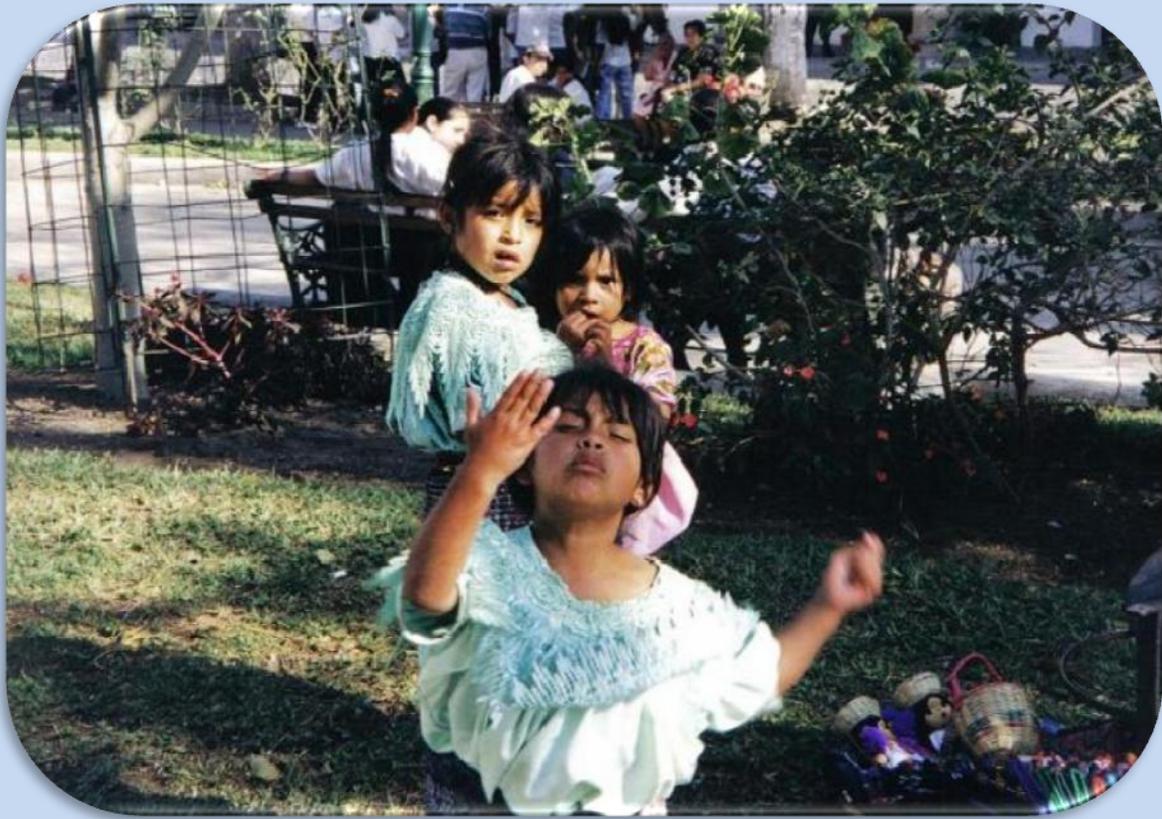


Francisco Javier León Correa

Temas de bioética social



Fundación Interamericana Ciencia y Vida

Copyright: Francisco Javier León Correa

PRIMERA EDICIÓN: Octubre 2010.

Edición E-book: Fundación Interamericana Ciencia y Vida

ISBN: 978-956-332-923-0

Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso del editor.

Editado en Santiago de Chile

Diagramación, diseño de portada y edición: Alejandra León

ÍNDICE

Introducción.....	6
Capítulo 1.- Fundamentos y principios de bioética social.....	9
Introducción.....	9
1.- La ampliación del campo de estudio y del campo de visión de la bioética.....	10
2.- El aporte desde la ética de los bienes básicos y el personalismo.....	11
3.- Complementación de visiones: ética dialógica, neokantismo y personalismo.....	13
4.- Principios bioéticos social: propuesta de articulación desde la ética.....	15
4.1 Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada: autonomía y no maleficencia.....	15
4.2 Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular beneficencia y autonomía.....	17
4.3 Tercer nivel ético: articular autonomía, beneficencia y justicia.....	18
5.- Propuesta de desarrollo del modelo de los principios desde la complementación de visiones bioéticas.....	18
6.- Principios de bioética clínica, institucional y social.....	19
Cuadro 1. Sistema de principios en bioética.....	22
Capítulo 2.- Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina.....	30
Introducción.....	30
Cuadro 1. Pobreza en América Latina.....	33
Desigualdad entre los que más tienen y los que menos tienen.....	33
Cuadro 2. Relación ingreso medio per cápita entre 10% superior y 20% inferior.....	35
Discapacidad.....	36
Cuadro 3. Prevalencia de la discapacidad por país.....	37
Transtornos mentales en América Latina.....	38
Los determinantes sociales de la salud.....	38
Calidad de vida.....	40
Pobreza desde la filosofía política.....	42

Vulnerabilidad desde la filosofía.....	45
Elaboración de una ética del cuidado y la solidaridad.....	46
Desde Latinoamérica: propuesta desde la ética del discurso sobre la pobreza y el desarrollo económico social.....	48
Los pobres en la sociedad del conocimiento.....	49
Efectiva aplicación de los derechos humanos.....	49
Una bioética de liberación e intervención.....	51
Bioética de protección de los vulnerables.....	52
Conclusión.....	53

Capítulo 3.- Desigualdades en salud, justicia y cultura bioética en Latinoamérica.....

Introducción.....	55
1.- Datos de salud éticamente relevantes en Latinoamérica.....	56
2.- Justicia en la reflexión de la filosofía política: de la equidad a la inclusión.....	60
3.-La justicia como fundamento de la reflexión bioética y los derechos humanos en América Latina.....	65
4.- Justicia como fundamento de la bioética institucional y social en Latinoamérica...70	
5.- Complementación de la propuesta con la investigación en ciencias sociales.....	72
Reflexión final.....	75
Anexo 1. Informe sobre la salud en el mundo, OMS.....	75
Anexo 2. Distribución de los trabajadores sanitarios.....	76

Capítulo 4.- Desarrollo en salud, justicia y bioética en Latinoamérica.....

