



## **Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina<sup>1</sup>**

**Susana Vidal<sup>2</sup>**

Coordinadora Académica del Programa de Educación Permanente en Bioética Redbioética UNESCO.

[svidal@unesco.org.uy](mailto:svidal@unesco.org.uy)

### **Sobre el significado de Bioética**

El término “Bioética” comienza a usarse de manera frecuente en los años 70. Compromete sin duda una amplia gama de cuestiones y significados que podrían conceptualizarse en una triple acepción del término que habitualmente es terreno de superposición. Así, se puede entender a la bioética como una nueva palabra, una suerte de neologismo; una disciplina académica reflejo de una nueva área del conocimiento y, finalmente, un nuevo discurso.

En la primera de estas interpretaciones, la bioética como nueva palabra fue introducida al campo de las ciencias de la salud desde dos fuentes, por un lado Albert Jonsen se lo atribuye a Daniel Callahan, (Jonsen, 1998) y, por otro, Van Rensseler Potter quien en 1971 publicó su renombrado libro “Bioethics: bridge to the future”, (Bioética. Un puente hacia el futuro). En él Potter planteaba la necesidad de establecer un lazo de unión entre las ciencias y las humanidades que permitiera a la humanidad vislumbrar un futuro posible para todos en el planeta: “...si hay dos culturas que parecen incapaces de hablar una a la otra , (ciencias y humanidades), y si esto es parte de la razón por la que el futuro se muestra tan incierto, entonces posiblemente deberíamos tender un puente hacia el futuro construyendo la disciplina bioética como un puente entre las dos culturas”<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Este artículo se publicó originalmente como Vidal, Susana (2010) “Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina” en *Revista Redbioética*, UNESCO, Año 1 Nro 1, pp: 81-123.

<sup>2</sup> Las opiniones aquí expresadas son absoluta responsabilidad de la autora y no reflejan necesariamente las de la organización en la que se desempeña ni deben comprometer a la misma de ningún modo. La autora declara no tener conflicto de interés

<sup>3</sup> La traducción es de José A. Mainetti, (Mainetti, 1991).

La propuesta global de Potter fue bien acogida por diversas áreas del conocimiento y campos de la sociedad, al mismo tiempo que el término fue ganando una creciente aceptación y se fue instalando como parte de un lenguaje común.

Tanta popularidad y aceptación no se vio reflejada inicialmente en una clara delimitación de su campo, ni logró un sentido unívoco del significado del término, lo que hoy tal vez sea una buena razón para seguir reflexionando sobre él y su definición.

Así, distintas disciplinas acogieron el término para incorporar en él su propia conceptualización o entendimiento del mismo, (Gracia, G., 1998).

Tal vez la más destacada de ellas ha sido la medicina en su intento por adecuar la ética médica tradicional a los complejos desafíos que le impusieron las tecnologías emergentes. De igual modo el Derecho encontró en la bioética un campo adecuado para plantear los conflictos jurídicos que atravesaron el campo de la salud, demarcándolo tanto que mereció una nueva denominación, el Bioderecho. Por su parte, los grupos medioambientalistas encontraron en la bioética precisamente el campo que ya ofrecía Potter en su propuesta inicial, un sitio desde donde lanzar los reclamos por las consecuencias que el impacto tecnológico estaba produciendo en la vida planetaria, el desastre medioambiental, y la falta de un desarrollo sustentable que permita resguardar la supervivencia de la humanidad.

Por su parte la filosofía ha encontrado un nuevo objeto de estudio, en particular para la ética, que tan castigada se encontró luego de los avatares a los que la expuso el positivismo científico. Precisamente si una respuesta ha habido al llamado de Potter es el de la ética, en su giro aplicado, que abrió un campo de reflexión sobre si habrá un futuro posible para la humanidad y cuáles son las responsabilidades que tenemos ante nosotros, las generaciones por venir y la propia naturaleza, poniendo en nuestro camino la pregunta de base: ¿qué debemos hacer?

El resultado de estos desarrollos particulares, ha sido una cierta falta de unidad en la definición del concepto bioética, pero ello ha permitido del mismo modo aportar a la construcción de una ínter transdisciplina, tanto más rica cuanto más vasta.

Vemos así que la bioética comprende un terreno muy amplio que va desde los aspectos complejos de la relación cuasi privada entre médico y paciente, alcanzando la problemática y los planteamientos ecológicos planetarios, desde distintas visiones.

La segunda acepción de la Bioética es como nueva disciplina académica. En este sentido la bioética tiene la pretensión de constituirse en una nueva área de conocimiento que ha ido definiendo su campo de estudio, su objeto y su método. Como tal, diversos autores han aportado a la construcción de su estructura disciplinar, siendo probablemente los más difundidos Tom Beauchamp y James Childress (Beauchamp y Childress, 1998, 1993), aunque muchos otros autores norteamericanos, especialmente en los comienzos, han aportado desde distintas campos de fundamentación a la construcción del paradigma disciplinario de la bioética.

Y como veremos más adelante, en los últimos años se ha realizado una relectura de la bioética desde la región latinoamericana ofreciéndose nuevos marcos teóricos a la fundamentación de la disciplina por parte de numerosos autores que están aportando a su construcción desde distintas perspectivas y dando visiones regionales de la disciplina <sup>4</sup>.

Finalmente la bioética se ha presentado como un nuevo discurso, reflejo de la conflictiva situación por la que atravesaba la sociedad civil en los años 60 y 70 en su relación con el estado y con la ciencia. Tanto la lucha de las minorías por el reconocimiento de sus derechos, la reacción de la sociedad ante el conocimiento de investigaciones no éticas, como el reclamo de los pacientes por la participación en las decisiones que involucran su cuerpo y su salud construyeron el cimiento de este discurso.

Por ello también se ha denominado a esta raíz de la bioética “un programa de reforma social” (Cecchetto, S., 1996) honrando el origen más genuino de la disciplina, la reacción que se produjo por parte de la sociedad civil a partir de los años 60 y 70 frente al desarrollo tecnocientífico y sus aplicaciones en el campo de la vida y la atención de la salud. La sociedad tomaba conciencia de sus derechos y lo planteaba activamente, fundamentalmente el derecho a un trato igualitario en el marco de las diferencias, que tuviera consideración por la dignidad de cada persona y habilite su participación en distintas instancias de decisión, no solo individual sino también social.

En este sentido los países del tercer mundo están protagonizando este fenómeno precisamente a partir del recrudescimiento de la economía de mercado y el neoliberalismo en el mundo y su impacto en el mercado de la salud, en especial la industria farmacéutica y biotecnológica. Buen ejemplo ha sido la India, en donde la sociedad civil marchó en defensa de la protección de una legislación que permita a ese país producir medicamentos genéricos para el tratamiento de diversas enfermedades y proveer a muchos otros países del tercer mundo con esta producción, a costa de no permitir que un laboratorio

---

4 Pueden verse algunos de ellos en *Estatuto Epistemológico de la Bioética* por UNESCO, (Garrafa, Kottow, Saada, 2005)

patentara sus productos en ese país. Novartis inició una demanda contra el gobierno indio lo que podría significar un gravísimo golpe contra la producción de medicamentos accesibles a los países pobres <sup>5</sup>.

Así y todo el término bioética puede problematizarse más. La palabra bioética proviene de dos raíces griegas, bios y ethos. Pero ambos términos refieren a una cierta particularidad. El bios de la Bioética en su planteamiento original, (el propuesto por Potter), es un bios tecnocientífico, atravesado por el desarrollo de la ciencia. Una vida humana que se encuentra en crisis entre las inmensas posibilidades que el desarrollo ofrece a la humanidad como progreso evidente y el temor de que éste no se vea reflejado en una mejora en las condiciones y la calidad de vida de los seres humanos en el planeta, (Mainetti, J. A., 1991). Lo que Mainetti ha llamado la crisis del bios de la bioética interroga sobre si es posible seguir adelante con el desarrollo tecnológico o si este terminará con la vida humana en el planeta.

También el ethos de la bioética esconde una crisis, relacionada al menos con tres aspectos: uno interno al terreno de la ética, vinculado al impacto que produjo en el campo de las humanidades y de la ética, en particular el discurso del positivismo científico bajo su modelo de racionalidad valorativamente neutral. Este modelo que otorga estatuto científico solo a las ciencias objetivas y descalifica a todo aquel conocimiento que no esté fundado en su propio modelo de razonamiento científico, (aún hoy se escuchan algunos exponentes de estas escuelas descalificar al psicoanálisis por su imposibilidad de dar cuenta del método científico).

El llamado giro aplicado de la ética es precisamente una de las respuestas a esta crisis, pero aún más, al interior de la disciplina, los intentos por desarrollar su propia fundamentación se han encontrado con las barreras infranqueables de, por un lado, una enorme diversidad de teorías éticas, “cuyos matices o acentuaciones son reflejo de las diversas “racionalidades”, (económica, política, sociológica, etc.), desde las que se accede a los problemas éticos y desde las que se pretende su resolución... y, por otro lado, por los difundidos esquemas dicotómicos... expresión de las fracturas legadas por la modernidad con sus consecuentes dificultades para integrar teorías que se presentan rivales y mutuamente excluyentes” (Brussino, S., 1997).

Pero si el terreno de la fundamentación no fuera suficiente, existe una crisis que se suma a las anteriores en el campo social respecto a la caída de los códigos únicos como referentes válidos para fundar la moralidad de la sociedad. Hay un reconocimiento de que en las sociedades modernas

---

5 MSF, (Médicos sin Frontera). Noticias: 250.000 personas exigen a Novartis que retire la demanda que ha interpuesto en los tribunales indios 29 | 01 | 2007, disponible en <http://www.msf.es/>

democráticas existe un ethos secular y una moral liberalizada y pluralista. Distintas formas de entender el hecho moral en el seno de una sociedad en la que conviven individuos y grupos de individuos con distintas creencias y valores. Sin duda, ello se constituye en la gran apelación a la tolerancia y a la deliberación como formas de convivencia pacífica, aunque para muchos, que mantienen cierta nostalgia de los modelos dogmáticos y autoritarios, pueda entenderse como una crisis de la moralidad.

