

Bibliografía

- Apel, K.-O. (1986) *Estudios éticos*, Alfa: Barcelona.
- Apel, K.-O. (1991) *Teoría de la verdad y ética del discurso*, Paidós: Barcelona.
- Apel, K.-O. (1992) "La ética del discurso como ética de la responsabilidad: una transformación posmetafísica de la ética de Kant", en K. O. Apel et al, *Fundamentación de la ética y filosofía de la liberación*, Siglo XXI: México.
- Dussel, E. (1998) *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*, Trotta: Madrid.
- Habermas, J. (1990) *Conocimiento e interés*, Taurus: Buenos Aires.
- Habermas, J. (1991) *Escritos sobre moralidad y ética*, Paidós: Buenos Aires.
- Habermas, J. (1996) *Conciencia moral y acción comunicativa*, Península: Barcelona.
- Heinzmann, M. (2012) "Alimentación, producción de alimentos y consecuencias para la salud humana", en D. Fonti et al., *Hybris. Estudios interdisciplinarios sobre ambiente y producción de alimentos*, EDUCC: Córdoba, 141-162.
- Micheliní, D. (2008) *Bien común y ética cívica*, Bonum: Buenos Aires.
- Romero, E. (2015) "Fundamentación formal versus fundamentación material de la ética", en D. Micheliní et al. (eds.) *Ética, política y discurso. Contribuciones desde América Latina*, Eds. del ICAAL: Río Cuarto, 273-279.
- Zak, M.; Cabido, M. (2012) "La agricultura y los ecosistemas: estado de situación", en D. Fonti et al., *Hybris. Estudios interdisciplinarios sobre ambiente y producción de alimentos*, EDUCC: Córdoba, 105-140.

PROPUESTAS Y AMPLIACIÓN DE

PRINCIPIOS EN BIOÉTICA.

Reflexión y aportes Latinoamericanos a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos - UNESCO

Margarita Guerrero
Luis C. Lagomaggiore

1. Introducción

El objetivo del trabajo es justificar teóricamente los nuevos principios de *intervención y protección*, presentes en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO en 2005. Las actividades programadas y normativas establecidas por las instituciones de Salud, en general, aplicaron intuitivamente los criterios que con posterioridad se declararon. Los mismos fueron aplicados para resolver los dilemas de justicia que se presentaban en la población, con el fin de solventar las situaciones de riesgo de las comunidades vulnerables a quienes les toca asistir. Es oportuno rescatar las reflexiones y propuestas realizadas por los pensadores latinoamericanos, recogidas a través de los encuentros internacionales llevados a cabo en la región.

2. Desarrollo histórico, fundamentación y desarrollo

Los integrantes de los Comités de Bioética, tanto hospitalarios como de investigación, a menudo se ven excedidos y perplejos en las decisiones que deben asesorar, por la complejidad social de las necesidades, ya que los problemas a resolver en la realidad no pueden abordarse simplemente con los principios tradicionales de la Bioética, pues sólo hacen referencia a temas individuales de atención y no a los socio-comunitarios, que están frecuentemente presentes.

La epidemia de VIH - SIDA a partir de 1981 puso en crisis la aplicación de los cuatro principios tradicionales, pues el de autonomía y el de consentimiento informado ponían en riesgo a la descendencia de las madres infectadas y al colectivo social frente a la expansión de la enfermedad. De hecho, por exigencias de justicia fue necesario dejarlos de lado.

Actualmente, desde 1990, se han ido consolidando las temáticas propias de la reflexión bioética para América Latina y el Caribe, con el fin de superar las limitaciones de la bioética principista de los setenta. Es así como la OMS y OPS crean el Programa Regional de Bioética para América

Latina y el Caribe, además de los Cuadernos del Programa Regional de Bioética, y fundan la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética: FELAIBE.

En 1995, la FELAIBE organizó el "I Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética", cuyos ejes de reflexión estaban centrados en "Bioética y pobreza en América Latina", para discutir temas sociales y regionales.

Los aportes recogidos en las diferentes reuniones internacionales permiten establecer nuevos principios que sirven de guía, además de criterios para analizar propuestas y la toma de decisiones a los complejos problemas sociales que se presentan.

Significativos son los aportes regionales de bioeticistas críticos, que toman conciencia de la utilidad de una Bioética comprometida, pues asumen cotidianamente problemas que ponen en juego la vida y la sobrevivencia de los colectivos a los que asisten; por ello desarrollaron dos modelos alternativos:

- a) Bioética de intervención, considerada como bioética fuerte y
- b) Bioética de protección, que se analiza a continuación.