Introducción.....	78
1.- Pobreza, desarrollo y sustentabilidad.....	79
Comprensión filosófica de la pobreza y el desarrollo.....	79
2.- Modelos y propuestas de desarrollo.....	82
3.- Amartya Sen: desarrollo como libertad.....	85
4.- La calidad de vida y el desarrollo.....	86

5.- Desarrollo y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Datos relevantes para el análisis ético.....	87
6.- Justicia y recursos en salud.....	90
7.- Principios éticos para un desarrollo sustentable en salud.....	94
Capítulo 5.- Bioética y solidaridad.....	97
Introducción.....	97
1.- La solidaridad en la reflexión de la ética social actual.....	99
2.- La solidaridad en el personalismo filosófico.....	104
3.- Solidaridad del estado, no sólo de la sociedad o del individuo, y fijada en el derecho.....	108
Por una sociedad más solidaria.....	110
Solidaridad como valor democrático en una cultura de los derechos humanos.....	110
Repensar el estado providencia: hacia una sociedad solidaria de inserción.....	112
4.- Bioética y solidaridad.....	115
La solidaridad como erradicación de la pobreza en Latinoamérica.....	115
Solidaridad como responsable en las profesiones de ayuda.....	117
5.- Solidaridad entre justicia y beneficencia.....	119
Capítulo 6.- Bioética, biopolítica y políticas de salud en Latinoamérica.....	123
Introducción.....	123
1.- Justicia como base del ordenamiento jurídico y de la bioética.....	125
2.- Ética y política.....	127
3.- Aportaciones desde la bioética a la biopolítica.....	134
Cuadro 1. Diferencias entre bioética y biopolítica.....	136
4.- Bioética y política.....	137
Capítulo 7.- Ética y responsabilidad social de las instituciones de salud.....	141
Introducción.....	141
1.- Responsabilidad social de las organizaciones.....	141
2.- La dimensión ética de la responsabilidad social de las instituciones.....	143
3.- Ética institucional de las organizaciones de salud.....	145

4.- Ética institucional y conflictos de interés: primero, la no maleficencia.....	147
5.- Ética institucional y modelos de calidad: justicia y beneficencia.....	148
6.- Concretar la calidad ética de las instituciones de salud: autonomía y participación.....	150
Capítulo 8.- Bioética y educación para la salud.....	153
Introducción.....	153
1.- Educación y recursos humanos. Problema social.....	153
2.- Bioética y educación en valores de los futuros profesionales de la salud: capacitar a los futuros educadores.....	155
3. De la prevención a la promoción en salud.....	156
Promoción y prevención en salud.....	157
Prevención y riesgos.....	158
La vigilancia como función esencial de las prácticas de salud pública.....	159
Lo normal en salud.....	160
Concepto de vulnerabilidad en salud pública.....	160
4.- Bioética y educación para la salud.....	161
Anexo 1. América Latina: gastos públicos y privados en educación.....	163
Anexo 2. Financiamiento público y privado como porcentaje del PNB.....	164
Anexo 3. Escolaridad en América Latina.....	164
Anexo 4. Personal sanitario mundial por densidad.....	165
Anexo 5. Proporción de gasto público en salud destinado a sueldos de trabajadores sanitarios.....	165
Capítulo 9.- Bioética, religión y doctrina social de la Iglesia.....	166
Introducción.....	166
1.- Distintas visiones de la relación bioética-religión en el mundo actual postmoderno.....	166
2.- La aportación de la moral católica a la bioética.....	171
3.- La aportación de la teología cristiana a la bioética.....	174
4.- El papel de la doctrina social de la Iglesia.....	177
5.- La necesidad de diálogo en el ámbito de la bioética.....	179
Bibliografía.....	184

Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro, dentro de la situación general de América Latina. A pesar de los más de veinte años de desarrollo de la bioética en nuestro ámbito, estamos en los comienzos de la aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el de la atención en salud, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios de los sistemas de salud y la institucionalización de los comités de ética en los hospitales. Pero sin olvidar la importancia de esta bioética clínica, es necesario desarrollar y promover una bioética institucional y social¹.

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes², pero muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud. La bioética debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad.

Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación complementaria de las visiones éticas, al menos de las que promueven principios universalizables, matizadas por las visiones fenomenológicas y personalistas. No basta con una aplicación superficial de los

¹ León Correa FJ. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 1084-1088.

² Ministerio de Salud. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.

cuatro principios clásicos, entendida en muchas ocasiones desde el individualismo liberal dominante, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población, en el ámbito de la salud.

En esta obra se pretende extender la reflexión bioética a las políticas públicas de salud, a los sistemas de salud y programas contra la pobreza y de Atención Primaria en Salud. La bioética es una interdisciplina, y debe contar, al estudiar los problemas sociales, con los avances en ética social, y el análisis y sugerencias de las ciencias sociales, la sociología, la antropología y la economía. Procuramos partir en cada problema de los datos existentes y de lo aportado por estas ciencias o, al menos, de la reflexión ética realizada desde esas ciencias, con una visión amplia de la bibliografía existente, especialmente en nuestro ámbito latinoamericano.

El propósito es enlazar la ética social con la ética individual, a través de una “bioética desde la persona”, sujeto individual y ser social, de modo indisoluble. Entendemos que se deben complementar el sujeto, como agente individual, la institución social, y la comunidad más amplia, incluso en el mundo globalizado actual; se deben complementar los fundamentos racionales de una ética con pretensiones de universalidad, en el resguardo de los derechos humanos de todos, y la atención a la individualidad, a la situación concreta, a través de las cifras de pobreza, desigualdad, enseñanza, etc., explícitamente intercaladas en el texto para facilitar la reflexión del lector. Y en todas estas cifras, y en la reflexión filosófica y social realizada, ver siempre —detrás y delante, para no olvidarnos— las personas: “primero la gente”, como titula uno de sus últimos libros Amartya Sen³.

La bioética en Latinoamérica tiene un reto ineludible: dar una fundamentación a las posibles y deseables respuestas a los problemas pasados y muy presentes de nuestros sistemas sociales y de salud. No puede dejar de centrarse en la pobreza, la vulnerabilidad, las condiciones de desarrollo, la capacidad de ejercer la libertad real, la situación política de nuestros países, la educación en salud,

³ Sen, Amartya; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008.

o el papel social de nuestras diversas creencias sociales, morales y religiosas. Este libro quiere ser un primer acercamiento a esta visión amplia de una bioética social.

Queremos agradecer especialmente a Ediciones de la Pontificia Universidad Católica de Chile, por la edición de la obra, y a las instituciones donde se publicaron recientemente algunos de sus capítulos como artículos —revisados, puestos al día y ampliados para la presente edición— por su permiso para reproducirlos. Los dos primeros capítulos, “*Fundamentos y principios de bioética social*”, y “*Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética*” fueron publicados en la revista *Acta Bioethica*⁴, del Programa de Bioética de la OPS/OMS para Latinoamérica. El tercero, sobre “*Desigualdades en salud, justicia y cultura bioética en Latinoamérica*” ha sido publicado en el primer número de la revista *Ethnological Journal of Culture and Dissability* de la Universidad de Lovaina⁵.