Finalmente, podría mencionarse una tercera crisis del ethos y probablemente sea la que impacta con más fuerza en las estructuras político sociales que remeda no ya una “crisis de los valores” como frecuentemente se ha dado en llamar, sino una pérdida de la legitimidad de obra conforme a valores, “poniendo en realidad en crisis el significado mismo de la validez, en un mundo que yace bajo el reinado de la racionalidad estratégica”. (De Zan, J., 1993)

La bio-ética responde en su conceptualización original a una doble crisis de la humanidad frente al desarrollo científico técnico y a su propia convivencia en el marco de la diversidad, dentro de un modelo incapaz de visualizar y mucho menos de afrontar el profundo desafío de la injusticia global.

Vemos así la clara superposición de las tres acepciones del término bioética que se encuentran en una sola síntesis relacionada fundamentalmente a la tercera de ellas. La noción de nuevo discurso y programa de reforma social será probablemente la más adecuada para cobijar la vastedad del término. En particular para América Latina este último enfoque cristaliza una suma de movimientos sociales, de situaciones de marginalidad y condiciones de injusticia e inequidad que imponen un necesario desafío a la interpretación y a la aplicación del término bioética.

Es la propia realidad de América Latina la que confronta con la visión más restrictiva que propuso el modelo original, el cual a poco de andar se mostró incapaz de dar respuesta a los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud en la región de mayor inequidad del planeta. Estos conflictos se relacionan fundamentalmente con las condiciones de vida en cada contexto sociocultural y no con las intervenciones tecnológicas, aunque esta separación no siempre sea demasiado clara, como es el caso de la investigación biomédica en poblaciones marginales<sup>6</sup>.

Esta perspectiva se desarrollará más extensamente cuando se avance en los antecedentes de la disciplina en los países del Tercer Mundo.

---

<sup>6</sup> Esta distinción ya ha sido propuesta detalladamente por Giovanni Berlinguer (Berlinguer, G., 1991) y por Volnei Garrafa (Garrafa, V.; Porto, D., 2003) en dos perspectivas que llaman una *bioética cotidiana* o de *situaciones persistentes* y una *bioética de situaciones límites* o de *frontera* o *situaciones emergentes*.

## **Algunos determinantes de la bioética**

Se han descrito distintas causas como determinantes del surgimiento de la bioética que pueden ser resumidas en tres grupos de condicionantes: el creciente y desmesurado avance científico tecnológico de los últimos 50 años, el surgimiento de los derechos de los enfermos y el cambio en los modelos de asistencia sanitaria y el debate sobre el derecho a la salud.

Sin embargo es necesario pensar en el siglo XX en su totalidad, para comprender el por qué de la mayoría de ellas, sin lo cual se caería en un reduccionismo histórico y social que solo puede tender a ofrecer una visión fragmentaria de la realidad.

La velocidad del siglo XX no solo se ha visto reflejada en el desarrollo de la ciencia y la técnica sino también en el sinnúmero de fenómenos políticos y económicos que han cambiado las condiciones de vida de las sociedades y las relaciones políticas y económicas de los pueblos.

Phillip Ariès en su Historia de la Vida Privada ha hecho un resumen de ello:

“¿Qué han visto quienes han nacido a comienzo de siglo...? La masacre del 14-18, la revolución rusa, Hitler y Auschwitz, Stalin y el Gulag, Hiroshima, Mao Tse Tung y la revolución cultural, Pol Pot y el genocidio camboyano, la deriva de América Latina con sus caudillos sangrantes y sus “desapariciones”, África asolada por el hambre, la revolución islámica y el restablecimiento de la charia”. Y sigue: “pero Hitler, Stalin, Mao, y Pol Pot no hubieran conseguido nada si el mimetismo no hubiera generado innumerables sosías en miniatura. Estos, sincera, cínicamente, o más simplemente para sobrevivir a la escala que se les había asignado, han podido dar rienda suelta a sus pulsiones sádicas” (Ariès, P., 1989).

Resulta difícil introducirse a los antecedentes de la bioética si no se tiene en cuenta el marco de los sistemas políticos y económicos en el que tuvieron lugar, la historia no puede ser un recorte de la realidad porque el desarrollo tecnológico, como los derechos de los enfermos y las cuestiones referidas a la justicia sanitaria se han producido dentro de estos regímenes o han sido determinados precisamente por ellos.

Igual es la situación de América Latina a la que Ariès solo dedica un párrafo y que constituye nuestra historia más dolorosa, a lo que aquí dedicaremos un apartado más adelante.

Debido a que el desarrollo de estos tres grupos de factores está vinculado fundamentalmente a los países del primer mundo y especialmente al mundo anglosajón, a donde debemos el surgimiento de la bioética, será necesario realizar algunas advertencias sobre otros determinantes que influenciaron el nacimiento de la Bioética de la región.

En el primer grupo de causas, se describe cómo el creciente avance científico tecnológico de los últimos cincuenta años, generó situaciones novedosas en el terreno moral tanto para los individuos como para el conjunto de la sociedad y el planeta entero, (cambios medio ambientales, tecnología de guerras, comunicaciones, tecnología espacial, biotecnologías como la genómica, etc.). La revolución tecnológica se vio reflejada tanto en la crisis ecológica como en innumerables aspectos de la vida cotidiana de los seres humanos, entre las que se encuentra la atención de su salud.

A través de la tecnología se pudo intervenir y modificar la propia naturaleza humana, (particularmente con los avances en el campo de la genética y la biología molecular). Se crearon nuevas formas y pautas para el morir y para el nacer, se pudo tanto prolongar como interrumpir la vida, así como sostenerla artificialmente de manera casi ilimitada, trasplantar órganos de donantes vivos y de muertos encefálicos (ahora aceptados como muertos), entre muchas posibilidades que la biotecnociencia ha proporcionado a la medicina. Los pacientes se encontraron frente a una premisa que regía la conducta médica y dio en llamarse “imperativo tecnológico”. Todo lo técnicamente disponible debía ser aplicado otorgando al progreso científico técnico una valoración positiva en sí mismo que condujo a numerosos excesos, si es una innovación tecnocientífica es “buena” y si es buena debe ser aplicada. Todo ello determinó innumerables situaciones de difícil respuesta, al menos desde los clásicos códigos de ética médica y deontología con los que se contaba. El juicio médico se tornó insuficiente para la resolución de problemas que involucran los valores más íntimos de los seres humanos y las sociedades, y estos últimos no estaban dispuestos a renunciar a ellos.

Un segundo grupo de factores determinantes han estado en relación al debate actual sobre el derecho a la salud y la forma de distribución de los recursos en salud. Hasta finales de la década de los sesenta rigió en toda Europa y hasta algunos años después, en América Latina, el modelo del Estado de Bienestar. Bajo la creencia de que el crecimiento económico sería creciente, el estado podía y debía proteger a todos los individuos en su salud y su situación social. El derecho a la salud, desde esta perspectiva se planteó como un derecho humano fundamental, cuya protección recaía entre las responsabilidades del Estado como principal resguardo de los bienes más caros de la sociedad. El sistema económico que se extendió en tiempos de la posguerra cristalizaba una nueva forma del capitalismo de la mano de las ideas

Keynesianas. El modelo aunque pretendía dar seguridad a los individuos ante las contingencias de la vida, (vejez, enfermedad, desempleo, etc.), estaba dirigido fundamentalmente a quienes fueran recuperables para el sistema de consumo, descuidando así la prevención y la rehabilitación de los grupos improductivos, dejando así al descubierto su orientación utilitarista.

Los años setenta fueron testigos de la crisis del estado de bienestar de la mano de la gran crisis económica mundial. Esta última tuvo una repercusión directa en el campo de la salud que recibía la introducción de nuevas tecnologías que transformaron el mercado de la salud, ingresando al escenario nuevos actores, como las empresas proveedoras de tecnología médica que en poco tiempo, junto a los sistemas de seguro privado, comenzaron a regir las pautas de la atención de la salud.

En este marco, se pone en evidencia que los gastos sanitarios llegarían a crecer a un ritmo mayor que el presupuesto disponible para salud y aún que la riqueza general de las naciones siendo necesario establecer algún tipo de criterio de distribución. Los recursos en salud son limitados y serán insuficientes para satisfacer la demanda creciente si no se establecen los debidos criterios de producción, de uso racional y de distribución de los mismos. Lamentablemente el criterio que primó fue el de asignación y distribución pero muy poco se trabajó, incluso hasta hoy, en la racionalización de la generación de nuevas tecnologías costosas que no siempre muestran aportar alguna novedad a lo ya existente o ser necesariamente eficientes.

Para lograr una distribución equitativa de los recursos, con acceso de todos a los servicios básicos, deberán existir criterios que permitan distribuir con justicia estos recursos, que se mostraban escasos por definición. Ello se verá reflejado tanto en la microasignación como en la macro asignación y en las políticas sanitarias globales. Pero fundamentalmente lo que se puso en debate es el alcance y la interpretación ética y legal del derecho a la salud.

Aún hoy y a pesar de las recomendaciones establecidas en los documentos internacionales<sup>7</sup>, se sigue cuestionando la justificación y los alcances legales del derecho a la salud y el derecho al acceso a una asistencia sanitaria, y quién debe ser el que financie estas prestaciones, si el estado a través de un sistema social solidario o cada uno en función de sus posibilidades y el sistema al que pueda adherir, pagando por él según sus ingresos, si los tiene.

---

7 Véase la Observación general N° 14 (2000) sobre El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966, entrada en vigor: 3 de enero de 1976, de conformidad con el artículo 27.

Finalmente, el tercer factor, de sustancial importancia refiere a la repercusión que los movimientos en defensa de los Derechos Humanos surgentes en la posguerra, luego del descubrimiento de los crímenes del nazismo, tuvieron en el campo de las decisiones médico sanitarias y la investigación biomédica a partir de su expresión jurídico legal en códigos y declaraciones internacionales, particularmente el Código de Nüremberg y cartas de derechos que rápidamente lograron amplia difusión, como The Patient Bill of Rights en EEUU (Annas, G. J., 1998) en sus distintas versiones.

Todos estos cambios convivieron con la explosión de reclamos sociales por parte de grupos marginados y discriminados, particularmente en EE.UU., en defensa de sus derechos. Población negra, niños, mujeres, homosexuales, minorías étnicas y religiosas, etc., reclamaban por un trato igualitario ante la ley fundada en un reconocimiento de sus diferencias. Entre ellos se generó un movimiento en defensa de los derechos de los pacientes que vio la luz en 1970 a través del primer Código de Derechos de los Pacientes<sup>8</sup>. Estas cartas y códigos tuvieron como principal reclamo el derecho a participar de las decisiones que comprometen su cuerpo y su salud cristalizando lo que se dio en llamar el “movimiento autonomista”. Aunque esta primera carta no incluía el derecho universal y gratuito de todos los individuos a recibir atención integral a su salud, poniéndose de manifiesto los primeros signos del modelo sanitario que se avecinaba.