3. Bioética de intervención

Volnei Garrafa -en su trabajo: "La Bioética de Intervención y el acceso al sistema sanitario y a los medicamentos"- expone un análisis crítico de los macro-problemas de la salud pública y colectiva de naciones pobres, y realiza una propuesta epistemológica de Bioética de Intervención. El objetivo fue visibilizar la necesidad de politización de la bioética social a través de las categorías de *empoderamiento* (Amartya Sen), *liberación* (Paulo Freire) y *emancipación*, como propuesta efectiva desde el hemisferio Sur, la cual posteriormente servirá de marco teórico a la declaración de UNESCO.

El Congreso Mundial de Bioética realizado de Ginebra, en el 2001, posibilitó tematizar y discutir el acceso a sistemas sanitarios y de medicamentos esenciales a partir del siglo XXI, con el fin de solucionar los conflictos que se presentaban.

Los problemas de exclusión y concentración del poder establecieron diferentes expectativas de vida y de consumo entre los países centrales ricos y periféricos pobres, acentuados por la globalización económica y la manipulación de la información. Sin embargo, la exigencia de justicia planteó la necesidad de universalización de los beneficios básicos de consumo de los más frágiles al desarrollo científico y tecnológico, a pesar de su situación de pobreza, miseria y marginación.

La Bioética de Intervención es la alternativa que defiende:

- a) en lo público y colectivo: prioridad de políticas públicas que privilegien al mayor número posible de personas, por el mayor espacio de tiempo y que resulte con las mejores consecuencias, con excepciones puntuales a discutir caso por caso.

b) en lo privado e individual: búsqueda de soluciones viables y prácticas de conflictos identificados en el contexto donde el problema ocurre.

Con el objeto de cumplir con el principio, propone el re-análisis de los dilemas y privilegiar:

- Autonomía versus justicia,
- Justicia versus equidad,
- Beneficios individuales versus beneficios colectivos,
- Individualismo versus solidaridad,
- Omisión versus participación.

Es importante destacar que las contradicciones de la globalización se dan también al interior de los países, pues existen en todos grupos de: disprivilegiados/excluidos y privilegiados/incluidos.

Los bioeticistas de las naciones periféricas deben realizar una lectura crítica frente a la necesidad de politizar los conflictos morales, además de aplicar una Ética que defienda el derecho a una vida digna y al reconocimiento de las diferencias y de las diversas necesidades.

Es necesario no sólo trabajar por la equidad, cuya consecuencia es la igualdad y el punto de llegada de la justicia social, sino también visualizar la perversidad del mercado en costos de medicamentos e investigación.

Los latinoamericanos lograron que la Asamblea Anual OMS en Ginebra, en abril de 2001, aprobara la tesis brasilera de acceso a medicamentos frente a riesgos colectivos para la salud pública. Además, la Asamblea Anual de la OMC (2001) aprobó la quiebra de patentes de medicamentos, ej. Antiretrovirales que son absolutamente necesarios en varios países subdesarrollados.

La Bioética de Intervención sostiene y justifica la inclusión social mediante las categorías de *empoderamiento*, sostenida por A. Sen, Nobel Economía en 1998, porque es la articulación orgánica políticamente comprometida de un colectivo social. Es la capacidad que, según Durkheim, convierte un aglomerado de individuos en sociedad, y posibilita la defensa de sus derechos y dignidad. "Para que se torne posible superar el hambre, la pobreza, las amenazas de destrucción del medioambiente y otras formas de inequidad, se exige de la sociedad una postura de complicidad fortalecedora de la idea de libertad, de la cual ella misma no puede escapar" (Sen, 2000; Garrafa, 2001: 8).

Liberación es la capacidad -confirmada por el educador Paulo Freire- de salir de la sumisión mediante el ejercicio de la autonomía, habilidad para transformar el status quo del sometimiento. Los sujetos sociales visualizan el juego de fuerzas y como actores políticos luchan por la inclusión social. "De ahí el tono de rabia, legítima rabia, que involucra mi discurso cuando me refiero a las injusticias a que son sometidos los desaharrapados del mundo. ... Mi punto de vista es el de los "condenados de la Tierra", de los excluidos" Freire 2001. (Garrafa, 2001: 11)

La tercera expresión sostenida es la de *emancipación*: con ella se hace referencia al sujeto

libre, responsable de sus actos, independiente, que alcanzó el dominio de sí mismo, el sujeto que puede garantizar su supervivencia y su derecho de elección. Es la conquista del poder de decidir, del ejercicio de este derecho; tiene un sentido jurídico, es el reconocimiento legal de la capacidad de decidir. "Por lo tanto, suprimir la dependencia es la precondition para la emancipación y eso es válido tanto para las personas como para el Estado. Es en esta concepción que la categoría emancipación se presta a la Bioética de Intervención como herramienta o vehículo para impulsar la lucha por la liberación y colocar esa lucha en una dimensión colectiva" (Garrafa, 2001: 12).

