérez de Nucci alude a concepto de “la justicia [que] es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres” (Pérez de Nucci, 2008: 115). Por todo esto, Rodríguez Yunta, proclama (como lo hiciera anteriormente Salazar -2000- y León Correa -2005-) que “(...) en Latinoamérica se ve como necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una de carácter más social, en que se afronte la promoción de la ética institucional con una mejor gerencia y condiciones laborales, la elaboración de políticas públicas de salud y de distribución de recursos en base al logro de equidad y la evolución hacia un sistema de salud más justo, de acuerdo con las exigencias y necesidades de la sociedad (...), [en la que se produzca el] bien común y equidad social; desarrollo sostenible y cuidado del medio ambiente; sociabilidad y solidaridad para la convivencia; aceptación y aprecio de la diversidad; ciudadanía, democracia y participación” (2009: 91-92).

Esta bioética social pretende además “la equidad en el acceso a bienes y servicios, la necesidad de armonizar tradiciones diversas en la superior síntesis del panamericanismo, la constante necesidad de reformar y transformar instituciones (...) temas convertidos en procesos sociales, ideas fuerza y esfuerzo legislativo” (Lolas, 2000: 13-18) o como considera León Correa a través de la aplicación de la bioética de la calidad de vida: “no puede ser sólo un modelo 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 distribuidos en quintiles. Lo que nos importa es la situación de vida que deben tener los seres humanos, lo cual se nos presenta como una exigencia moral a cada uno, pues los otros y su vida nos interpelan -en el sentido de Ricoeur y Levinas- y nos plantean exigencias desde la ética personal y, sobre todo, desde la ética social” (León Correa, 2011: 26).

De igual forma se expresa Otero Morales en “Atención clínica y contexto social” (2008: 74), así como también lo hace varios autores al tratar sobre la “Pobreza y necesidad” (Jutta Wester et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (2008: 515-527), el apartado dedicado a “Bioética, justicia y pobreza en Latinoamérica” en *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, de Francisco Javier León Correa (coordinador) (2012: 20-79) y Maglio et al., al resaltar la cuestión social de los servicios públicos, con los siguientes términos:

“La salud es un derecho que no podemos ignorar y el instrumento adecuado para que ese derecho sea respetado es un sistema hospitalario que sea pensado “para la comunidad” [...]. El hospital público debe realizar su tarea social con la comunidad y ha de pertenecerle claramente por lo que debe ser de la comunidad. Ese será el modo en que la comunidad defienda su propia salud como un derecho. Por lo tanto, la estructura hospitalaria debe ser “desmilitarizada” [democratizada directa], lo cual redundará en relaciones de pares, democráticas que permitirán vincular estrechamente los fines y los medios del equipo de salud con los de la comunidad para que saberes y poderes circulen libremente sin ningún tipo de sometimiento [y dirigismo y ocultismo]” (Maglio, Pfeiffer, 2004: 123).

Para la solución de toda esta problemática social de la salud pública, Callahan (1998) propone la implantación del “principio de solidaridad” en busca de una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable, pero según Schramm y Kottow este “(...) principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo allí donde se le utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocidamente finitos y escasos recursos [que además son desviados para el

enriquecimiento personal, a través de la corrupción política imperante] en cualquier sistema sanitario" (2001: 951).

En cambio, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aún no se aprecia ese interés por la defensa de una bioética social en Latinoamérica, baste para ello apreciar el contenido del *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, a pesar de ser su editor Fernando Lolas Stepke y participe James Drane (2004).