La irrupción de un nuevo actor en el marco de las decisiones médico sanitarias, el paciente, determinó un profundo cambio en los modelos de toma de decisión en salud, que desde Hipócrates y hasta entonces había sido de carácter netamente paternalista. Pero como sostiene Diego Gracia, lo que se ganó en madurez también se ganó en conflictividad, (Gracia D., 1989).

Y si se tiene en cuenta que este nuevo actor, el paciente, ingresa a un escenario en el que el estado está retirándose de sus obligaciones, cediendo lugar a las empresas prestadoras y proveedoras de servicios y tecnologías que pasan incluso por encima del poder de las corporaciones médicas; puede visualizarse que reducir los cambios en la relación entre médicos y pacientes al llamado movimiento autonomista deja de lado la contextualización político económica de ese momento histórico y por tanto reduce nuestra comprensión de la complejidad del problema.

---

8 Los derechos de los pacientes surgieron a través del llamado Movimiento de Derechos de los Pacientes surgido en 1969 y vio la luz en el año 70 con el que se considera el primer Código de Derecho de los Pacientes a través de 26 peticiones concretas. En 1973 la Asociación Americana de Hospitales aprobó su Carta de Derechos de los Pacientes, (Patient's Bill of Rights) y recién fue recomendación del Estado Federal en el 74. Para ampliar sobre el tema véase Gracia, D., 1989, pp 173-182 y respecto a su evolución jurídica posterior véase Annas, J., 1998.

Pero aún dentro del surgimiento del movimiento autonomista, se deben considerar al menos otros dos factores de notable importancia. Uno de ellos fue el descubrimiento en EE.UU. de investigaciones en seres humanos, que violaban seriamente los ya existentes Códigos de Derechos Humanos, y en particular el mencionado Código de Nüremberg, como fue el Tuskegee Syphilis Study (1972), el Willowbrook State Hospital Study o el Jewish Chronic Disease Cancer Experiment, entre otros, (Beecher, H., 1976) y las investigaciones con radiaciones en seres humanos (ACHRE, 1995<sup>9</sup>) conocidas posteriormente y, al mismo tiempo la toma de estado público de casos dilemáticos donde se hizo necesaria la participación de la Justicia en su resolución, (Karen Ann Quinlan, Baby Doe, Baby Jean Doe, Nancy Cruzan etc.) sentando así los primeros precedentes legales que dieron origen a la jurisprudencia hasta entonces inexistentes en muchos países y, en el terreno sanitario a la conformación de los primeros Comités Hospitalarios de Bioética.

### **Las advertencias sobre las causas de la Bioética en la Región**

Hasta aquí se han desarrollado tres grupos de factores que habitualmente se citan como determinantes del surgimiento de la disciplina, aunque como se verá refieren en particular a su aparición en los países centrales.

En América Latina se requiere hacer una actualización de los mencionados determinantes y una referencia especial a otros propios que por causas económico políticas han dado origen a la construcción de una disciplina con perfiles claramente distintivos.

a.- En primer lugar el desarrollo científico tecnológico de los países periféricos se encuentra muy por detrás del de los países centrales, (una situación pre-técnica, al decir de Mainetti), la mayor parte de los países de América Latina consumen tecnologías que no producen y por tanto, el problema inicial es su distribución no equitativa, su falta de accesibilidad y solo en segundo lugar los criterios y conflictos que emanen de su aplicación. Es distinto el análisis de los problemas éticos que surgen de aplicar una tecnología sólo a aquellos que pueden acceder a ella, que está teñido por el problema de la inequidad. Sin nombrar otros capítulos de la bioética, como la eutanasia, el aborto, la limitación de tratamientos, los trasplantes, etc., donde la falta de accesibilidad o la inequidad en la asistencia sanitaria, cubre con el manto de la

---

9 El Informe Final del Comité Asesor sobre Investigaciones Humanas con Radiaciones (Advisory Committee on Human Radiation Experiments) de 1995, fue el resultado de la investigación de los experimentos con radiaciones llevados a cabo durante la Guerra Fría en seres humanos, (generalmente en población vulnerable) y sin el CI de los participantes, desarrollados por la Comisión de Energía Atómica de EEUU, así como otras instituciones médicas como el Departamento de Salud, Educación y Bienestar, el Servicio de Salud Pública y el Instituto Nacional de Salud, entre otros, involucrando a más de 40 hospitales universitarios.

injusticia el análisis de cada uno de ellos. No tener en cuenta esta consideración puede llevar a cometer graves errores en nombre de la bioética.

b.- En segundo lugar el movimiento de derechos de los pacientes ha tenido en los países de la Región, (o mejor sería decir, está teniendo) características diferentes a las de los países centrales. Los derechos de los pacientes han sido el reflejo de la irrupción de los derechos ciudadanos al campo de la medicina. En los países del Cono Sur, el ejercicio de los derechos individuales tiene una historia muy corta; los sistemas democráticos son jóvenes, no tanto por el tiempo transcurrido desde los procesos de liberación de las colonias, sino porque a partir de su instauración, las democracias estuvieron permanentemente interrumpidas por gobiernos de facto que no solo impidieron el ejercicio de la libertad, sino que violaron los más esenciales derechos humanos.

Así planteado, recién se está transitando un período de estabilización de las democracias en los países de América Latina y por tanto, “el desarrollo continuo del proceso de consolidación y afianzamiento de los derechos en las comunidades y la conciencia de pertenencia que este ejercicio genera” (Vidal, S., 1999).

Es probable entonces, que recién a partir de la década de los 90, se pueda hablar de este movimiento de derechos de los pacientes en los países de la región.

Finalmente, el problema de la distribución de los recursos en salud es un punto clave de este planteamiento. América Latina presenció la caída del Estado de Bienestar sin contar con modelos para los servicios de salud que resguardaran la equidad en la asistencia sanitaria de sus poblaciones.

Existen en los países de la región grandes capas de población sin acceso a la asistencia sanitaria y, en ocasiones, a las más elementales condiciones de vida para preservar la salud.

Incluso los que sí tienen acceso, ingresan a sistemas con una gran fragmentación e ineficiencia en su administración y gestión, lo que también favorece las dificultades para establecer criterios de distribución basados en la equidad.

Toma un significado diferente la frase de Ronald Dworkin al definir “morir con dignidad” cuando dice “es permitir que los sujetos mueran de la misma forma que han deseado vivir” (Dworkin, R., 1998), sobre todo en aquellas comunidades que solo han podido atravesar sus vidas intentando satisfacer necesidades básicas, (y en ocasiones sus deseos nunca han podido franquear

la línea de acceder a un alimento). La muerte allí puede ser una salvación para la propia indignidad de la vida.

El problema de la justicia es central en los países periféricos, y por tanto atraviesa necesariamente a todos los conflictos éticos de la vida y la salud humana.

Finalmente, debería hacerse una última advertencia sobre los antecedentes hasta aquí referidos respecto a los llamados modelos de toma de decisión en Bioética.

Se ha planteado que el objetivo principal de la Bioética es trabajar en los procesos de toma de decisión en el campo de la vida y la atención de la salud, permitiendo que posean mayor calidad, (Gracia, D., 1998). Y aunque esta perspectiva puede ser entendida de diversas formas, el que primó ha sido un modelo más bien procedimentalista y pragmático, el principialismo, que tuvo un enorme desarrollo como herencia de la bioética anglosajona y se presentó como una suerte de modelo global a pesar que dejaba de lado los conflictos relacionados a la injusticia, la inequidad y la pobreza (como ha sido visto).

El modelo de principios ha recibido duras críticas, que no serán detalladas aquí y América Latina ha dado varias respuestas desde una recreación con distintas perspectivas de la bioética que deben ser tenidas en cuenta toda vez que se analiza el desarrollo disciplinar que ella ha tenido en la región, como la bioética de intervención, (Garrafa, V., Porto, D., 2003), la bioética de protección (Schramm, F., 2008, y Schramm, F.; Kottow, M., 2001, y Kottow, M., 2001), la bioética de los derechos humanos, (Tealdi, J., 2008), la bioética hermenéutica, (Junges, J., 2005), son algunas de estas expresiones.

Valga decir que si se parte de considerar que las decisiones en el campo de la salud deben estar regidas por principios que resguarden el pluralismo, la no discriminación, el respeto a los derechos individuales de las personas, la justicia y la equidad, se debe tomar en cuenta, en primer lugar, cuales son los derechos que en cada sociedad están siendo vulnerados, para a partir de ello redefinir un modelo de toma de decisión que los tenga en cuenta. Y es por eso que el modelo principialista, tan difundido se presenta al menos como insuficiente para el análisis contextual de ciertas realidades sociales complejas como las latinoamericanas.

Las advertencias realizadas hasta aquí resultan indispensables para poder comprender la orientación que se le ha de dar no solo a la disciplina sino también a las estructuras creadas para promover la Bioética y a los programas académicos que se crean para formar profesionales.

Lamentablemente, hasta ahora, se han desarrollado muchas estructuras en nuestros países sin definir antes estas cuestiones acerca de qué se busca con ellas.

Lo claro es que se está ante la necesidad de una ampliación del campo objeto de la bioética, capaz de incluir no solo los problemas relacionados a las intervenciones biotecnológicas individuales y globales sino también a las condiciones que determinan los fenómenos de salud y enfermedad en cada comunidad y región, que abarque una determinada consideración sobre la vida y la salud y, finalmente, que ofrezca métodos para indagar críticamente la realidad y procedimientos de toma de decisión consistentes con un marco de fundamentación adecuado.

A continuación se tratará de hacer una aproximación a la definición de este nuevo discurso.

### **Sobre la definición del campo de estudio de la bioética: “Lo *social*” de la Bioética**

Hasta aquí hemos tratado de conceptualizar genéricamente la bioética, explorando y problematizando los que han sido descritos como sus determinantes principales.

Se intentará en lo que sigue, establecer la definición del objeto campo de estudio de la bioética analizando los conceptos de vida humana y salud humana a los que su definición alude y proponiendo una redefinición del concepto de salud desde la salud integral, los modos de vida, las capacidades y el desarrollo humano.