En la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (10/11/2005) están presentes estos principios por su contenido social, específicamente en los artículos: 14 sobre "Responsabilidad Social en Salud", 15: "Aprovechamiento compartido de los beneficios", 16: "Protección de las generaciones futuras", 17: "protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad" y 18 "Adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas."

Es importante destacar que algunos países (EEUU, Alemania, Reino Unido, Japón y Canadá) intentaron reducir la declaración a cuestiones biomédicas/tecnológicas. Sin embargo, los países del hemisferio Sur, América Latina, África e India lograron incorporar lo social y ambiental a la agenda bioética del siglo XXI.

4. Bioética de protección

El principio de *protección* permite tener en cuenta el cuidado y la atención de grupos marginados, víctimas de injusticias sociales y privaciones económicas. Este criterio bioético avala el hacerse presente, a un colectivo con programas que les permitan mejorar sus condiciones de salud para incorporarse socialmente, ejercer sus derechos como ciudadanos y bregar por sus intereses.

La justificación teórica la realizamos siguiendo las atinadas reflexiones de Fermín R. Schramm y Miguel Kottow, en "*Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*", donde fundamentan el *principio de protección* como una clara alternativa para resolver y enfrentar los dilemas morales en programas y prácticas de salud colectiva.

El derecho a la salud es un planteo moral que exige programas de detección y tratamiento de predisposiciones. Además, debemos tener en cuenta los avances tecnológicos y científicos, y los conocimientos epidemiológicos, los cuales nos muestran que: "existe de hecho la posibilidad concreta, económica y socialmente sustentable de extender la prevención y protección contra enfermedades, así como la promoción de estilos de vida más saludables para toda la población, garantizando que una opinión pública informada y en ejercicio de sus derechos ciudadanos evalúe y controle estas instituciones y garantice los derechos comprometidos" (Schramm y Kottow, 2001: 950).

El *principio de protección* es una nueva versión del principio de responsabilidad, planteado por Jonas, en 1979, como responsabilidad óntica, con la totalidad del ser, y el de responsabilidad diacónica para con el otro, de Lévinas, en 1974, y a la ética de la solidaridad revitalizada, por Callahan, en 1998. El problema es que tanto la responsabilidad como la solidaridad deben asumirse voluntariamente frente a la solicitud de vulnerabilidad del otro que necesita amparo, pero no siempre esto es plenamente consciente como en los inicios del SIDA- VIH, y, por otra parte, no pueden ser obligatorias. Lo importante con respecto a la responsabilidad es establecer "quién" y "de qué" se debe responsabilizar.

Se puede afirmar que una ética de protección está en la base del Estado mínimo, obligado a reconocer la integridad física y patrimonial de los ciudadanos, siendo por ello fundamento moral del estado de bienestar. Los autores justifican el principio rescatando el sentido etimológico de término ética, entendido como guarida, habitat. Así se originaron en el siglo XVIII sistemas de salud pública para dar protección sanitaria a la fuerza de trabajo, y afirman: "Entendemos por protección la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, es decir, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a otras necesidades u otros intereses" (Schramm y Kottow, 2001: 953).

Es importante tener en cuenta que el principio debe cumplir con algunas características de:

- Gratuidad, porque no debe existir compromiso a priori con el colectivo.

- Vinculación, porque una vez asumido libremente, se torna irreversible el compromiso.

- Cobertura de las necesidades entendidas especialmente por el afectado.

El reconocer la gratuidad, vinculación y cobertura permite sostener que no se pueden tomar como acciones paternalistas. El agente protector actúa con el conocimiento de las necesidades y el consentimiento de los afectados. Tampoco es beneficencia, porque se atiende a derechos colectivos.

Las actividades y medidas asumidas en salud pública son colectivas de protección y promoción de la salud, abarcan a las poblaciones humanas y a su entorno socio-cultural; por lo tanto, deben ser asumidas por las instituciones públicas responsables de la implementación de las políticas sanitarias legítimas y eficaces. (Schramm y Kottow, 2001: 954)

Tomar como criterio de evaluación al *principio de protección* es éticamente adecuado, ya que las acciones asumidas deben estar destinadas a cubrir necesidades impostergables, además de ser efectivamente sentidas por la población.