Resumiendo, existen seis tipos, que se han venido a denominar -según Fernández-Carrión- "pasos evolutivos" para el logro del establecimiento de una bioética latinoamericana, cuya desarrollo se inicia con la emancipación en parte y en fase progresiva de la teoría principialista anglosajona, durante la década de los ochenta hasta la primera década del siglo XXI, en proceso de conformación de una bioética propia, en torno a lo que Fernández-Carrión denomina "teoría social", que caracteriza la bioética desarrolla en América Latina, desde la primera década del siglo XXI hasta la actualidad. El primer paso, está protagonizado por los comunitaristas, que defiende Emanuel (2008), entre otros. Seguido, por un segundo paso protagonizado por el posicionamiento mantenido por Cecchetto (1999 ss.), al atender prácticamente a todos los componentes partícipes en el proceso de salud pública (paciente, la familia, el equipo médico, entre otros). El tercer paso, lo constituye la defensa de los "derechos de las personas" a propuesta de Pfeiffer (2004a), y en general la vinculación con los derechos humanos, por Paéz Moreno ([2005]), entre otros. El cuarto paso, se centra sobre los determinantes sociales de la salud, como hace León Correa (2011), desde su perspectiva generalista, pero también se ha propuesto desde posicionamientos particulares, como el religioso (católico) por parte de Cardona Ramírez (2010) o político (marxista) por Mora Sánchez (2010) o desde la interculturalidad o la diversidad cultural por Fernández Juárez (coordinador, 2006). Por último, el quinto paso, está relacionado con la propuesta de una práctica de una bioética social, a la manera como lo propone León Correa (2005 y 2008d), Bermejo (2002), Salazar (2000), entre otros.

Existe otro criterio sobre la conformación de la bioética latinoamericana, como lo hace Tealdi al considerar que se produce de la siguiente forma: "como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia angloamericana, moderado por corrientes europeas, pero creciendo en un territorio con una larga historia de injusticias y violaciones a los derechos fundamentales de las personas" (Tealdi, 2004: 43), estas dos razones favorecen el desarrollo de la bioética latinoamericana:

"En primer lugar la recepción [de la bioética en Latinoamérica] se produjo después de veinte años de desarrollo de la bioética en Estados Unidos y en

Europa, en una Región que salvo aisladas excepciones no mostraba antecedentes académicos, normativos o institucionales en el campo; y por tanto con una permeable voracidad de toda producción externa en la materia sin que mediaran análisis críticos relevantes. En segundo lugar, la cooperación internacional con América Latina en materia de bioética, en sus diversas fuentes de origen y con sus diversos enfoques, no mostró acabadamente hasta pramediados los años noventa un distanciamiento en algunos de esos proyectos y concepciones de la táctica o al menos no problematizada vinculación previa entre ética y derechos humanos, ni de la distinción entre racionalidad moral y racionalidad estratégica que de un modo u otro todos los bioeticistas admitían. Ese contexto de los noventa puede ser visto entonces, aún con sus prolegómenos de lo que vendría, como continuidad del orden moral internacional que desde Nuremberg y la Declaración Universal de los derechos humanos pasando por las declaraciones de Helsinki y Alma-Ata, se tuvo durante cincuenta años como consenso para el desarrollo científico y tecnológico en el campo de las ciencias de la vida y la salud. Consenso que en el orden moral presuponia -más allá de sus reiteradas negaciones fácticas- un equilibrio respeto de soberanía individual y comunitarias y de autodeterminación de las naciones [frente a la injerencia internacional norteamericana]" (Tealdi, 2004: 43-44).

En resumidas cuentas, la nueva bioética latinoamericana -según Pfeiffer- parte de la idea, de que

"la reflexión ética y por consiguiente la bioética no puede hacerse desde 'ningún tiempo y ningún lugar', sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente. Plantear la ética como una teoría [no una práctica] no hace más que acentuar la confusión que permite que ella esté ausente de la vida cotidiana (...).

La bioética comparte hoy con la ética y la política el desafío de imaginar ese espacio común, pero afronta además otra tarea que es la de repensar la institucionalización de las acciones a llevar a cabo para poner en acto la plena vigencia de los derechos; fundamentalmente el derecho a la salud como uno de los fines comunes reconocidos. La resultante será un entre, en que estemos todos involucrados, del que no podamos quedar fuera, en el que el derecho sea algo más y mejor que aquello que los sujetos reciben o pierden según el humor de las instituciones de gobierno. Un inter

reconocido, aceptado y deseado como única garantía de con-vivencia, que permita, sobre todo hoy, definir actitudes frente al denominado progreso biotecnológico, la mayor fuente de ambigüedades cuando de derecho se trata” (Pfeiffer, 2004b: 13-14).