De este modo se intenta aportar a la construcción de una bioética social, capaz de incluir en su análisis tanto a la clínica como mirada singular del ser humano, como a la epidemiología, llamada habitualmente perspectiva social y la dimensión planetaria también llamada global integrando el conjunto de saberes que se ocupan de este campo.

Si se hace un análisis de los antecedentes desarrollados hasta aquí, se puede visualizar cómo la raíz histórica más genuina de la bioética puede encontrarse en los juicios de Nüremberg y la Declaración Universal de los DDHH a fines de los años 40, que fueron a su vez reflejo del pacto pacificador y el consenso moral de la posguerra (Annas, G., 1998; Tealdi, J.C., 2000). Como ha sido dicho “la letra del código de Nüremberg era la respuesta moral más coherente a las inmoralidades que el nazismo le había traído a la medicina” (Tealdi, J.C., 2005).

Es por ello que Hottois, (Hottois, G., 2007) remonta el surgimiento de la Bioética a lo que él llama su “prehistoria cercana” y encuentra esa raíz precisamente en el Código de Nüremberg y la Declaración Universal de los DDHH, expresiones de aquel pacto necesario luego del horror de la guerra.

Es en estos hechos donde se produce una clara manifestación de la ruptura de dos paradigmas que rigieron la ciencia y la sociedad por cientos de años. Por un lado el modelo de neutralidad moral de la ciencia y, por otro, el paternalismo en medicina. El nuevo enfoque sostuvo que es la propia sociedad civil a través de sus representantes quien debe establecer las normas que regulen la participación de seres humanos en investigación científica, (y ya no normas internas al campo de la ciencia y los científicos) y la que ha de evaluar las consecuencias que de ellas devengan, (a través de las instituciones del estado) y es la sociedad la que asume en cada uno de sus miembros, el derecho a tomar sus decisiones para participar en la investigación y para decidir qué hacer frente a la solicitud o la recomendación de un médico.

Sin embargo y a pesar de estos antecedentes, como fue dicho, el paradigma disciplinario de la bioética nació y bebió de la tradición cultural angloamericana donde vio la luz y donde se fortaleció a partir de importantes aportes de distintas instituciones que hasta hoy contribuyen de manera fundamental a la construcción de un verdadero discurso que, se instaló y logró legitimidad rápidamente en el mundo entero.

Este discurso se estructuró sobre dos pilares fundamentales y contó al mismo tiempo con una herramienta de difusión. El pilar fundamental para su consolidación fue el paradigma principialista, con su método de resolución de conflictos, propuesto originalmente en el Informe Belmont y desarrollado teóricamente un año después por Tom Beauchamp y James Childress, en 1979. El segundo pilar fue la definición del campo de estudio de la bioética, como los conflictos éticos que emergen de la aplicación de biotecnología en la vida y la salud humana.

La herramienta de difusión fue la enorme producción bibliográfica que se lanzó al mundo desde los años 80, legitimada desde un comienzo por la importancia académica de los centros desde donde vio la luz y el debate que ponía de manifiesto <sup>10</sup>. Así se fue configurando un discurso hegemónico dentro de la Bioética que hoy ha recibido el nombre de “nuevo fundamentalismo moral” y acusado de “imperialismo ético” (Garrafa, V., 2001; Tealdi, J.C., 2005)

¿Qué dijo este discurso?

---

<sup>10</sup> Es a este debate pluralista que Jonsen llama bioética como nuevo discurso, (Jonsen, A., 1998).

Que el mundo de hoy estaba regido por la explosión biotecnológica y que los problemas éticos del hombre estaban en relación con la investigación y la aplicación de estas nuevas tecnologías.

Que era necesario un marco ético para que este desarrollo sea posible desde una perspectiva que contemple las necesidades de la humanidad.

Que eso se podía hacer desde una ética basada en principios (y se propusieron 4 principios rectores)

Que ese modelo era aplicable de manera global.

Más allá de la enorme acogida que tuvo este planteo, pasados algunos años se han puesto de manifiesto las dificultades de incorporar gran cantidad de problemas éticos que se presentan en los países de la región dentro de este modelo reduccionista nacido en, y diseñado por los países centrales.

Parece necesario redefinir el campo de estudio de la bioética a la luz de los conflictos éticos de la vida y la salud enmarcados en un exhaustivo análisis de la realidad política, económica, social y cultural de la región. Y más aún indagar en la historia y en las propias narrativas para encontrar allí las causas de la bioética en la región, como fue mencionado.

Un enfoque que permita visualizar la problemática ética del campo de la salud desde una perspectiva que apunte a la construcción de un nuevo discurso contrahegemónico de la bioética, cuyos presupuestos serían los siguientes:

Que el mundo de hoy está regido por condiciones de desigualdad global, y por una distribución mundial y local de la riqueza injusta, no equitativa, y excluyente de grandes grupos sociales y que los problemas éticos que golpean la conciencia moral de la humanidad son principalmente la pobreza, la guerra y la violencia, el hambre y la exclusión de los bienes básicos de un importante porcentaje de la humanidad.

Que el desarrollo biotecnológico, (sus innovaciones y aplicaciones), plantea problemas éticos que son una parte de los que el mundo presenta descarnadamente y que el núcleo de estos problemas éticos está dado por su distribución injusta y su falta de accesibilidad.

Que existe un discurso legitimador de la hegemonía de la ciencia y los intereses financieros que se encuentran detrás de ella y que sin duda existe una bioética que puede ser funcional a esos fines.

Que para una ética global ya contamos con una base universal e innegociable desde la cual se deben analizar los conflictos éticos del campo de

la salud, que son los DDHH y que cualquier principio ético que se proponga debería estar necesariamente fundado en el respeto a este marco ético universal.

Y que las comunidades pueden contar con principios que, fundados en los DDHH, puedan dar cuenta de su propia tradición histórica y cultural y sus realidades contextuales.

La más importante tarea en Bioética ante realidades regidas por tanta desigualdad como la de América Latina sería la de investigar las bases históricas de los problemas éticos del campo de la salud y sus determinantes sociales, culturales y económicas actuales.

Precisamente los intentos por separar la salud humana de los determinantes que la afectan provocan una visión reduccionista y descontextualizada de la misma, que termina por ser funcional a los intereses de los poderes dominantes del desarrollo biotecnológico, desconociendo en la mayoría de los casos que “la pobreza por ejemplo, es parte de una trama social que desafía en sí misma a una ética de la vida” (Fabri dos Anjos, M., 2000).

Gran parte de estos problemas éticos tiene que ver con la pobreza, la exclusión, la marginalidad, la falta de acceso a la salud, la explotación en investigación con seres humanos, por mencionar solo algunos de ellos.

La tarea de la bioética será la de aportar a la construcción de un nuevo discurso crítico y comprometido que no solo analice y explore la realidad, sino que ofrezca formas de intervención en ella proponiendo los caminos correctos para su transformación.

Precisamente los métodos que se empleen para visualizar los problemas éticos deberán ofrecer vías para su corrección.

¿Cómo incluir temas como la desnutrición infantil, con el enfoque tradicional de una bioética de principios? ¿Cómo debe ser aplicado el principio de autonomía y su regla práctica, el consentimiento informado, en el caso de mujeres semi analfabetas, desnutridas, víctimas de violencia familiar, sostén de hogares pobres con numerosos hijos? ¿Cuál es el margen real de libertad de decisión que tienen estas personas aún cuando sus médicos les den información sobre las opciones? Y ¿cuáles son sus opciones en sistemas de salud fragmentados, ineficientes y generalmente poco accesibles?

Muchas de estas preguntas nos llevan a un terreno de perplejidad y nos proponen un campo de investigación para nuestras realidades, pero fundamentalmente ponen de manifiesto una situación tal de injusticia que se antepone al análisis de este tipo de reglas.

Para ello parece necesaria una nueva episteme como ha planteado Breilh con su respectiva teoría, método y construcción de objeto de estudio, capaz de dar a luz un nuevo discurso, en este caso para la bioética.

Un nuevo paradigma para la bioética significa poder cambiar la “mirada”, el enfoque como se planteará enseguida, a partir del análisis de los “modos de vida” y el “desarrollo humano”, de las propias prácticas y las formas históricas de producción y reproducción social, que en gran medida constituyen los determinantes de los fenómenos en salud enfermedad.

Propondremos entonces una ampliación del campo/objeto de estudio de la bioética.

La manera en la que definamos el campo de estudio de la bioética desafiará la consistencia de su método y la teoría en la cual se funda, ya que la relación entre estas dimensiones es necesariamente dialéctica.

Pero aunque hace falta un método práctico para la toma de decisiones, ello no debería obviar la necesidad de fundar ese método en una teoría capaz de interpretar la realidad de manera integral.

Un método que reduce la realidad a los problemas que viven los seres humanos dentro de los hospitales frente a intervenciones tecnológicas y restringe ese análisis a cuatro principios construidos desde el modelo liberal anglo americano termina por convertir a la bioética en un mero procedimentalismo incapaz de interrogarse a sí mismo.

Y la pregunta acerca de una bioética social interroga a toda la bioética, ya que no es posible proponer métodos de resolución de problemas sin abordar sus fundamentos y la delimitación de su campo de aplicación, pero eso excedería el objetivo que nos proponemos en esta introducción.

Siempre en la historia del pensamiento humano se encuentran epistemes o paradigmas en lucha o contrapuestos que son reflejo, en realidad, de confrontaciones históricas de la sociedad y, en este caso las distintas líneas de la bioética son un buen reflejo de ello. Con razón ha dicho De Almeida Filho (De Almeida Filho, N., 2000) que “es tiempo de cambiar paradigmas porque los que tenemos no están dando cuenta de la realidad...”.

Hemos planteado entonces, que la bioética no ha logrado una definición unánime. La bioética como producto de la sociedad postindustrial se vio atravesada por el creciente desarrollo biotecnológico y al mismo tiempo por el estallido de los derechos de tercera generación, (la perplejidad frente a la paz en el mundo, el desarrollo, el medio ambiente, el patrimonio común de la humanidad y los derechos de las generaciones futuras, etc.) plantea la

necesidad de una macrobioética de la responsabilidad frente a la vida planetaria amenazada, al crecimiento poblacional, la debacle ecológica, la genómica, el desarrollo de la energía nuclear, mientras deja abierta la de una microbioética de las situaciones singulares de cada hombre ante su vida y su salud.