El análisis de los “*Principios éticos del desarrollo en salud*” —capítulo 4º— y de las relaciones entre “*Bioética y solidaridad*” —capítulo 5º— han sido escritos expresamente para este libro. La reflexión sobre “*Bioética, biopolítica y políticas de salud en Latinoamérica*” está basada en varios artículos anteriores sobre el tema, publicados en: *Revista Latinoamericana de Bioética*⁶, *Medicina e Morale*⁷, de Roma, y *Vida y Ética*, de Buenos Aires⁸. Los capítulos sobre “*Ética y responsabilidad social de las instituciones de salud*”, y “*Bioética y educación para la salud*” han sido expresamente escritos para tratar estos dos temas que entendemos fundamentales en un análisis de bioética social. El último capítulo, “*Bioética, religión y doctrina social de la Iglesia*” está basado en uno anterior, publicado en *Acta Bioethica*⁹, notoriamente ampliado.

Francisco Javier León Correa

⁴ *Acta Bioethica*, 2009; 15 (1): 70-78. 2010; 16 (2).

⁵ *Ethnological Journal of Culture and Dissability*, Universidad de Lovaina, Bélgica; 2010 (1).

⁶ *Revista Latinoamericana de Bioética*; Mérida, Venezuela, edición electrónica, 2008, 2 (2).

⁷ *Medicina e Morale*; 2009 (2): 309-320.

⁸ *Vida y Ética*, UCA, Buenos Aires; 2009,10 (1): 135-146.

⁹ *Acta Bioethica*; 2010, 16 (1): 9-16.

Santiago de Chile, 21 de septiembre 2010.

Capítulo 1

Fundamentos y principios de bioética social

Introducción

El propio desarrollo de la Bioética global de Potter¹⁰, la bioética ecológica¹¹¹² y las propuestas de una bioética cotidiana¹³¹⁴, por un lado; por otro, el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud¹⁵¹⁶, las propuestas de las éticas del desarrollo¹⁷¹⁸¹⁹ y de la interculturalidad²⁰²¹, y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la bioética como una ética institucional, social y política²², con estudios en Latinoamérica sobre justicia e igualdad en salud²³²⁴²⁵, y género y ética en salud²⁶²⁷ que van más allá de la bioética general y clínica.

¹⁰ Acosta JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.

¹¹ Cely G. *Ecología humana, una propuesta bioética*. Bogotá: CEJA; 1998.

¹² Cely G. *Bioética global*. Bogotá: Universidad Javeriana; 2007.

¹³ Berlinguer G. *Ética, salud pública y medicina*. Montevideo: Nordan-Comunidad; 1994.

¹⁴ Berlinguer G. *Bioética cotidiana*. México DF: Siglo XXI; 2002.

¹⁵ Simon P ed. *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

¹⁶ García Marzá D (dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.

¹⁷ Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.

¹⁸ Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.

¹⁹ Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008.

²⁰ Lolas F, Martín DK, Quezada A ed. *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB Universidad de Chile; 2007.

²¹ Salas R. *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. Santiago: Ediciones UCSH; 2003.

²² Kottow M. Salud pública, genética y ética. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (5): 537-544.

²³ Kliksberg B. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *ob.cit.*: 121-186.

²⁴ Parenti F. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta JR. *Ob.cit.*:171-184.

²⁵ Lolas F ed. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000.

²⁶ Valdebenito C, Lama A, Lolas F. Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética. *Acta Bioética*, 2006, 12 (2): 145-150.

“Si la bioética nació y se desarrolló de la mano de los derechos humanos, es inconcebible que a esta altura de los tiempos no se ocupe de los temas sociales vinculados a la salud, en tanto estamos hablando de derechos humanos que, cuanto más vulnerable sea el sujeto, más entidad cobran”²⁸.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales —especialmente el derecho a la vida y a la salud— y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades, para superar defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales²⁹³⁰. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas.

1.- La ampliación del campo de estudio y del campo de visión de la bioética

El éxito de la bioética clínica ha sido la elaboración de una buena y eficaz metodología, la implementación de una buena propuesta de formación de los profesionales, y la penetración en el ámbito de la salud a través de los comités de ética de los hospitales. Para elaborar una bioética social, debemos completar esa metodología y ampliar las funciones de los comités de ética, y por supuesto, es primordial la educación en el diálogo social, académico y profesional.

Los principios bioéticos desarrollados en la bioética norteamericana han sido útiles como metodología de deliberación racional, pero ya se ha señalado desde hace años su insuficiencia, la necesidad de fundamentación y su complementación con una ética de virtudes, como señalan los mismos Beauchamp y Childress³¹. Debemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede

²⁷ López de la Vieja T. *La mitad del mundo, ética y crítica feminista*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2004.

²⁸ Bergel SD. Responsabilidad social y salud. *Revista latinoamericana de Bioética*. Bogotá, 2007, 7 (12): 10-27.

²⁹ Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.

³⁰ Chomalí M, Mañalich J. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago: Mediterráneo; 2006.

³¹ Beauchamp T, Childress JF. Virtudes e ideales en la vida profesional. En: *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999. 1ª versión española, traducción de la 4ª en lengua inglesa: 445-488.

ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el Prof. Diego Gracia³² de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel —importante, pero segundo— con los principios de autonomía y beneficencia.

Y pienso también que quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético —no jurídico solamente— de justicia aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía”³³.

También debemos profundizar en los cambios de perspectiva que nos aporta la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad o excelencia de los cuidados del profesional de la salud.

2.- El aporte desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

En este sentido, pensamos que aportan mucho al debate los estudios que profundizan en la ética de los bienes básicos, la ética personalista, y la ética del cuidado. Se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológica y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

³² Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989. Ver también, Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Ob.cit.*: IX-XV.

³³ Guerra MJ. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito L ed. *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.

La llamada “nueva escuela de derecho natural” parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama “basic values” o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son “aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar”³⁴. Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama “bienes humanos básicos”³⁵ y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Estos bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios “prima facie”.

El personalismo, partiendo en algunos de sus representantes del realismo aristotélico³⁶, añade al esencialismo la dimensión relacional de la persona, al partir de la existencia personal desde la fenomenología³⁷. El respeto a la dimensión biológica del hombre —en el personalismo³⁸— está unida esencialmente a su primer principio ético de la “afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor”³⁹, más allá de no utilizarla como un simple medio. Y esto se aplica a toda vida humana, que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de “interlocutor válido”, como en la de “presente-ausente”, cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía, y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

³⁴ Saldaña J. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva IG. Ed. *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.

³⁵ Gómez-Lobo A. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.

³⁶ Burgos M. *El personalismo*. Madrid: Palabra; 2000:168-180.

³⁷ Torralba F. *¿Qué es la Dignidad humana?*. Barcelona: Herder; 2005: 361-380.

³⁸ Chalmeta G. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética*, 2007; 18: 15-26

³⁹ Wojtyla K. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.

Esta es la aportación clave que, desde el personalismo, se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión un “cable a tierra”, centrar todo en la persona concreta, del médico o del profesional de la salud, del paciente y del usuario. No son sólo decisiones clínicas de profesionales altamente cualificados, o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios éticos básicos. Todo esto nos interesa, y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el Parlamento sobre bioética, etc.