O como indica igualmente Pfeiffer en el “Epílogo” de *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*

“Hay una amenaza a la salud cuyo origen no es la práctica biomédica espúrea, sino que nace de las condiciones que la hacen posible, como las ambientales, las sociales y las político-económicas. Sería una ingenuidad [y un descuido político de responsabilidad social -FC-] sostener, sobre todo luego de ver los supuestos desde los que se ejerce la ciencia actual y los intereses a los que responde, que los objetivos y las consecuencias de la tecnociencia deberían ser tratadas sólo por foros de expertos. Esas cuestiones deben ser solucionadas por los ciudadanos. La presencia participativa de la denominada sociedad civil es no sólo algo posible sino deseable (...). Nadie puede concebir el propio beneficio separado del beneficio social, porque sería negar en la misma formulación del principio la manera en que todo hombre desarrolla su existencia (...). Son las sociedades autónomas [no el Estado, ni las instituciones científicas o empresariales -FC-] las que deben decidir qué ciencia, para qué y cuánto ciencia” (Pfeiffer, 2004a: 251).

En resumidas cuentas, como se ha podido apreciar en este apartado 3 de “Bioética social latinoamericana”, se han presentado cinco posicionamientos diferenciados, heterogéneos, sobre la interpretación y aplicación dada sobre la bioética en América Latina, pero faltaría añadir un sexto paso, que consiste en una perspectiva unificadora de la bioética latinoamericana, caracterizada por los siguientes cinco puntos programáticos de la bioética social, propuestos por Fernández-Carrión (2015):

1. Politización [social] de la bioética (como propone Garrafa, Erig, 2009), para alejarla del escenario normal de la política, para aproximarla a la reivindicación de los derechos sociales (FC). Parte de ser una predisposición para indicar en la práctica que son los representantes sociales los principales protagonistas -actores- de la aplicación bioética, así como deben participar también en el debate y en los comités de ética como parte de la sociedad, el personal hospitalario, pacientes, abogados, sociólogos,

etc. (FC).

2. La actitud a seguir debe considerar que la reflexión ética, y por consiguiente la bioética, no puede hacerse desde 'ningún tiempo y ningún lugar' alejado de la realidad, o desde la distancia del momento presente, sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente tal como se produce, sin manipulación y distorsión (FC, como reivindica Pfeiffer, 2004a).

3. El marco de referencia teórica -como apunta Tealdi- debe ser los derechos humanos, en sus aspectos fundamentales de la defensa de la sociedad, entendida como "un nuevo orden moral", en el que sobresalga la dignidad de las personas y las múltiples identidades culturales latinoamericana (Pfeiffer, 2004a).

4. La principal intencionalidad será favorecer a la población vulnerable, marginada y desfavorecida socialmente, y de esta forma compensar su falta de recursos económicos para contar con servicios de salud gratuita, aunque sin dejar de atender al resto de población (FC).

5. Por último, se aplicará la teoría principialista, en sus principios -ideados por Beauchamp y Childress- 1979- de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía, y de justicia, unido al principio de protección (propuesto por Schramm, Kotow, 2001), así como el de "respeto a las personas" (propuesto por La Vertu, Linares -1990-), unido al de "solidaridad" (Callahan -1998-), y otro más que con el tiempo se pueda crear y considerar oportuno agrupar con los indicados.

Notas:

1. Gracia precisa que no debe denominarse "tiránico" sino "despótico", pues legalmente los establece como "súbditos de la corona" y de ningún caso esclavos.

2. Este desarrollo de la medicina indígena no se por igual en todos los casos con un "enfoque distinto", como indica Gracia, para ello baste atender al contenido de Chilam Balam de Ixil. Facsimiliar y estudio de un libro maya inédito (cfr. Fernández-Carrón, 2011: 167-171), se sabe que "frente al interés de los mayas en época colonial por conocer la medicina europea, la atención no es recíproca", los hechiceros y "médicos" mayas curaban con sangrías aplicadas donde el enfermo tenía dolor (Landa, 1982: 49), pero también hacían uso de plantas ("frias y calientes"), insectos, minerales y animales para combatir dichas enfermedades, intentando adivinar el origen o la causa de la dolencia. Esta concepción de equilibrio y la armonía en la medicina mesoamericana es semejante al de la medicina tradicional china (Lipp, 2002: 82).