Una definición de bioética debe ser capaz de incluir los problemas de la vida y la salud humana no solo desde estas dos dimensiones, (desarrollo tecnológico y derechos de tercera generación) sino incluir en ella el plexo completo de los derechos humanos (los de primera y segunda generación) y los determinantes histórico-sociales de los fenómenos de salud enfermedad.

Como síntesis de lo expresado podría proponerse la siguiente definición:

“La bioética es una reflexión crítica sobre los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud humana”.

Para completar el sentido de la misma será necesario definir los términos vida humana y salud humana. No nos detendremos aquí en la nunca acabada discusión sobre el comienzo y el final de la vida humana y sus alcances, sino en lo que se entiende por una vida plenamente humana, así como sobre la noción de salud humana que da soporte a la definición de Bioética.

Es decir, ¿sobre qué concepto de vida y salud se debe formular la definición de bioética?

La salud será entendida aquí ya no como la mera “ausencia de enfermedad” sino como el superador concepto de salud como “bienestar”, de salud integral. Desde esta perspectiva, la salud se asume como cuestión pública, no ya como asunto privado reservado a la tarea individual de cada sujeto.

Problema público que supone acciones políticas referentes a las responsabilidades que asume el estado sobre la protección de los DDHH y que deben ser reflejo de la forma en la que el estado transforma las necesidades humanas en bienes jurídicamente protegidos, mientras asume el deber de su efectivo resguardo.

Del mismo modo es problema público la forma en la que los ciudadanos asumen responsabilidades sobre el cuidado de su salud, en el marco de sus “modos de vida”. Y finalmente, también forman parte de lo público, las cuestiones relacionadas al mercado, a las empresas y la industria, a la economía y la política y, finalmente, a los medios de producción y reproducción social.

¿Qué concepto de salud humana se va a asumir en una definición de bioética?

Si lo que llevamos a cabo es una reflexión ética, es decir una reflexión de segundo orden sobre la moralidad de los seres humanos y de las acciones que ellos llevan adelante, solo podremos entender el término salud humana como aquel estado en el cual los seres humanos puedan efectivamente desarrollar su propia moralidad, es decir ser sujetos morales y puedan construir su propio proyecto de vida.

Este posicionamiento debe permitirnos también poder trazar la línea por debajo de la cual no están dadas las condiciones para lograr un desarrollo plenamente humano del cual la moralidad es uno de sus elementos constitutivos.

Bajo esta idea la salud no se puede entender en el sentido reduccionista tradicional de mera ausencia de enfermedad, sino como el concepto de salud como bienestar biopsicosocial, es decir a lo que ahora llamaremos salud integral. Ya no se definirá un concepto sino un campo y un objeto de estudio.

Así entenderemos por salud integral: “la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permita a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo”<sup>11</sup>.

La salud como derecho humano, relacionada de manera indivisible con el pleno ejercicio de otros derechos que resguardan las necesidades humanas como el derecho a la educación, al empleo, a la vivienda, a un medio ambiente adecuado, etc., derechos que solo pueden ser ejercidos en un sistema que asegure su plena vigencia (Vidal, S., 2005).

La salud integral, entonces, será entendida como el desarrollo de capacidades humanas esenciales<sup>12</sup> que comienzan por tener una vida larga y saludable, tener conocimientos, y disfrutar de un nivel decente de vida, para lo cual es necesario tener acceso a medios materiales básicos como agua potable, alimentación, medicamentos y servicios de salud, aunque ellos no son suficientes, como veremos enseguida, (PNUD, 1998)<sup>13</sup>.

Para comprender mejor este enfoque será necesario incorporar algunas nuevas categorías como “modos de vida”, “necesidades humanas”, “capacidades humanas” y “desarrollo humano”.

---

11 1ª Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. Río de Janeiro, 1994.

12 No se hace referencia aquí a la falta de desarrollo de ciertas capacidades humanas como consecuencia de determinantes biológicos, genéticos, etc.

13 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (PNUD)

Este enfoque aproxima claramente a una redelimitación del campo/objeto de la bioética y pone de manifiesto que con otras perspectivas se corre el riesgo de quedarse en un mero procedimentalismo, es decir, en el proceso de análisis sin entender qué es lo que se debe analizar.

Para ampliar esta definición tomaremos los modos de vida como la categoría básica de análisis sobre la que se debe observar la realidad y donde deben identificarse y construirse los problemas éticos de la vida y la salud humana en bioética.

Es en los modos de vida donde pueden identificarse los determinantes sociales de la salud, que suelen ser olvidados o dejados de lado en muchas reflexiones bioéticas a pesar de que hoy ya son una referencia que no se puede ni debe omitir <sup>14</sup>.

¿Y qué es el modo de vida? El modo de vida es el conjunto de prácticas (praxis) que una sociedad realiza, con sus elementos, sus movimientos productivos y reproductivos, sus relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus representaciones, así como sus relaciones ecológicas. Modo de vida es la realidad histórica total que pertenece a un grupo social determinado en cuanto es vivida en la praxis de ese grupo, en todo cuanto identifica a sus miembros, (Breilh, J., 2003).

En una sociedad determinada puede haber distintos modos de vida, pero en general hay uno que busca imponerse al resto en permanente confrontación, que está relacionado con las luchas político- sociales en cada momento histórico determinado. Dentro del modo de vida se pueden identificar al menos tres dimensiones que se encuentran relacionadas dialécticamente, la misma división ha sido propuesta con otras denominaciones (Fabri Dos Anjos, M. 2000)

a.- Una dimensión general donde se encuentra la perspectiva macro con la lógica social de producción y reproducción. Lo que podríamos definir como una nación, que se rige por leyes y normas que pueden ser compartidas o no y por un modelo normativo más o menos hegemónico. Aquí el modo de vida está en relación con los paradigmas que rigen la sociedad en cada época y cultura. Ellos construyen un discurso hegemónico que legitima o descalifica determinadas prácticas, otorga validez a unas prescripciones sobre otras, legitima ciertos bienes e impone o degrada valores y conductas, del mismo modo que define las condiciones de posibilidad de lo que se puede pensar y decir, así como de lo que se puede conocer y la forma de hacerlo en un momento histórico determinado.

---

14 Véase WHO Regional Office for Europe. The Solid Facts. Social Determinants of Health, 2nd edition- Wilkinson, Richard and Marmot, Michael, (Ed), Denmark, 2003.

Buen ejemplo de ello es la forma en la que el capitalismo tardío postindustrial desde mediados de los 80 logró un progresivo y sostenido retroceso de los derechos políticos, sociales y económicos, no solamente en su vigencia en el ámbito jurídico normativo del estado sino, prácticamente, en lo que los ciudadanos están legitimados para reclamar.

b.- Una dimensión particular de grupos sociales que se ven atravesados por procesos históricos comunes, y formas de producción y reproducción que determinan, su modo de vida, su propio conjunto de creencias, sus conductas, es decir, sus prácticas que se ven reflejados en estilos de vida (las conductas), bajo determinadas condiciones de vida.

c.- Finalmente, la dimensión singular, de cada individuo y su proceso genofenotípico, su propia individualidad, que se ve atravesada necesariamente por las dos dimensiones anteriores no solo en sus prácticas, sino en su cuerpo, en su organismo, en sus conductas, sus hábitos y en el conjunto de creencias al que adhiere.

La bioética heredada del modelo tradicional, el principialismo se ha ocupado particularmente de esta última dimensión, pero solo en lo que refiere a los aspectos éticos de la intervención tecnológica en los cuerpos, en los organismos. Y aún más reduccionista cuando se ocupa de los cuerpos pero de un solo modo de vida, aquel que tiene acceso a esa tecnología, desvinculando de manera permanente los fenómenos que afectan a los individuos y las comunidades de sus determinantes sociales y del conjunto completo del orden social.

Dimensión General	Dimensión particular	Dimensión singular
Dimensión macro	Los procesos históricos las formas de producción y reproducción social se expresan en:	Dimensión micro
Lógica social	<b><u>MODOS DE VIDA</u></b>	Proceso geno-fenotípico
Principios de reproducción social	- <i>estilos de vida</i> - <i>condiciones de vida</i>  Conjunto de creencias  Distintos modos de vida y conductas propias del grupo.	Cuerpos / organismos conductas y creencias

**Cuadro 1: Tomado de Breilh, J., 2003, modificado.**

Es en el modo de vida en donde se dan o no las condiciones para un desarrollo humano pleno.

Así puede verse en más detalle la manera en la que se conforma un modo de vida y sus elementos para un desarrollo humano pleno en condiciones de equidad.



Cuadro 2: Tomado de CLACyD, 2002

La primera condición está dada por un medio ambiente favorable, como primer determinante, bajo él, el "modo de vida", encabeza todo el análisis y está conformado por la relación entre educación para todos, buenas condiciones sociales, adecuadas condiciones materiales y accesibilidad a los servicios, entre ellos a los de salud.

Este modo de vida así definido determina la posibilidad de una reproducción en libertad y responsabilidad, de un embarazo seguro y de un parto y nacimiento respetuoso.

El análisis, por tanto, no podría empezar en el control del embarazo de riesgo o en la desnutrición, porque estos son los emergentes de profundas deficiencias en los modos de vida de las comunidades en las cuales “un enfermo” es el que llega al servicio de salud, mientras existe una realidad compleja que se oculta tras de él.

Por su parte, una reproducción en libertad y responsabilidad se vincula con temas de enorme conflictividad ética y social, como la planificación familiar, el acceso a métodos seguros de anticoncepción, la educación sexual, el aborto clandestino, la discriminación de la mujer, etc.

El embarazo seguro no está solo relacionado a la asistencia, que es fundamental, sino también a la nutrición, a la edad materna, al desarrollo de esa madre, a su seguridad e integridad física, psíquica y social. El analfabetismo, la violencia, la exclusión y la falta de cuidado, son factores centrales en el abordaje de una embarazada adolescente, por ejemplo.

El nacimiento de un niño requiere de una estimulación integral, de una acción clara de cuidado y de una alimentación y nutrición adecuada y es la familia la que puede brindar o no los vínculos afectivos necesarios y las interacciones sociales que puedan sostenerlos. El desarrollo de un niño se relaciona con el cuidado, la atención, el afecto, el cariño, la estimulación, cuestiones sin las cuales, aún con alimentación adecuada, no habrá desarrollo infantil (CLACyD, 2002), afectando su integridad actual y futura.