3.- Complementación de visiones: ética dialógica, neokantismo y personalismo

La corriente personalista surge frente a la visión individualista y racionalista del hombre: al considerarlo como persona lo entiende más que como pura razón individual, la persona es razón, voluntad y corazón, relación ‘ad intra’ y ‘ad extra’, o en palabras de Buber, la persona es el lugar del encuentro yo-tú⁴⁰. Esto es en parte diferente de la visión kantiana, por ejemplo, pero es complementaria⁴¹, y así se entiende ya en la propia visión de Beauchamp y Childress: “Existen razones para afirmar que las diferencias entre las distintas teorías no son tan significativas para la ética práctica como en ocasiones se ha mantenido”⁴². En propuestas más recientes también se trata de establecer una “bioética sin adjetivos”⁴³.

Desde la ética dialógica, algunos autores insisten más en el universalismo de los principios y las normas éticos, frente al particularismo de los valores, que orientan las preferencias individuales⁴⁴. Pero en otros —como, por ejemplo, Adela Cortina—

⁴⁰ Torralba F. Ob.cit.: 373-375. Guerra R. Por una bioética sin adjetivos. *Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural. Medicina y Ética*, 2008; 19 (3): 245-257.

⁴¹ Torralba F. Ob.cit.: 320-321.

⁴² Beauchamp T, Childress JF. *Ob.cit.*: 103-104.

⁴³ Guerra R. Por una bioética sin adjetivos. *Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural. Medicina y Ética*, 2008; 19 (3): 245-257.

⁴⁴ Guariglia O. *Una ética para el siglo XXI. Ética y derechos humanos en un tiempo postmetafísico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006: 79-95.

está muy presente la conciencia de los límites de la propia ética dialógica, fundamental en el espacio de la ética pública de sociedades democráticas, pero abierta a la complementación desde el utilitarismo o desde el personalismo⁴⁵.

Por otra parte, el mismo Habermas, ha insistido recientemente en la posibilidad de complementar desde el universalismo filosófico los tres momentos de evaluación ética que establece: el pragmático (desde el utilitarismo individual o social), el normativo (desde la deontología kantiana y la ética del discurso) y el valorativo o moral (desde el pluralismo y la libertad como valores universalizables, entre otros)⁴⁶. Se puede ser pluralista como individuo o como grupo social o sociedad, respecto a distintos tipos de valor, o a su jerarquización, por influencia social, cultural o religiosa —como ocurre, por ejemplo, con la justicia en Latinoamérica, o con la autonomía en USA— y no serlo en valores morales y políticos que asumimos como normativos para todos. Con esto Habermas rechaza el contextualismo de Rorty u otros autores, e insiste la objetividad de lo normativo y también de lo valórico, al igual que Putnam: no cabe solamente “una solidaridad pragmática dentro de un escepticismo contextual”, pues existen razones que objetivamente ha de sostener un agente implicado en ciertos contextos prácticos, racionales y, por tanto, universalizables⁴⁷. Putnam agrega además una propuesta de pluralismo más allá de la tolerancia, con una naturalización de los valores compatible con Aristóteles y Kant⁴⁸ y propone una “mesa de varias patas” con la suma de las propuestas de Levinas, Kant, Aristóteles y Dewey. Habla de la compatibilidad (y complejidad del encaje) entre todos porque la ética no descansa en un único fin o preocupación humana, ni se identifica con un único conjunto de reglas o sistema de principios, sino con una pluralidad de intereses y valores humanos, conclusión a la que también se llega desde la ética de los bienes básicos o desde el personalismo⁴⁹.

Pensamos que estas posiciones son un puente entre la ética dialógica actual y las corrientes que hablan de la racionalidad del bien o los bienes básicos “conocidos

⁴⁵ Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.

⁴⁶ Putnam J, Habermas J. *Normas y valores*. Madrid: Trotta; 2008.

⁴⁷ *Ibidem*: 38.

⁴⁸ *Ibidem*: 73-78.

⁴⁹ *Ibidem*: 40-42.

por sí mismos por todos”, y también desde luego con la visión del personalismo de una experiencia moral de los valores universalizables, en la línea de Max Scheler⁵⁰.

4.- Principios bioéticos: propuesta de articulación desde la ética

La ética tiene dos caras, la que apunta al bien que anhelamos realizar y que llamamos felicidad, y la que nos muestra el deber o la norma que debemos cumplir. En Aristóteles y las éticas teleológicas, la atracción por el bien, y el ideal de felicidad nos llevan a obrar con la ayuda de las virtudes. En Kant, y las éticas deontológicas, descubrimos en nosotros mismos los imperativos universales que norman nuestro actuar. La ética se vive en plenitud cuando se articulan las dos caras, teleológica y deontológica.

Por esto, analizaré la relación de la ética y los principios bioéticos desde la propuesta de “intención ética” que hace Paul Ricoeur, y que define así: “anhelo de vida realizada —y, como tal, feliz—, con y para los otros, en instituciones justas”⁵¹. El sujeto moral, en este análisis, no es solamente el paciente sino también el médico.

4.1 Primer nivel ético: anhelo de una vida realizada: autonomía y no maleficencia

Lo primero es “desear eficazmente una vida lograda”. La ética es ese deseo, antes que una mera normativa. Deseamos ser felices, disfrutar de una vida que vale la pena ser vivida, lograda, realizada, en un proyecto de autorrealización. La libertad está en la raíz del deseo: es el medio para lograr la felicidad. El enfermo, el paciente debe aún en su situación explorar sus potencialidades y no renunciar a ese deseo. Y el médico también.

Acorde con ese deseo está la estima de sí mismo, psicológica (autoestima) y moral: la autoconfianza, que no sólo es constatar nuestras capacidades sino tener una

⁵⁰ Burgos JM. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: EIUNSA; 2007.

⁵¹ Ricoeur P. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.

conciencia lúcida de las propias limitaciones. Todos somos sujetos de dignidad, e iguales, y así Ricoeur comenta que “la estima de sí es moral cuando no es ególatra, reconoce a los otros como sujetos de autoestima dignos”.

Todos ejercemos nuestra libertad en el horizonte de una vida buena que pretendemos realizar, en el horizonte que nos dan los ideales. Pero, ¿qué es una vida plena, lograda, realizada? Podemos contestar que es una vida que alcanza unos niveles de excelencia externos al sujeto: el genio científico, el rico empresario, el médico exitoso, el deportista de élite, realizan plenamente su vida, en ese aspecto de su actividad, que no quiere decir por eso que sea realizada en todo, vida familiar, afectos, ideales, etc. En los enfermos, este nivel de excelencia externa puede estar muy afectado, con una plenitud a medias.

Pero quizás una contestación más plena, desde un sentido propiamente moral, sería que una vida realizada es aquella en la que hay concordancia entre lo que acabamos haciendo y siendo y los ideales que nos marcamos desde las potencialidades que tenemos, incluyendo las personales y las que nos aportan los demás, las potenciales sociales exigibles desde la justicia para todos. Esta sería una vida lograda con niveles de excelencia internos, y a esta autorrealización estamos todos llamados, también los enfermos y los médicos.