3. Según López y Perry (2008) Latinoamérica y África Subsahariana "son las regiones con mayores inequidades en el mundo", pero habría de añadirse también a gran parte de Asia

a y Estados Unidos, este último país cuenta con uno de los mayores porcentajes de pobreza entre su población, del mundo.

4. Buchanan (1989: 852-888), considera a los planteamientos propuestos por Sandel y MacIntyre, por ejemplo, como un tipo de "comunitarismo radical", pero más bien es un paso entre el individualismo imperante en el capitalismo y el colectivismo de los sistemas socialistas (FC).

5. Redacta "Atomism" en esta línea comunitarista, tenida en consideración por la bioética latinoamericana, según Salles.

6. A través de su propuesta general presente en "Principlism and Communitarianism" (2003).

7. Autor de *The Ends of Human Life*, y que de acuerdo con Salles Emanuel realiza "la propuesta comunitarista más completa dentro de la bioética" (Luna, Salles, 2008: 98).

8. Como analiza Solange Donda en "Comunitarismo e individualismo" (2008: 20-21).

9. Considerado por José A. Mainetti como "uno de los primeros y principales filósofos argentinos que hacen bioética" (Mainetti, 1999: 13).

10. La Asociación Médica Mundial, en 1964, promulga la Declaración de Helsinki que fundamentalmente establece las pautas para la investigación clínica y no clínica en seres humanos, a través del consentimiento informado de los participantes en la investigación y el análisis éticos de los protocolos de investigación. En un primer lugar repudia las atrocidades cometidas "en nombre de la investigación" durante la segunda guerra mundial (fundamentalmente por parte de Alemania), pero tras la guerra mundial perdura los problemas éticos, principalmente cometidos por parte de los Estados Unidos, hasta la actualidad. Esta Declaración inicial fue revisada en seis oportunidades, la última en 2003, aunque la más cuestionada es del 2000, sobre la que trata Patricia Saldón sobre el artículo 29; al igual que lo hace sobre el artículo 30, Miguel Kottow y Susana Vidal; art. 19, Ignacio Maglio y María Luisa Pfeiffer; art. 5, María Teresa Rotondo y Carlos Marcelo Ocampo (todos ellos recogidos en Pfeiffer, 2004b: 63-103).

11. León entiende como pobreza, desde una "concepción ética" "no contar con determinados recursos económicos, pero también, y sobre todo, carecer de lo que se ha denominado la autoestima o el respeto propio, carencia que va en contra de los mínimos 'derechos de bienestar' destinados a proporcionar ayuda para salir de ella" (León Correa, 2011: 22), como apunta Sen las poblaciones pobres son desempoderadas, carecen de la capacidad para hacer uso de la libertad, con el fin de incorporarse a la sociedad y participar en su desarrollo" (cfr. Kottow, 2009: 74-75), pero el aspecto fundamental de la pobreza es la falta de recursos de dichas personas para afrontar los gastos de enfermedad y al mismo son desclasados a hora de la participación política y social, con lo que con esto último les dificultan para acceder -en casos excepcionales, con normalidad- a cualquier tipo de ayuda o protección sanitaria (FC).

12. Sobre este tema Laura Schwartzmann ha elaborado un extenso trabajo sobre la "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" (2003).

13. Sobre la dignidad del paciente también lo trabaja Jairo Mejía Porras en "Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales" (1999).

14. En esta línea León propone desde una perspectiva fundamentalmente

institucional el paso "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile", "donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas" (León Comea, 2008d: 1079)

15. Este aspecto en particular lo analiza James F. Drane en "El desafío de la equidad: una perspectiva" (2000: 75-90).

16. Aspectos sociales que se alude en La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros, de Susana M. Vidal (editora) (2012).

17. Sobre el derecho de la salud -como resalta Pulvirenti- "tal vez como muy pocos otros derechos humanos, posee una doble dimensión individual y colectiva. Es a la par mi derecho a obtener los tratamientos necesarios para encontrarme sano, y el de la comunidad de que su población goce de salud general. Asimismo y como cualquier otro derecho social, requiere una actitud activa y prestacional del Estado" (Pulvirenti, 2004: 151).