La identidad de un individuo se va creando desde el momento en que “una pareja puede pensar en un proyecto de vida que integre un nuevo ser”, (Vidal, S., 2004) y no solo en el momento de su documentación. Se es alguien, porque podemos ser reconocidos así por los demás, por la comunidad a la que pertenecemos y desde ya, por las instituciones que nos gobiernan.

El maltrato, la inseguridad, la falta de afecto y contención, son otras formas de privación que impedirán el buen desarrollo de un ser humano. La mirada asistencialista fragmenta el problema y entiende que el “caso” comienza con la llegada del enfermo al servicio de salud y termina con la restitución de su “estado de salud” y la devolución a su medio familiar y social, sin considerar estos aspectos.

Finalmente, el desarrollo integral de la persona culmina con la expresión de la diversidad de cada individuo, su unicidad genó – fenotípica y las condiciones que hacen esto posible.

Es en el marco del modo de vida en que se ponen de manifiesto las necesidades humanas, cuya satisfacción determinará el desarrollo de

capacidades humanas que permiten a los individuos llevar a cabo lo que quieren ser y hacer con sus vidas, (PNUD, 1999)

En particular cuando se plantea la acción a seguir, el “qué hacer” y las formas de intervención en la realidad para transformarla, deberá tenerse muy en cuenta lo que se entiende por necesidades humanas para el desarrollo integral de los individuos.

El concepto de necesidad humana no es unívoco y su indefinición responde a la diversidad de interpretación del término (Vidal, S., 2008). Se han propuesto distintas definiciones que se relacionan con el marco conceptual e ideológico que les da fundamento y del que resultan acciones y políticas públicas tendientes a consolidar los modelos desde los que se plantean. Esto ha sido patente particularmente a partir de los años noventa cuando el término fue recuperado por el discurso del neoliberalismo.

Una definición de necesidad debe aludir a una fuerza natural y constitutiva del ser humano que tiende a ser realizada, siendo requerida para completar su desarrollo pleno y cuya satisfacción por necesaria y atinente a su propia condición se constituye en derecho humano básico (Krmptotic, 1999). Se trata de una condición indispensable a la existencia de un ser humano y de la sociedad humana, que determina con su no satisfacción la desintegración o la destrucción del ser vivo o de la sociedad (Krmptotic, 1999).

La definición, de este modo, contempla dos dimensiones del término, por un lado como carencia y por el otro como potencia que conduce a su satisfacción (Max Neef, 1999). Ha sido muy bien expresado al decir que “las necesidades se revelan como un problema concreto que desde la cotidianidad interpela al ser humano y su organización social asignando responsabilidades ante lo que hoy día se considera un derecho, es decir, “algo que tengo en mi haber”.

Las necesidades no se satisfacen a través de bienes o recursos sino haciendo posible el desarrollo de ciertas capacidades, (en el sentido que le ha dado Sen) que faculten al individuo para disponer de estos bienes. Ello debe estar asegurado a través de mecanismos normativos, (legales) existentes en la sociedad, estableciendo una relación entre los individuos y los bienes que permita no solo el acceso a ellos sino también el control sobre ellos. Se trata de la posibilidad concreta de alcanzar unos fines que hacen al bienestar humano y para los cuales los bienes y la posibilidad de disponer de ellos, se constituyen en la vía eficaz para su realización. La fuerza motriz que conduce a la consecución de esos fines es la necesidad, siendo así algo inherente a los todos los seres humanos pero que solo puede ser identificada en el marco de un determinado modo de vida.

Por tanto satisfacer necesidades humanas no es una cuestión de brindar bienes, generalmente materiales a los individuos, sino brindarle lo que necesitan para desarrollar la capacidad que le permita obtener esos bienes por sus propios medios.

De este modo la manera en la que el concepto de necesidad sea definido podrá cambiar sustantivamente la acción que se propone para resolver un problema determinado y fundamentalmente la definición del problema.

Y en esto hay una polarización entre quienes entienden las necesidades humanas como valor relativo que dependen de opciones individuales y de las posibilidades que cada persona y su familia tienen para adquirirlo en el mercado (corriente liberal) y que relaciona necesidad con capacidad de consumo y, las necesidades como un proceso determinante de la vida cuya realización (como capacidad) se constituye en un derecho humano inalienable, al que debe accederse bajo una distribución equitativa y segura por parte de todos los miembros de una sociedad que debe construirse solidariamente (corriente solidaria). Es sobre este último concepto que se puede construir la noción de desarrollo humano y de salud integral en la Bioética.

Así, la necesidad como todo proceso humano se genera desde el orden individual o micro y se reproduce en el orden social o macro, estando en un todo determinada por condicionantes histórico sociales. Por ello no pueden ser definidas de manera teórica o abstracta por fuera de los modos de vida, es decir de las prácticas sociales, en el seno de los procesos concretos de producción y reproducción social donde podrán ser identificadas.

Un grupo de necesidades han sido llamadas básicas y expresan bienes que han devenido históricamente en valores éticos. Entre estas necesidades básicas existen al menos dos dimensiones, unas que llamamos fisiológicas que incluyen: alimento, vestido y vivienda, descanso adecuado, mantenimiento de la salud y que reflejan valores éticos de carácter ontológicos, como la vida, la integridad y la identidad. Y las llamadas sociales o ligadas al psiquismo o a la esfera de la conciencia, como: aprendizaje, constitución de la identidad, disfrute de soportes afectivos y solidarios, capacidad de interpretación crítica, recreación física e intelectual, participación en las decisiones que dan contenido y dirección a la vida humana, todo bajo condiciones de equidad. Y que ponen de relieve valores éticos de carácter deontológico, como la libertad y la salud. Todos estos valores histórico culturales se enlazan por el valor de la justicia y han devenido en fundamento de derechos humanos básicos necesarios para el desarrollo integral del ser humano.

La satisfacción de determinadas necesidades básicas permite el desarrollo de capacidades que son centrales para la vida humana, porque le dan

precisamente esa condición de “humanidad” y son la base de un desarrollo verdaderamente humano.

Se ha dicho con razón que un individuo hambriento no utiliza la comida de un modo humano, sino que la toma para sobrevivir de un modo que no permite expresar los muchos ingredientes sociales y racionales de lo que es la alimentación humana (Marx, C., en Nussbaum, M., 2002)

Así son necesidades humanas el cultivo de los sentidos a través de una educación apropiada, por el ocio para el juego y la posibilidad de expresión de sí mismo, de la libertad de expresión y de culto, y de la libertad para desarrollar afectos y recibir contención de otros individuos. (Nussbaum, M., 2002).

Un niño que crece privado de afecto, cuidado y contención y que solo es alimentado para satisfacer sus necesidades biológicas, es probable que tenga dificultades en el desarrollo de las capacidades que le permitan un desarrollo pleno de su propia afectividad.

Es por ello que Nussbaum ha marcado que las capacidades humanas aluden a la noción de dignidad: Una idea de dignidad humana que tiene gran resonancia a través de las diferentes culturas y un gran poder intuitivo, que la constituye en valor universal. Aquí las capacidades son entendidas como fundamento para principios políticos básicos que deben estar garantizados constitucionalmente y se convierten en base de los DDHH y en un aporte constitutivo a una teoría general de la justicia, (Nussbaum, M., 2002). Preguntar por las capacidades significa indagar sobre lo que un individuo o grupo de individuos están en condiciones de ser y hacer con sus vidas y cuáles son los recursos disponibles para que logren un desarrollo plenamente humano.

Han sido propuestas diversas clasificaciones de capacidades humanas, (Nussbaum, M., 2002), sin embargo, el enfoque de las capacidades ha sido poco trabajado en relación a la identificación de los problemas éticos en la vida y la salud humana. Pero dado que el enfoque establece una relación directa entre desarrollo humano y derechos humanos es evidente que ofrece el marco propicio para la construcción de los problemas éticos de la vida y la salud humana de manera que den cuenta de la realidad en la que se han generado. Esto refiere tanto a los factores causales que lo han determinado como a las intervenciones posibles para resolverlo.

En los últimos años el PNUD, basado en la propuesta de Sen, ha propuesto unos indicadores que intentan ser una medida del desarrollo de estas capacidades y establecen tres capacidades esenciales para el desarrollo humano:

- Vivir una vida larga y saludable

- Tener conocimientos
- Disfrutar de un nivel decente de vida

El aporte del PNUD ha sido muy importante en tanto provee instrumentos de medida de aquellas capacidades que logran un pleno desarrollo en un lugar determinado, tomando distancia de los modelos que miden el desarrollo por el PIB (producto bruto interno) per cápita. Así se define el desarrollo humano como el proceso de ampliación de las capacidades de los individuos, de sus opciones, (no de consumo), lo que la gente quiere y puede hacer con sus vidas. Algunas definiciones de los indicadores de medida son los siguientes:

Índice de Desarrollo Humano (IDH): reflejo de los logros alcanzados en cuanto a las capacidades humanas más básicas.

Índice de desarrollo relativo al género: mide desigualdad de género

Índice de potenciación del género: mide la desigualdad de género en cuanto a oportunidades económicas y políticas.

Índice de Pobreza Humana PH: Mide las privaciones en cuatro dimensiones básicas de la vida Humana.

	<b>IPH1</b>	<b>IPH2</b>	
	<b>Países en desarrollo</b>	<b>Países industrializados</b>	
<b>Vida larga y saludable</b>	<b>% expectativa &lt;40 años</b>	<b>% &lt; 60 años</b>	
<b>Conocimientos alcanzada</b>	<b>analfabetismo</b>	<b>escolaridad</b>	<b>no</b>
<b>Aprovisionamiento económico</b>	<b>acceso a servicios de salud</b>	<b>pobreza</b>	<b>de</b>
	<b>acceso a agua limpia</b>		
	<b>niños &lt; de 5 años c/ desnut. moderada o severa</b>		
<b>Inclusión social</b>	<b>(-)</b>	<b>desempleo</b>	

**Cuadro 3 - Índice de Pobreza Humana en países periféricos y desarrollados. PNUD 1999**

Este último indicador es una buena muestra de los estándares de medida que se requieren para identificar la pobreza, y al mismo tiempo pone de manifiesto diversas cuestiones. La primera es que se requiere un doble estándar de medida debido a la enorme brecha que existe entre los países ricos y los países periféricos aquí llamados “en desarrollo”. Es tan amplia la brecha de la inequidad que no se pueden medir del mismo modo las capacidades y el desarrollo de todos los seres humanos.