Visto así, la autonomía sería “la cara deontológica de la estima de sí que se concreta en un horizonte de realización”. Se hace pasar al deseo de felicidad por la criba de la norma. No sólo es un mero deseo, porque también debe tenerse presente la ley, pero tampoco hay una negación de la estima de sí, porque la ley que debemos obedecer nos la damos a nosotros mismos, guiados por la universalidad razonable de la misma. Planteada así, la autonomía está centrada por un lado en el sujeto, permite hablar de deberes para consigo mismo, no sólo hacia los demás, de modo que pudiéramos realizar con nosotros lo que queramos. Estamos un poco distantes del “soberano sobre sí mismo” de Stuart Mill. Pero por otro lado, se da siempre en una perspectiva relacional: debemos siempre considerar al otro como sujeto, con estima de sí, con autonomía.

Todos estamos convocados a vivir nuestra vida con una autonomía desde la que nos hacemos cargo de nosotros mismos, con responsabilidad. Todos los sujetos

éticos son sujetos con responsabilidad que deben decidir por criterios adecuados y hacerse cargo de las consecuencias de los propios actos.

4.2 Segundo nivel ético: autonomía con y para los otros. Articular beneficencia y autonomía

Nuestros proyectos de realización, autónomos, no son estrictamente individuales, o por precisar mejor, individualistas. La apertura a los otros es precisamente lo que nos construye moralmente y posibilita la realización personal. La acogida equilibrada del otro, la solicitud, la compasión, el respeto y el reconocimiento del otro son fundamentales en nuestra propia construcción moral. Es importante en la relación clínica el respeto a la autonomía de la persona a la que se dirige la acción benefactora. Entre otras consecuencias, podemos mencionar éstas:

- No se puede hacer el bien sin contar todo lo que se pueda con aquel a quien se le hace ese bien. En la base de toda relación humana está el respeto a la dignidad, a quien es persona con dignidad.
- El paternalismo, la decisión efectiva por parte del benefactor sobre lo que es bueno para el beneficiario, sólo está justificado si responde a carencias reales de autonomía en éste, si se expresa sólo en el ámbito de esas carencias y en proporción a las mismas, y si se ejerce con la intención prioritaria de que pueda superarlas en la medida de lo posible.
- La beneficencia debe prolongarse todo lo posible en autonomía, y ser sustitutiva de esta sólo en lo inevitable.
- En aquellos ámbitos en los que las personas tienen suficiente capacidad, tienen derecho al respeto a su autonomía, frente a cualquier paternalismo, aunque después desde ella les toca discernir lo que es su bien y tenerlo presente en su relación con el benefactor (el médico); esa es su responsabilidad.
- Por lo tanto, en la decisión del paciente responsable, es la autonomía la que debe abrirse lúcida y libremente a la beneficencia.
- Dentro de la responsabilidad en la construcción de una vida lograda desde su autonomía, puede estar en muchas ocasiones para el enfermo el pedir ciertas ayudas

del médico y de los demás profesionales de la salud. Autonomía no se identifica, en nadie, con autosuficiencia en sentido duro, aunque sí con la gestión de las propias insuficiencias.

- La acción benefactora no sólo debe respetar la autonomía, debe acogerla, debe transformarse desde las demandas del beneficiario, que son en este sentido un factor de discernimiento para el médico.

4.3 Tercer nivel ético: Articular autonomía, beneficencia y justicia

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo Ricoeur denomina el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia⁵². Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible.

Por tanto, debemos construir también desde el principio de justicia, base de los principios de autonomía y beneficencia. Aquí es donde deben unirse la bioética y el derecho sanitario, pues ambos buscan el mismo fin: la atención de salud justa y, donde sea posible, una relación interpersonal que lleve a una vida lograda al paciente y al médico.

5.- Propuesta de desarrollo del modelo de los principios desde la complementación de visiones bioéticas

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, donde la no maleficencia y

⁵² Ricoeur P. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.

beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, la no discriminación genética; y la autonomía, el principio de respeto por la diversidad genética⁵³. Pienso que es necesario desarrollar los principios secundarios o intermedios que necesitamos para delimitar y concretar en la práctica los cuatro grandes principios generales ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, puede ser protección de un paciente vulnerable, puede ser no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

Es necesario concretar más, en cada uno de los principios. Y también diferenciar estos principios que salvaguardan los derechos y los deberes, y nos muestran las virtudes necesarias para la acción y decisión ético-clínica, de aquellos que son instrumentales en la toma de decisiones, y que a veces se confunden: el principio de proporcionalidad, el de totalidad, el principio de subsidiariedad, del doble efecto, el principio de imparcialidad (el “observador imparcial”), el principio de buscar el mejor interés del paciente, el principio de subrogación de la autonomía, el principio de mediación que nos lleva a buscar siempre una solución de consenso racional político en lugar de la imposición en casos de conflicto. Son importantes para los modelos que utilizamos de toma de decisiones o análisis de casos ético-clínicos, y para tomar la decisión más prudente, pero no tienen que ver directamente con la protección de los derechos, promoción de los deberes y virtudes necesarias en el ámbito biomédico.

6.- Principios de bioética clínica, institucional y social

Los principios bioéticos tal y como aparecen en el Informe Belmont⁵⁴ —respeto por las personas, beneficencia y justicia— responden a principios fundamentales de la

⁵³ Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006. Maliandi R. Esbozo de fundamentación desde la ética convergente. En: Zavadivker N (Compilador) *La ética en la encrucijada*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007: 63-80.

⁵⁴ *Belmont Report*. National Commission for the Protection of Human Subjects on Biomedical and Behavioral Research; 1978.

ética: el mal debe ser evitado, el bien debe ser promovido, y se deben respetar los derechos de cada persona. Se difundieron en el ámbito norteamericano y en todo el mundo, a partir de la obra “Principios de ética biomédica”, de Beauchamp y Childress⁵⁵, que los propone como principios fundamentales ‘prima facie’, distinguiendo la beneficencia de la no maleficencia, y estableciendo la justicia por un lado, y el respeto a la autonomía del paciente, por otro.