18. En este mismo sentido se expresa Maliandi, al referirse al convenio realizado entre la Secretaría de Derechos Humanos, BioÉ Sur y COMRA, en Argentina, en la que un grupo de trabajo interinstitucional pretende elaborar un código argentino de ética y derechos humanos en investigaciones biomédicas, declarando "creo que el código que se proyecta podría ser entendido a la vez como un paso hacia algo un poco mayor, es decir, algo así como un código regional, en relación con los criterios que se manejan en el Mercosur, en una época en que la integración sudamericana y gradualmente, latinoamericana en general, se ha convertido en una necesidad a cuyo logro todos deberíamos contribuir" (Maliandi, 2004: 162-163), poco tiempo después, en 2003, en Cancún, México, dentro del marco del VII Encuentro Nacional de Comités, se constituye la Red Unesco de Bioética para América Latina y el Caribe (Red Bio), cuyo fines y capacidades son analizadas por Volnei Garrafa y Kottow (Pfeiffere, 2004b: 169-185).

19. Con el apoyo de las recomendaciones de la Declaración de Helsinki, la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, la Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico, la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, y cuantas otras disposiciones se dispongan en el futuro, en esta línea de defensa social.

Bibliografía.

1. [1] ALVÁREZ-DÍAZ, Jorge Alberto (2012) "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?", *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 12, No. 1, 10-27.
2. [2] ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (1964) *Declaración de Helsinki*, <http://wma.net/es/30publications/10policies/b3/>.
3. [3] BEAUCHAMP, Tom L., CHILDRESS, James F. (1979) *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica)*, Oxford University Press
4. [4] BERMEJO, J.C. (edición) (2002) *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Santander, Sal Terrae.
5. [5] BOCHATEY, Alberto (1994) *Bioética y teología moral*, Buenos Aires, Ediciones Paulinas.
6. [6] BONETE, E. (2009) *Ética de la dependencia*, Madrid, Tecnos.
7. [7] BRAVEMAN, Paula, GRUSKIN, S. (2003) "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (4), apr., 254-258.
8. [8] BUCHANAN, Allen (1989) "Assessing the Communitarian Critique of Liberalism", *Ethics*, vol. 99, 852-888.
9. [9] CALLAHAN, Daniel (2003) "Principlism and Communitarianism", *Journal of Medical Ethics*, vol. 29, 269-274.
10. [10] (1998) *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*, New York, Simon & Schuster.
11. [11] CARDONA RAMÍREZ, Carlos Mario (2010) "El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo", *AGO USB*, vol. 10, No. 1, 243-268.
12. [12] CASSINELLI, Horacio, et al. (2008) "Derecho a la salud", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 242-257.
13. [13] CECCHETO, Sergio (2001) *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Mar del Plata, Argentina, Ediciones Suárez.
14. [14] - (1999 a) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc Villela Editor.
15. [15] - (1999 b) *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.
16. [16] DANIELS, N., et al. (2000) "Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries", *Bull World Health Organ*, 78 (6), 740-750.
17. [17] DE VELASCO, J. M. (2003) *La bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto.
18. [18] "Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano" (Declaración de Manzanillo, en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001)", <http://www.uchile.cl/...bioetica/.../declaracion-ibero-latinoamericana-sobre-derecho-bioetica...>
19. [19] DEGRAZIA, David (1992) "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principlism", *The Journal of Medicine and Philosophy*, No. 17.