La segunda es observar que el estándar de una vida larga y saludable es en los países periféricos el porcentaje de personas que tienen una expectativa de vida menor de 40 años mientras ésta es de 60 para los países ricos. Sin duda, el problema ético se pone de manifiesto ya en el indicador, del mismo modo que ocurre con los otros indicadores develadores de realidades éticamente inaceptables.

Finalmente el indicador de inclusión social es uno de los más fieles como medida de la inequidad, establece que la exclusión en los países desarrollados se mide por el porcentaje de desempleo, (PNUD, 1999) mientras para los países periféricos no se ha encontrado una medida que permita establecer la condición de los llamados excluidos, dado que un alto porcentaje de estas poblaciones se encuentra desempleado, estar excluido de ello es como estar fuera de mundo.

En realidad, no es necesario abundar en cifras que se encuentran disponibles en innumerables informes, se sabe que uno de los grandes crecimientos del siglo XX es el de la pobreza. La brecha entre el 20% de los países más ricos y el 20 % de los más pobres ha pasado de 30 veces en 1960 a 74 veces en 1997. Dicho en otros términos aún más inaceptables, el 1% de la población mundial (menos de 50 millones de personas) acumula el mismo monto de ingreso que los 2700 millones de personas más pobres, (Berlinguer, G., 2003)

### **Integrando algunos conceptos**

Concluimos entonces que una disciplina que se ocupa del análisis crítico de los problemas éticos de la vida y la salud humana solo puede identificar estos problemas en los modos de vida de los individuos y teniendo como marco de referencia el enfoque de las capacidades y el plexo de los DDHH como resguardo ético y jurídico de los valores que ellas encarnan.

A partir de ello será posible identificar los valores éticos que se encuentran comprometidos en las situaciones concretas, y las necesidades humanas que emergen como denuncia de la capacidad que esos individuos no han podido o no podrán desarrollar, situaciones que golpean nuestra conciencia moral y nos reclaman una exigencia ante las instituciones de subsanar lo inaceptable (Tealdi JC, 2002).

El reconocimiento de la realidad desde este enfoque permite introducir en la bioética temáticas como, el valor de la vida humana desde una perspectiva contextualizada, en relación a un sujeto social e histórico, que transita una vida verdaderamente humana, en un modo de vida determinado y no a un concepto abstracto desprendido de todo sentido de realidad y que generalmente acompaña a posiciones fuertemente dogmáticas. O el valor de la libertad, como genuino reflejo de las vías que los individuos pueden trazar para la construcción de su proyecto de vida y de felicidad, y no de manera abstracta. O finalmente otro sinnúmero de conceptos que toman significado diferente a la luz de este enfoque como la calidad de vida, la muerte digna y el sentido del dolor y el sufrimiento, la libertad de decisión y, finalmente la propia noción de dignidad de la que tanto se habla en bioética.

Si se miran desde el desarrollo humano situaciones como la salud materno infantil, la reproducción o la desnutrición infantil o el proceso de morir, se pondrán de manifiesto valores como la vida, la salud, la libertad, la identidad, entre muchos otros pero, fundamentalmente, la justicia. De igual modo se evidencian los derechos que están vulnerados y las exigencias que se pueden y deben llevar a las instituciones, en particular al Estado, principal deudor del cumplimiento de los DDHH, es decir las vías de exigibilidad de esos derechos (Vidal, S., 2004).

De este modo es diferente la lectura que se debe hacer cuando una madre con su niño desnutrido grave llega a un servicio de salud, como también serán diferentes las acciones a seguir tanto por el equipo de salud, los servicios sociales y las redes sociales de las que ellos provienen. Además de alimentarlo serán necesarias otras formas de “cura” y “cuidado” orientadas al reconocimiento de su salud integral y la de su madre y a satisfacer las necesidades que les permitan el desarrollo de capacidades para poder evitar este tipo de situaciones.

### **Bioética, Derechos Humanos y responsabilidad solidaria**

Esta manera de ilustrar la realidad evidencia de igual modo, causas, cargas y responsabilidades.

El Estado tiene responsabilidades indelegables con respecto a respetar las diferencias, proteger a los débiles y regular a los fuertes para que no lleven adelante abusos con el poder que cuentan. En eso precisamente consiste tanto la vigencia de los DDHH como la de todo el sistema democrático.

Estas responsabilidades comienzan por la exigencia primordial de su respeto, es decir, que no sea el propio Estado el que los viole. Los países latinoamericanos cuentan con una larga experiencia de sistemáticas violaciones de los DDHH por parte de las dictaduras militares que se sucedieron en la región, de lo cual la Argentina puede dar un claro testimonio.

La segunda exigencia al Estado es que los resguarde, es decir, que proteja a los ciudadanos para que otros no violen sus derechos y no deje librado a una supuesta libertad individual la protección de los más vulnerables respecto a los que más poder tienen y ejercen.

Finalmente, el Estado debe promover su ejercicio, es decir, debe asegurar su efectivo cumplimiento, por ejemplo al derecho a la salud, en su expresión práctica, como accesibilidad a los servicios de salud y no como mero enunciado teórico que, en las situaciones prácticas no se efectiviza.

Estas tres responsabilidades del Estado deben ser llevadas a cabo de manera equitativa, participativa y sostenible, siendo a través del reclamo efectivo por parte de la sociedad civil que los DDHH toman plena vigencia, por lo que la participación social se torna un objetivo para la tarea transformadora a la que se ha hecho referencia.

La responsabilidad respecto a los DDHH en esta triple modalidad debe ser asumida también por individuos, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, públicas y privadas y organismos internacionales.

Ello supone una responsabilidad compartida solidariamente en la protección de los bienes básicos de la sociedad y en el respeto por la dignidad de los seres humanos, más allá de su condición, su religión, su género, su origen étnico, edad o nacionalidad.

Lo que Sen ha llamado “la obligación general de aquellos en posición de ayudar” enfatiza las obligaciones imperfectas que tienen los actores no gubernamentales, (ya sean individuos o instituciones) de proteger y defender los derechos humanos, (HDCA, 2007), especialmente aquellos que están en mejores condiciones de cambiar lo que es incorrecto.

Este enfoque de las capacidades fortalece la idea de que todas las personas tienen obligaciones de respetar, proteger y promover los derechos humanos.

¿Qué agrega entonces el enfoque de las capacidades al enunciado de los derechos humanos? Brinda un patrón de medición para saber qué significa garantizarle a alguien un derecho y pone de manifiesto la brecha entre el pleno ejercicio del mismo y la situación actual de un individuo o grupo en una situación determinada. Es por ello que significa un enorme aporte a la ética aplicada, porque da transparencia a los valores éticos que se encuentran en la base del conflicto, muestra la brecha entre una realidad dada y la situación correcta, al tiempo que evidencia la vulneración del derecho que resguarda ese valor. En segundo lugar ofrece un espacio complementario para la acción, poniendo luz sobre la forma en la cual los objetivos de los seres humanos pueden ser incorporados como parte de una política pública, cuestión para la que la participación de la ciudadanía se torna indispensable.

Aquí es importante aclarar que el enfoque de las capacidades es diferente y más amplio que la evaluación utilitarista, (relacionada generalmente a la evaluación del bienestar) porque deja lugar a una variedad de actos y estados humanos como si fueran importantes en sí mismos y no sólo porque pueden producir una utilidad determinada, dejando espacio para evaluar varias libertades en forma de capacidades, desde una perspectiva universalista (Nussbaum, M., 2003).

Las capacidades incluyen libertades básicas, tales como la habilidad para no exponerse a una muerte prematura, y las oportunidades para que esa libertad se pueda ejercer, pero también la libertad para el pleno disfrute del arte, del ocio, de la afectividad, como de la producción y la creación.

### **Bioética como transdisciplina transformadora**

Aquí se propone entonces una nueva lectura de la llamada “bioética puente” desarrollada por Potter como la vinculación necesaria entre los paradigmas críticos de las distintas disciplinas que han encontrado en la bioética (como palabra, como disciplina y como discurso) un camino para el reclamo legítimo por los derechos humanos y para la identificación de los conflictos éticos que emergen de la vida y la salud.

La bioética como transdisciplina deberá ser capaz de reunir diferentes áreas de conocimientos que aporten una mirada crítica a la problemática ética de la vida y la salud.

Ello será así para la clínica, la epidemiología, el derecho, la antropología, la filosofía, la sociología y cualquier otro saber que se ocupe de este campo.

Dentro de cada disciplina se pueden encontrar paradigmas polarizados entre modelos casi contrapuestos. Cada uno de ellos propone, una definición del campo de estudio, una manera de interpretar los fenómenos, una metodología para la investigación de esos fenómenos. Cada modelo se traduce respectivamente en estrategias de intervención sobre la realidad diametralmente opuestas. Unas, que se podrían llamar “paralizantes”, las que perciben la realidad como un devenir lineal indefectible y otras, que se han llamado “transformadoras”, que brindan las “brechas” por donde intervenir en ella para poder modificarla.

Aquí proponemos un puente, entre paradigmas críticos y contrahegemónicos de distintas disciplinas, que se ocupan del objeto/campo de la salud con el propósito de dar cuenta de una transdisciplina crítica.

Un ejemplo de paradigma crítico en la clínica y que no podrá ser desarrollado aquí puede definirse por los siguientes presupuestos de un nuevo humanismo, aportando:

- Una mirada integral del individuo.
- Una concepción del hombre como sujeto social e histórico, contextualizado en su entorno y su “modo de vida” del cual es inseparable.
- Una perspectiva de abordaje basada en los derechos de los enfermos
- Medidas de análisis cuali-cuantitativas de los procesos de salud enfermedad.
- Intervenciones individuales integrales y sociales.

Esta Bioética “puente” será denominada una Bioética Social transformadora, capaz de vincular paradigmas críticos, aportando a la construcción de una transdisciplina entre áreas del conocimiento que confluyen en un modelo de “desarrollo humano” y, de igual modo, aporta a la construcción de un nuevo discurso de la bioética.

De este modo, y como fue mencionado al principio, ampliar el paradigma de la bioética permitirá introducir al análisis clínico como a toda la bioética, una perspectiva integral del ser humano y de las condiciones que le permitan ser y hacer lo que desea con su vida.

Es solo en ese contexto donde pueden comprenderse los problemas de la vida y la salud tanto individuales como sociales.