Sostenemos que son específicas en salud pública las políticas de protección, porque son propuestas frente a las necesidades colectivas. Al ser aceptadas, son obligatorias, y hacen posible el resguardo. Es legítimo ejercer autoridad y poder de disciplina para que sean efectivas. Es adecuado el

someter la autonomía individual al bienestar colectivo. Esto es una característica de todo acto protector: tiene un poder sui generis, avalado por el principio de responsabilidad, donde prevalece lo colectivo sobre lo individual en la justicia sanitaria. Los programas deben ser planificados, justificados y negociados, y si es necesario renegociarlos, ya que lo individual cede ante lo colectivo y el bien común.

5. Conclusiones

Las argumentaciones precedentes nos permiten afirmar que, en salud pública, tanto agentes como destinatarios son siempre instituciones y colectivos. Las autoridades asumen el resguardo de la salud de los grupos que atienden, incluyendo la promoción y prevención de la misma. Esto aparece explícitamente sostenido en la Declaración de UNESCO en las disposiciones generales en el Artículo 1- Alcance: "La declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales" (Declaración UNESCO, 2005: 4-5).

Tanto la intervención como la protección reivindican y amplían el principio de responsabilidad, porque responden voluntariamente al requerimiento de los otros y se preocupan por la eficacia de los resultados de la protección e intervenciones planeadas, porque pueden ser sometidas a evaluación y a reconsideración de ser necesario.

Estos principios completan y especifican la responsabilidad, integran la respuesta moral con efectividad pragmática y atienden a una pluralidad de necesidades en forma justa y razonable. Además, coinciden con lo estipulado en el Artículo 2-Objetivos de la declaración que afirma: "proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética." (Declaración UNESCO, 2005: 4-5)

Bibliografía

- Bergel, S. (2009) *La bioética*, (pp 446-456) en Dussel, E., Mendieta, E. y Boharquez, C.: *El pensamiento latinoamericano y del Caribe (1300-2000)*, Siglo XXI, México
- Flor do Nascimento, W., Garrafa, V. (2010), *Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención*, Revista Colombiana de Bioética. Vol. 5 N° 2. Disponible en: www.redalyc.org
- Garrafa, V. (2005), *La Bioética de intervención y el acceso al sistema sanitario y a los Medicamentos*. Disp. en: www.cba.gov.ar/imagenes/fotos/Garrafa.pdf
- Kottow, Miguel (2005), *Bioética y Biopolítica*, Revista Brasileira de Bioética, Vol. 1 N° 2 Disponible en Web.
- Schramm, F. R. y Kottow, M. (2001) *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cuadernos, de Salud Pública, Río de Janeiro, Vol.1 n° 2. disponible en Web
- UNESCO, (2005) Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos París. Portal: UNESCO.org (27/7/2016)

APORTES PARA UNA FUNDAMENTACIÓN DE LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN LATINOAMERICANA

Adriana María Arpini

La Bioética de intervención (BI) es una construcción colectiva que cobra forma en la última década del siglo XX como búsqueda de alternativas que permitieran ampliar la mirada anglosajona de la Bioética, centrada en los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia (Cfr. Beauchamp y Childress, 2001). Esta construcción de la bioética ha quedado circunscripta en muchos casos a las prácticas hospitalarias y centros de investigación con seres vivos, mediante la conformación de comités de bioética. Si bien es una perspectiva pertinente y necesaria, sin embargo no agota las posibilidades de la bioética. Tampoco los principios mencionados resultan suficientes cuando se trabaja en la resolución de conflictos que involucran otras formas de conocimiento, de maneras de entender la vida, la salud, el bienestar, la convivencia. En otras palabras, las prácticas interdisciplinarias propias de los comités de bioética no conllevan necesariamente la dimensión intercultural, están lejos de adoptar perspectivas de género o de considerar los problemas de la colonialidad de los saberes. Antes bien se produce con frecuencia e inadvertidamente una reducción de la bioética a la ética biomédica y a las formas dominantes de conocimiento científico, produciendo lo que Boaventura de Sousa Santos ha caracterizado como relación abismal entre saberes (Cfr. De Sousa Santos, 2009).

De acuerdo con el *Diccionario latinoamericano de Bioética*, la BI "procura respuesta más adecuadas para el análisis de macroproblemas y conflictos que tienen relación concreta con los temas bioéticos persistentes constatados en los países pobres y en desarrollo" (Garrafa, 2008: 161). Como contrapartida de los cuestionamientos al principalismo bioético, es posible contextualizar los problemas respecto de sus condiciones reales de emergencia y resistir la importación acrítica de referencias teóricas procedentes de los centros hegemónicos de producción de conocimiento. Tales referencias teóricas promueven una interpretación aséptica de los conflictos morales y utilizan la bioética como herramienta de despolitización. La mirada crítica de los intervencionistas se vio favorecida, a partir de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) de la UNESCO (19 de octubre de 2005), por la incorporación en agenda de los problemas sociales, sanitarios y ambientales.