Los principios bioéticos hunden su raíz en la ética médica hipocrática, como ha señalado Berlinguer. “La ética médica ha anticipado algunos conceptos que son hoy considerados fundamentales para la bioética. Uno es el principio de beneficencia y no mal-eficiencia; incluido en el dicho hipocrático ‘tender en las enfermedades a dos metas: ser útil o no hacer daño’, después traducido y simplificado al latín en el lema ‘primun non nocere’. El otro, aunque habitualmente está viciado de una concepción paternalista que es parte de la deontología hipocrática, es el principio de autonomía”⁵⁶, tal y como aparece, por ejemplo, en el deber de secreto profesional, el enfermo es el único dueño de las informaciones que él ofrece al médico o que el médico descubre. “Pero también el reconocimiento de la validación moral de una autonomía activa, intersubjetiva, participativa, junto a su utilidad práctica en la lucha contra el mal, está comprendida en otro dicho de Hipócrates: ‘el arte tiene tres momentos: la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el ministro del arte; que el enfermo no se oponga al mal junto con el médico”⁵⁷. De todas formas, el desarrollo de la autonomía ha sido consecuencia de la extensión de la bioética clínica actual, contraria a ese paternalismo⁵⁸. “El principio de beneficencia, como es conocido, en siglos sucesivos se ha incorporado en difusas y generosas actividades asistenciales inspiradas por la religión o el civismo; y después se ha integrado con los principios de justicia y de solidaridad que se afirmaron entre los siglos XIX y XX, los cuales han dado vida, en el plano práctico, a los seguros sociales y a los servicios asistenciales públicos; y en el plano teórico, al concepto del derecho a la salud. El principio de autonomía se

⁵⁵ Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999 (que traduce la 4ª edición norteamericana de 1994).

⁵⁶ Berlinguer G. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 80.

⁵⁷ *Ibidem*: 81.

⁵⁸ Beauchamp T, Childress JF. Concepto de autonomía. En: *Ob.cit.*: 113-124.

ha extendido por doquier en todos los campos en los cuales ha crecido el valor de la libre elección personal”⁵⁹.

Beneficencia y autonomía tienen un fundamento ético diferente; el principio de beneficencia orienta los fines morales a los cuales la medicina debiera ser dirigida, mientras que el principio de autonomía afirma que cada sujeto tiene capacidad y derechos propios. Para una bioética social es imprescindible profundizar sobre todo en el principio de beneficencia, y en su relación con la justicia como ámbito de respuesta al derecho humano a la salud, más allá de la legislación positiva.

“La salud es un derecho diferente: es positivo en cuanto la sociedad tiene a conferirle un beneficio promoviéndola. Este derecho no puede fácilmente imponerse por ley; eso le crea a la sociedad obligaciones que nadie podía confiar en cumplir hasta los tiempos actuales. La salud ha sido siempre una aspiración y una necesidad. Antes la salud podía ser invocada, pero no alcanzada. Una necesidad sólo puede convertirse en un derecho cuando existen las condiciones históricas —incluido el conocimiento científico— para darle respuesta en una escala amplia o universal”⁶⁰.

El bien interno o deber ético básico del médico es “respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad”⁶¹, y “el fin último de la práctica sanitaria consiste en realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente... de forma que muchos de los conflictos que impiden alcanzar el bien social, la salud en nuestro caso, derivan de la confusión de este bien interno con los bienes externos que necesariamente acompañan a toda práctica, como son el dinero, el poder o el reconocimiento. Ambos tipos de bienes son necesarios, pero el problema aparece cuando se confunden y los bienes externos ocupan el lugar de los internos”⁶², tanto en el plano del ejercicio profesional, como en los objetivos de las instituciones. Tendremos presente esta teoría de los bienes internos como referencia para el sistema de principios que propondremos.

⁵⁹ Berlinguer G. *Ob.cit.*: 50-51.

⁶⁰ *Ibidem*: 32.

⁶¹ Organización Médica Colegial de España. *Código Deontológico*. Madrid: OMC; 1999.

⁶² García Marzá D. *Ob.cit.*: 18.

Aunque considerado pertinente para la bioética clínica, este modelo de principios no es aplicable sin más a los dilemas en salud pública, puesto que se fundamenta en la moral de las interrelaciones médico-paciente. Schramm y Kottow han analizado la pertinencia de los principios de ‘solidaridad’, de ‘responsabilidad óntica’, según Jonas, y de ‘responsabilidad diacónica’, según Lévinas, destacando la inaplicabilidad del primero y la posible adaptación de los otros dos a la salud pública. Proponen un principio de protección que sería más adecuado a los propósitos de una ética de la salud pública, y permitiría identificar claramente los objetivos y los actores implicados en una implementación de políticas públicas moralmente correctas y pragmáticamente efectivas⁶³. A nuestro parecer, el principio de protección de los más vulnerables está dentro de lo exigible en justicia en una sociedad, y quizás lleva a este a su práctica implementación cuando se mantienen injusticias sociales persistentes. Pero es necesaria también la solidaridad como complemento de la justicia en salud pública, aunque desde luego la tarea más urgente para evitar las inequidades es la promoción de la protección a los más vulnerables.

Se realiza una propuesta inicial del desarrollo de los principios bioéticos a nivel institucional y social, en el Cuadro 1.

Cuadro 1 SISTEMA DE PRINCIPIOS EN BIOÉTICA

Principios de Bioética clínica, institucional y social

Bioética clínica Médico-paciente	Bioética institucional Institución médico- usuario	Bioética social Ministerio de Salud- Sociedad
NO MALEFICENCIA		
Deber de no abandono	No abandono institucional	No abandono social
Precaución salud	Precaución: sistemas de seguridad	Prevención salud
Responsabilidad profesional	Responsabilidad institucional	Responsabilidad política
(Competencia, ineficiencia, corrupción)	(Educación continua, errores y reclamos, corrupción)	(Lucha contra la corrupción)

⁶³ Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17 (4): 949-956.

JUSTICIA		
Respeto derechos paciente	Respeto derechos paciente	Promoción de derechos
Equidad	Equidad acceso a atención en salud	Equidad y priorización
Equidad reparto recursos	Equidad en recursos escasos	Seguimiento inequidades
Protección al más débil	Protección a población vulnerable	Discriminación positiva
Eficiencia profesional	Eficiencia institucional	Eficiencia sistema
Continuidad de atención	Sostenibilidad de atención	Sostenibilidad del sistema
Calidad profesional	Calidad institucional estándar	Calidad mínima sistema
Transparencia conflictos interés	Transparencia conflictos interés	Transparencia sistema
AUTONOMÍA		
Respeto autonomía	Participación comunitaria	Control social (consentimiento informado)
Promover competencia	Participación familiar	Participación comunidad
Reponsabilidad: deberes	Educación en salud institucional	Prevención / educación
Confidencialidad	Custodia de información y confidencialidad	Control confidencialidad
BENEFICIENCIA		
Calidad de vida: fin clínica	Calidad ideal asistencial	Calidad ideal sistema
Excelencia profesional	Excelencia institucional	Excelencia sistema
Humanización cuidado	Plan humanización institucional	Acreditación
Solidaridad: compasión	Solidaridad institucional	Subsidiariedad
Ética del cuidado	Valores ideales institucionales	Atención universal

La no maleficencia es primariamente **no dañar** física o psíquicamente, evitar el dolor físico y el sufrimiento psíquico. Puede concretarse en tres principios:

- **deber de no abandono** del paciente o sujeto de investigación;
- **principio de precaución**, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis, a nivel del equipo clínico y de la institución;

- y **principio de responsabilidad** ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas tanto en una institución como en salud pública.