No será necesario entonces presentar una perspectiva social de la bioética, porque la bioética no puede ser otra cosa que social, en cualquier marco en el que se desarrolle.

Una bioética social, presenta una perspectiva integral de su campo / objeto (de la vida y la salud), ofrece formas de intervención en la realidad para transformarla y genera vías para la exigibilidad de los DDHH.

Si, como ha sido dicho, la realidad que nos toca vivir tiene que ver con la derrota del proyecto de la modernidad y la caída de los grandes relatos y si, por otro lado, no hemos sido capaces de construir un nuevo relato que de cuenta de tanta inequidad, parece necesario interrogarnos sobre los caminos a seguir.

Otra vez la pregunta de la ética se nos hace presente, ¿qué debemos hacer?

Adela Cortina (Cortina, A., 1996) lo ha expresado muy bien cuando dijo ya hace tiempo que las metas de la (bio<sup>15</sup>) ética se resumen en un imperativo ético articulado en tres momentos:

- hacerse cargo de la realidad (comprender la realidad situada, a partir de un adecuado diagnóstico de situación),
- cargar con ella (tomar las decisiones necesarias de manera oportuna)
- encargarse de ella para que sea como debe ser, es decir asumir las responsabilidades.

Este último momento, “encargarse de ella para que sea como debe ser”, es el cierre necesario de una bioética social transformadora, fundada en un modelo de responsabilidad solidaria, que se presenta como única alternativa honesta para una disciplina que pretende levantarse desde el extremo más profundo de la inequidad, América Latina.

“Encargarse de la realidad para que sea como debe ser”, otorga sentido a un nuevo discurso y se convierte en un imperativo ético para profesionales, ciudadanos, hombres y mujeres que asumen la responsabilidad de que la sociedad se transforme en un lugar respetuoso de sus derechos, donde cada uno pueda ser y hacer con su vida lo que considera adecuado y digno.

---

15 El agregado en paréntesis es nuestro

## Bibliografía

ADVISORY COMMITTEE ON HUMAN RADIATION EXPERIMENTS. Informe Final de 1995. Véase el informe en: <http://tis.eh.doe.gov/ohre/roadmap/achre/report.html>

ANNAS, GEORGE J. A National Bill of Patients' Rights. N Engl J Med, 1998, 38 (10):695-700.

ARIÈS, PHILIPPE. La vida privada en el siglo XX, en ARIES, PHILIPPE Y DUBY, GEORGES. Historia de la vida privada. Tomo IX. Madrid, Editorial Taurus, 1989.

BEAUCHAMP, TOM; CHILDRESS, JAMES, F. Principles of Biomedical Ethics. Second Ed. Oxford University Press, New York 1983.

BELMONT REPORT. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Department of Health, Education, and Welfare. April 18, 1979

BERLINGUER, G. Questioni di vita: etica, scienza, salute. Torino, Einaudi, 1991. p. vii-xvi, 3-26 en GARRAFA, VOLNEI. Dimensão da ética em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública/USP. São Paulo, 1995, p: 26

BEECHER, HENRY K. Ethics and Clinical Research. N Engl J Med, 1966, 274 : 28-30,

BERLINGUER, GIOVANNI. Bioethics, Power and Injustice, en GARRAFA, VOLNEI; PESSINI, LEO. Bioética, Poder e Injusticia. Sociedad Brasileira de Bioética. Ed. Loyola, São Paulo, 2003: 45-58.

BREILH, JAIME. Epidemiología Crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2003, 317 p.

BRUSSINO, SILVIA. Bioética: Fundamento antropológico y validez normativa. Cuadernos del Programa Regional de Bioética. OPS/OMS, 5, 1997: 9-27.

CECCHETTO, SERGIO. La Bioética como nuevo movimiento social. Quirón 1996, 27 (1): 96- 101

CLACyD. Córdoba, Lactancia, Alimentación, Crecimiento y Desarrollo. Iniquidad y Desarrollo Infantil. 0-2 años. Publicación Nº 6, Sima Ed., Córdoba, 2002:19. Véase el cuadro que representa el desarrollo infantil en un contexto de iniquidad, p:25.

CORTINA, ADELA. El quehacer ético. Guía para la educación moral. Ed. Santillana, Madrid, 1996, p: 88.

DE ALMEIDA FILHO, NAOMAR. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2000, p: 325  
DE ZAN, JULIO. Libertad, Poder y Discurso. Ed. Almagesto, Buenos Aires, 1993.

DWORKIN, RONALD. El dominio de la vida. Ariel, Barcelona, 1998, 357 p.

FABRI DOS ANJOS, M. Bioética nas desigualdades sociais, en Garrafa, Volnei, Ibiapina F. Costa, Sergio (org.) A Bioética no século XXI. Editorial UNB, Brasília, 2000, pp: 49-65.

FORCHT DAGI, TEO. Changing the paradigm for Informed Consent. The Journal of Clinical Ethics 1994, 5 (3): 246-250.

GARRAFA, VOLNEI. Bioética, Saúde e Cidadania. O Mundo Da Saude 1999, v.23, n.5. São Paulo, pp: 263- 269.

GARRAFA, VOLNEI; DO PRADO, M. Cambios en la Declaración de Helsinki: Fundamentalismo económico, imperialismo ético y control social. Jurisprudencia Argentina, 2001, (IV) 11: 09-15.

GARRAFA, V; PORTO, D. Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics 2003; 17 (5-6): 399- 416.

GARRAFA, VOLNEI; KOTTOW, MIGUEL; SAADA, ALYA (Coord.) Estatuto Epistemológico de la Bioética. UNAM; Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO, Nº 1, México, 2005, 314 p.

GARRAFA, VOLNEI. Da bioética de principios a una bioética interventiva, en Bioética 2005, Vol 13, (1):125-134.

GRACIA, DIEGO. Planteamiento General de la Bioética, en Gracia, D. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Etica y Vida 1; El Búho Ltd, Bogotá, 1998.

GRACIA, DIEGO. Fundamentos de Bioética. Eudema, Madrid, 1989.

HOTTOIS, GILBERT. Qué es la Bioética. Universidad El Bosque. Edición parcial en español, Bogotá, 2007, p: 15.

HDCA, HUMAN DEVELOPMENT AND CAPABILITY ASSOCIATION, 2007. Disponible en <http://www.capabilityapproach.com>

JONSEN, ALBERT. The birth of bioethics, Oxford University Press, New York, 1998.

JUNGES, JOSÉ ROQUE. Bioética como casuística e como heremenêutica. Revista Brasileira de Bioética, 2005, 1, 1: 28-44.

KRMPOTIC, CLAUDIA SANDRA. El concepto de necesidad y política de bienestar. Espacio Editorial, 1999, Buenos Aires, 135 p.

MAINETTI, JOSÉ A. Bioética Sistemática. Ed. Quirón, La Plata, 1991.

MAX NEEF, MANFRED. Desarrollo a escala humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Nordan Comunidad, Icaria, 2001, 148 p.

NUSBAUM, MARTHA C.; y Sen, Amartya. La Calidad de Vida. Fondo de Cultura Económica, México, 1996, 587 p.

NUSSBAUM, MARTHA C. Las mujeres y el desarrollo humano. Editorial Herder SA, Barcelona, 2002, 414 p.

PESSINI, L; BARCHIFONTEIN, CP. Bioética: Do Princípalismo à Busca de uma Perspectiva Latino- Americana. En: Iniciação à Bioética. Conselho Federal de Medicina, Brasília, 1998.

PNUD. PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Informe sobre Desarrollo Humano 1999, Mundi Prensa, Madrid, 1999: 25-44.

POTTER VAN RENSSLAER. Bioethics. Bridge to the Future. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey 1971, véase además Van Rensselaer Potter. Bioética Puente, Bioética Global y Bioética Profunda. Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS , N° 7, 1998.

SAN MARTÍN, HERNAN; PASTOR, VICENTE. Salud Comunitaria, teoría y práctica. Ediciones Díaz de Santos, SA. Madrid, 1984, 355 p.

SCHRAMM, FERMIN ROLAND. Bioética da Proteção: ferramenta válida para os problemas morais na era da globalização. Revista Bioética. Conselho Federal de Medicina. Brasília, 2008. 16 (1) : 11-23.

SCHRAMM, FERMIN ROLAND; KOTTOW, MIGUEL. Principios Bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cuadernos de Saúde Pública (2001), 17 (4): 949-956.

SEN, AMARTYA. Capacidad y Bienestar en Nussbaum, Marta y Sen, Amartya. Calidad de Vida. WIDER, The United Nations University, Fondo de Cultura Económica, México, 1996: 54 -83.

SIMÓN LORDA, Pablo; Barrio Cantalejo, Inés. Un marco histórico para una nueva disciplina: la Bioética. Med. Clínica 1995; Barcelona, 105 (15): 583-597.

TEALDI, J.C. Bioética, Valores Éticos y DDHH. Conferencia dictada en las III Jornadas Provinciales de Bioética. Area de Bioética, Ministerio de Salud, Córdoba, Noviembre 2002.

TEALDI, J.C. Etica de la investigación: el principio y el fin de la bioética. Summa Bioética.-Órgano de la Comisión Nacional de Bioética, México, Año I, Número Especial, Septiembre de 2003: 69-72.

TEALDI, J.C. Los principios de Georgetown. Análisis crítico, (2005). En Garrafa, Kottow, Saada (coords), Op Cit: 35-54.

TEALDI, J.C. Bioética de los Derechos Humanos, en Tealdi, J.C. (Director), Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO- Redbioética, UNIBIBLOS, Colombia, 2008, pp.177-180.

VIDAL, SUSANA M. Competencia para la toma de decisiones en la práctica clínica. Jurisprudencia Argentina. N° 6166, Buenos Aires, 1999, pp: 58- 68.

VIDAL, SUSANA M. Iniquidad y Desarrollo Humano, Una mirada desde la bioética. O Mundo da Saúde 2004 28 (3): 304-314.

VIDAL, SUSANA M. Ponencia en el Seminario Regional UNESCO "Hacia una Declaración Universal de Bioética, un desafío Internacional", Unesco México, Secretaría de DDHH, Argentina, 4 y 5 de noviembre 2005. Ciudad de Buenos Aires.

VIDAL, SUSANA M. Necesidad en salud. En: TEALDI, J. C. (Director) Diccionario Latinoamericano de Bioética, UNESCO- Redbioética, UNIBIBLOS, Bogotá. 2008, pp:519-52