20. [20] DEKKERS, Marijn ([2016]) "No creamos medicamentos para indios, sino para quienes pueden pagarlos", <http://medicamentosalermanes.org/debates/no-creamos-medicamentos-para-indios-sino-para-quienes-pueden-pagarlos-bayer/>.
21. [21] DRANE, James F. (2000) "El desafío de la equidad: una perspectiva", *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas Stepke (editor), Santiago de Chile, Lom Ediciones, 75-90.
22. [22] DUSSEL, Enrique (1996) *Filosofía de la liberación*, Bogotá, Editorial Nueva América.
23. [23] EMANUEL, Ezequiel (2000) "Inequidades, bioética y sistemas de salud", *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 101-106.
24. [24] FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2015 a) "Historia de la bioética en América Latina", *Revista Vectores de Investigación*, Vol. 11, No. 11, 57-95,
25. [25] - (2014) "Historia y fundamentos teóricos de la bioética", *Segundo Seminario Internacional de Bioética*, en el *Primer Congreso Internacional sobre la Salud: Salud, sociedad y bienestar*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, 24-25 marzo.
26. [26] - (2011) *Chilam Balam de Ixil. Facsímilar y estudio de un libro maya inédito*, edición de Laura Caso Barrea, México, Editorial Artes de México y del Mundo, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Conaculta (reseña bibliográfica).
27. [27] FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (coordinador) (2006) *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Ediciones Abya-Yala et al.
28. [28] FERRER, Jorge José et al. (2012) "Bioética, justicia y pobreza en Latinoamérica", *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, Francisco Javier León Correa (coordinador), Santiago de Chile, Felaibe, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 20-79.
29. [29] GARCÍA ALARCÓN, Rodrigo Hernán (2012) "La bioética en perspectiva latinoamericana, su relación con los derechos humanos y la formación de la conciencia social de futuros profesionales", *Revista Latinoamericana de Bioética*, Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada, vol. 12, No. 2, julio-diciembre, 44- 51.
30. [30] GARRAFA, Volnei, EIRG OSÓRIO DE AZAMBUJA, Leticia (2009) "Epistemología de la bioética: enfoque latino-americano", *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 4, No. 1, enero-junio, 73-92.
31. [31] GARRAFA, Volnei PORTO, D. (2008) "Bioética de intervención", *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, J. C. Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 161-164.
32. [32] GIL ESPINOSA, María Isabel (2000) *Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis grado de Especialista en Bioética, microfichas).
33. [33] GÖTZSCHE, Peter C. (2014) "La industria farmacéutica le miente a los médicos", <http://biolatina.wordpress.com/2014/09/08/peter-gotzsche-la-industria-farmacéutica-le-miente-a-los-medicos/>).

51. [50] MAGLIO, Ignacio, PFEIFFER, María Luisa (2004) "El artículo 19 de la Declaración de Helsinki y el informe Nuffield", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 73-79.
52. [51] MAINETTI, José Alberto (1999) "Prólogo", *Curar o cuidar. Bioética en el confin de la vida humana*, Sergio Cecchetto, Buenos Aires, Ad-Hoc Vilella Editor, 13-14.
53. [52] MALIANDI, Ricardo (2004) "[Convenio Secretaría de Derechos Humanos, BioSur y COMRA]", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 162-166.
54. [53] -(2001) "Prólogo", *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Sergio Cecchetto, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 7-10.
55. [54] MARTÍNEZ-ECHAZABAL, Lourdes (1998) "Mestizaje and the Discourse of National/Cultural Identity in Latin America, 1845-1959", *Latin American Perspectives* 25 (3), 21-42.
56. [55] MEJÍA PORRAS, Jairo (1999) *Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis para el grado de Especialista en Bioética, microfichas).
57. [56] MICHELINI, D. J. (2008) *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*, Buenos Aires, Bonum.
58. [57] MORA SÁNCHEZ, Alina del Pilar (2010) "Perspectiva de la bioética en América", *Humanidades Médicas*, vol. 10 No. 1, Cuba, enero-abril.
59. [58] MÁRQUEZ MENDOZA, Octavio, FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor, et al. (2015b) "Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases", *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya (edición y coordinación), Madrid, Fundación Tejerina, Universidad Europea, et al., 199-228.
60. [59] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS / OPS) (2005) *Construyendo la nueva agenda desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos*, Santiago de Chile, OMS / OPS, Ministerio de Salud Chile, Flacso Sede Chile.
61. [60] OTERO MORALES, Jorge (2008) "Atención clínica y contexto social", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 74.
62. [61] PAÉZ MORENO, Ricardo ([2005]) "Los derechos humanos y la bioética: Una perspectiva desde Latinoamérica", *Proteo: Diálogos de Ética y Bioética*, <http://www.bioetica.unam.mx/assets/ricardo-paez.pdf>.
63. [62] PALAZZINI, Laura (2004) "La fundamentación personalista en bioética", <http://www.bioeticaweb.com/content/view/full/40>".
64. [63] PARENTI, Michael (2001) *Democracy for the Few*, Seventh, 7 edc.
65. [64] PATRÃO NEVES, María Do Céu (2002) "Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo", *Revista Bioética selecciones*, Bogotá, Instituto de Bioética-Cenalbe, Pontificia Universidad Javeriana, abril, 107- 120.