Pero también existe el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de **responsabilidad familiar** (no abandono familiar del paciente), y **responsabilidad comunitaria** (no abandono institucional y social). La falta de competencia, la ineficiencia, y la corrupción, sea o no derivada de la mala resolución de conflictos de interés, son simplemente maleficencia, tanto a nivel individual, institucional como social.

El de justicia es primariamente **dar a cada uno lo suyo**, lo debido, a lo que tiene derecho, pero contiene otros varios:

- **Principio del respeto a los derechos o a la legalidad vigente:** ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mutuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema.
- **Principio de equidad**, que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en **no realizar discriminaciones injustas** (caben las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes, etc.). Y segundo, en la **igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud**, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta, con una justa priorización basada en los recursos e intervenciones, sin discriminar a grupos de pacientes por enfermedades.
- Más allá de esto, **el principio de protección**, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica⁶⁴⁶⁵. “Las políticas de protección de salud pública aparecen como propuestas frente a necesidades sanitarias colectivas. Una vez aceptadas, se vuelven obligatorias y permiten que el cumplimiento de las medidas de

⁶⁴ Schramm FR, Kottow M. *Ob.cit:* 955.

⁶⁵ Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes PA de C, Pavone Zoboli ELC. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 71-84.

resguardo validen ejercer un legítimo poder de disciplina y autoridad para que sean efectivas. También se justifica someter la autonomía individual a los requerimientos del bienestar colectivo, en principio sin contemplar excepciones. La legitimidad de las acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características de los actos protectores; la protección adquiere así una forma de poder *sui generis*, avalado por el principio de responsabilidad y caracterizado por la postergación de obligaciones frente a los individuos. Es decir, la justicia sanitaria prevalece sobre la autonomía individual”⁶⁶.

- Derivado del principio de protección, está necesariamente **el principio de control de los resultados de las políticas públicas** adoptadas, y el **deber de eficacia de los gestores de las instituciones** como condición para poder intervenir legítimamente en la vida de los ciudadanos⁶⁷.

- Por eso, también pertenece a la justicia el **deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud**. Es “la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización... es una exigencia moral puesto que todos estamos obligados a optimizar los recursos —que son limitados— sacando de ellos el mayor beneficio posible”⁶⁸. Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud —propio del profesional y del sistema— por encima del fin económico, importante pero secundario.

Y, al contrario, la ineficiencia se puede convertir en la causa de las mayores desigualdades en salud: “La ineficiencia es en algunos países, como en Italia, el mayor factor de inequidad en lo que corresponde a las erogaciones de la asistencia pública sanitaria por cuanto introduce importantes discriminaciones en el acceso y en la calidad de los servicios. La ilusión de gozar de iguales derechos, se acompaña en estos

⁶⁶ Roland F, Rego S, Braz M, Palacios M. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005.

⁶⁷ Schramm, Fermin Roland. 2004, *Ob.cit.*: 83.

⁶⁸ García Marzá D. *Ob.cit.*: 72-78.

casos con el desengaño de los que, como consecuencia, se sienten totalmente desilusionados hacia la acción pública”⁶⁹.

- Es de justicia también **la calidad estándar del ejercicio del profesional** de la salud, conforme a las buenas prácticas clínicas disponibles en el momento y en el país, y asimismo, la calidad estándar de las instituciones, reglamentada por una acreditación externa. También es preocupación directa de una bioética social **la calidad estándar del sistema de salud** y las posibles deficiencias que derivan en situaciones injustas.

- Es de justicia, finalmente, **asegurar la continuidad de la atención**, tanto entre Centros de Salud y Hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber **asegurar la sostenibilidad del sistema** y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud **asegurar la sostenibilidad de las prestaciones** que se ofrecen a los ciudadanos. Y todo esto, con una **absoluta transparencia de los conflictos de interés existentes**, que se debe realizar en justicia a nivel personal, institucional y social.

En cuanto a la autonomía, no es solamente el **respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente**, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá el **deber ético de los profesionales de promover la competencia**, y de ayudar —sin paternalismos— a que el paciente pueda **ejercer una libertad responsable**. Y más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de vista legal —muchas veces confundido con el ético— en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está buscar al representante mejor de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda —de hecho, no en los teóricos

⁶⁹ Berlinguer G. *Ob.cit.*: 105.

derechos— como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

También corresponde al principio de autonomía la **participación de los pacientes** en las instituciones de salud, por ejemplo a través de los Comités de Ética Asistencial, y la **de todos los ciudadanos en el control social y en la elaboración de las políticas de salud públicas, o en las líneas de investigación biomédica**. En la medida que todos sean más autónomos de hecho, deberán también participar en mayor grado en la delimitación de los valores éticos presentes en el sistema de salud y en las políticas de salud.

Por último, **el principio de beneficencia**, que es hoy en día mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible, también según su propia escala de valores⁷⁰. En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende así como un bien del paciente, y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Se entiende que el paciente desea una **atención de calidad y excelencia**, y estos son valores que deben incorporar los equipos y profesionales de la salud⁷¹. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o estándares, y **satisfacción de las expectativas de los usuarios**⁷². Todo lo mencionado se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones a través de las Cartas de Servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación institucionales de las instituciones de salud. “Los potenciales de las profesiones sociales con las propias personas, su capacidad de

⁷⁰ Tauber A. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005. Gracia D. *Ob.cit* (1989): 60.

⁷¹ Gracia, D. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 35-52.

⁷² Fernández Beltrán F. La perspectiva ética de la calidad: de las Cartas de servicios a la acreditación. En: García Marzá D. *Ob.cit.*: 93-115.

innovación y cooperación... Asimismo adquiere importancia la persona misma del profesional... Nace así la convicción de que es necesario liberar el potencial de conocimiento y creatividad de los hombres y mujeres que encarnan las profesiones sociales. La excelencia no recae tanto sobre la profesión en sí misma, cuanto sobre los profesionales, sobre sus motivaciones y su identificación con la tarea, sobre el talante cooperativo y la confianza, sobre el apoyo mutuo y la facultad de tomar decisiones conjuntas”⁷³.

Para las instituciones y el sistema de salud, la excelencia está más allá de la justa asignación de recursos. Hay que tener en cuenta la gestión eficiente, y la reducción al mínimo de la corrupción, para que los recursos asignados lleguen a los usuarios en tiempo y forma oportunas⁷⁴, y promover un **alto estándar de calidad asistencial ideal** en las instituciones —sus valores ideales—, así como los valores ideales de los sistemas de salud, que llegan a una **atención universal de calidad**.

Se requiere también una medicina mucho más cercana al paciente, con una **relación más personal, más humanizada**, tanto por parte del médico y demás profesionales de la salud, como por parte de la institución, por ejemplo, con planes concretos de humanización de la atención que se presta.