66. [65] PERALTA CORNIELLE, Andrés (2009) "Perspectivas para una bioética latinoamericana", *Realidad. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, No. 119, enero-marzo (monografía sobre bioética), 13-17.
67. [66] PÉREZ DE NUCCI, A. (2008) *Antropoética del acto médico*, Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.
68. [67] PFEIFFER, María Luisa (2004a) "Prólogo" y "Epílogo", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 7-11, 237-255.
69. [68] - (2004b) "Progreso" y ciencia. Una reflexión ética", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 13-41.
70. [69] PULVIRENTI, Orlando Daniel (2004) "Derecho a la salud, medicamentos y su interrelación con el sistema prestacional", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 147-152.
71. [70] RALSTON, D. Christopher, HO, Justin. (edición) (2010) *Philosophical reflections on Disability*, Netherlands, Springer Verlag.
72. [71] RIVAS-MUÑOZ, Fábio, GARRAFA, Volnei, FERREIRA FEITOSA, Saulo, FLOR DE NASCIMENTO, Wanderson (2015), "Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad", *Saúde e sociedade*, Universidade de São Paulo, Vol. 24, supl. 1, 141-151.
73. [72] ROLAND SCHRAMM, Fermin, KOTTOW, Miguel (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Saúde Pública*, Rio Janeiro, 17 (4), julio-agosto, 949-956.
74. [73] RODRIGUEZ YUNTA, Eduardo (2009) "Temas para una bioética latinoamericana", *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 5 (1), 87-93.
75. [74] SALAZAR, Arturo (2000) "Bioética ¿ciencia o disciplina?", *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, vol. 5, No. 1 y 2, 65-77.
76. [75] SALAZAR, Jaime (2001) "Una visión diferente de la bioética", *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal*, 5 (2), diciembre, 53-56.
77. [76] SALLES, Arleen L. (2008) "Enfoques éticos alternativos", *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Florencia Luna, Arleen L. Salles (editoras), Argentina, Fondo de Cultura Económica, 79-133.
78. [77] SANDEL, Michael (1982) *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge, Cambridge University Press.
79. [78] SCHOTSMANS, Paul (2005) "Integration of bioethical principles and requirements into European Union statutes, regulations and policies", *Acta Bioethica*, XI, No. 1.
80. [79] - (1999) "Personalism and policies", *Ethical Perspectives*, 6, No. 1.
81. [80] SCHRAMM, F. R., KOTTOW, Miguel (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saúde Pública*, 17.
82. [81] SCHRAMM, F. R., REGO, S., BRAZ, M., PALACIOS, M. (orgs.) (2005) *Bioética, riscos e proteção*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
83. [82] SCHWARTZMANN, LAURA (2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales", *Ciencia y enfermería*, vol. 9, No. 2, Concepción, Chile, diciembre.

Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Marcela Meyta López, Sergio Ruiz Peña, Rosalinda Guadarrama Guadarrama.

84. [83] SEN, Amartya. (1997) *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós.
85. [84] SGRECCIA, Elio (1999) *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, Milán, Vita e Pensiero.
86. [85] SOLANGE DONDA, Cristina (2008) "Comunitarismo e individualismo", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 20-21.
87. [86] TAYLOR, Charles (1979) "Atomism", *Powers, Possessions and Freedom*, Alkis Kontos, Toronto, University of Toronto Press, 39-61.
88. [87] TEALDI, Juan Carlos (2004) "La bioética latinoamericana ¿ante un nuevo orden moral?", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 43-58.
89. [88] VIDAL, Susana (editora) (2012) *La educación en bioética en América Latina: experiencias realizadas y desafíos futuros*, Montevideo, Unesco.
90. [89] WESTER, Jutta et al (2008) "Pobreza y necesidad", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan C