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, un agente que interviene en lo que hemos denominado anteriormente el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del “con y para los otros”. No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible. Y aquí son básicos los postulados de **la ética del cuidado**, que acerca la decisión al paciente

⁷³ García Roca J. La navegación y la fisonomía del naufragio. El aspecto moral de las profesiones sociales. En: Kisnerman, Natalio (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 21-22.

⁷⁴ Mainetti JL. ¿Economía de la salud o salud de la economía? Un enfoque bioético de la micro y macro asignación de los recursos. En: Cecchetto S, Pfeiffer ML, Estévez A (Comp.) *Peligros y riesgos en las investigaciones. (Bio)Ética en la investigación con seres vivos*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia; 2009: 217-233.

concreto, con atención a lo singular, circunstancial, y no sólo al universalismo racional de los principios.

Y también es imprescindible **el principio de solidaridad**, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual. Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor, por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos —económicos y humanos— como el sector de salud público chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad benéfica desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todos los ciudadanos comprometidos con la justicia y por parte de las instituciones públicas a todos los niveles, que para un estado solidario se convierte en **deber de subsidiariedad** allí donde no llegue la iniciativa particular de los ciudadanos⁷⁵.

⁷⁵ Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007.

Capítulo 2

Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética

Introducción

“La pobreza es el estado o la condición de una persona que no puede ejercer sus capacidades básicas, de tal forma que su vida se frustra en sus niveles más fundamentales”⁷⁶. En este sentido se puede hablar de una ‘pobreza humana’, distinta de la pobreza monetaria, como lo maneja desde hace algunos años el Programa de Naciones Unidas para el desarrollo, bajo la influencia teórica de Amartia Sen. En uno de los Informes anuales, el PNUD define la pobreza como “la negación de oportunidades y perspectivas fundamentales sobre las cuales reposa todo desarrollo humano”⁷⁷ y también “la denegación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable”⁷⁸, más allá de unos ingresos más o menos bajos en relación con la media. La pobreza está unida a la falta de posibilidades de desarrollo de la persona, y a su estado de vulnerabilidad, por lo que es necesario “romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad”⁷⁹.

El artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, aprobada en 2005, determina que “(...) al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de

⁷⁶ Ponce León F. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Vicente Durán, Juan Carlos Scanne, Eduardo Silva (Compiladores). *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006: 147-164.

⁷⁷ PNUD. *Informe mundial sobre el desarrollo humano, 1997*. París: PNUD; 1997: 16.

⁷⁸ Desarrollo humano para erradicar la pobreza. Resumen. En: *Ibidem*: 1.

⁷⁹ PUND. *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*. Costa Rica: PNUD; 2010.

dichos individuos”⁸⁰. Sin entrar en el término utilizado en potencial, “debería”, que más bien debiera ser imperativo —“se debe” o mejor, “debemos”⁸¹ —, es claro que la protección de los individuos y grupos más vulnerables es una de las misiones principales de la bioética, en su reflexión sobre los valores en la atención y en los sistemas de salud.

La vulnerabilidad es la situación de dependencia en que pueden estar personas o grupos sociales, que no permite o que pone en riesgo claro la autodeterminación y la libre elección en sus ideales de vida y en su desarrollo. Podemos hablar de varios niveles de vulnerabilidad. En primer lugar, la que tenemos todos por el hecho de ser humanos: nuestra libertad no es absoluta, estamos condicionados y a veces, coaccionados, de modo interno o externo; en concreto, todos enfermamos, y finalmente, todos morimos.

Un segundo nivel, que es el que importa en este trabajo, es la vulnerabilidad de no tener cubiertas las necesidades básicas, por la pobreza o la falta de salud, que son términos casi sinónimos en muchas situaciones concretas de Latinoamérica. No nos referimos aquí a las situaciones de extrema pobreza y de extrema gravedad por una enfermedad, pues en estos casos, más que de personas vulnerables, ya estamos hablando de personas vulneradas en su condición humana, y por lo tanto, con una calidad de vida muy por debajo de la mínima justicia. Ante esto, el deber ético es procurar cuanto antes devolver a esas personas a situaciones de dignidad, en el caso de la pobreza, o acompañar y procurar la mejor “calidad de vida” posible, aunque lo que de verdad procuramos es la “mejor calidad de muerte” posible, con cuidados paliativos, porque ya están fuera del alcance terapéutico.

Nos referimos a las situaciones de pobreza no extrema, y de falta de salud por enfermedades crónicas o todavía con posibilidades de curación, que afectan en mayor o menor medida la calidad de vida de las personas, las que suponen también, en mayor o menor medida, una situación de vulnerabilidad; una posibilidad bastante próxima de dependencia de otros y una falta de posibilidades de autodeterminación.

⁸⁰ *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO; 2005.

⁸¹ Cárdenas Krenz R. La DUBDH de la UNESCO: Consideraciones en torno a sus alcances y naturaleza jurídica. En: Abellán J. y otros. *Temas de Bioética y Derecho*. Lima: Cátedra UNESCO de Bioética y Biojurídica, Facultad de Derecho de la UNIFE; 2008: 71-95.

En este sentido, sí que podemos hablar de situaciones, personas o grupos sociales especialmente vulnerables, donde sí que se debe procurar una mejora en su “calidad de vida”, promoviendo que dispongan de una mejor salud y de más medios económicos, culturales y educativos.

Desde los pobres y enfermos, receptores de la ayuda de los demás, podemos hablar de “derechos de bienestar”, de no ser excluidos socialmente⁸², y, sobre todo, de promover su autonomía. Desde los agentes que pueden ayudar, los principios éticos fundamentales son los de justicia y solidaridad. “Posiblemente la mayor tragedia biológica que sufre la especie humana es que su población crece con individuos vulnerados en su vitalidad, no ya solo existencialmente vulnerables”⁸³, en un mundo cada vez más cargado de riesgos y sobre todo de miedo, como señala Bauman⁸⁴, que son las consecuencias más directas de la vulnerabilidad.

Veremos primero algunos datos acerca de la pobreza y la dependencia en Latinoamérica, que nos parecen éticamente relevantes, antes de entrar en el análisis bioético. Después analizaremos la noción de pobreza y de vulnerabilidad desde la filosofía, y la respuesta ética que exige de nosotros, para exponer finalmente, cuáles son las repercusiones, en la bioética latinoamericana especialmente, de estos datos previos y de esta reflexión filosófica sobre pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida, teniendo presente la urgencia de dar soluciones a las situaciones sociales injustas, sin excusas históricas, y, en concreto, dar solución a la pobreza: “La extensa pobreza extrema puede persistir porque no sentimos que su erradicación sea moralmente imperiosa”⁸⁵. Como escribió Carlos Fuentes: “Algo se ha agotado en América Latina, los pretextos para justificar la pobreza”⁸⁶.

⁸² Montecino L (Ed.) *Discurso sobre la pobreza y la exclusión en América Latina*. Santiago: Editorial Cuento Propio; 2010.

⁸³ Kottow M. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009: 71.

⁸⁴ Bauman Z. *Miedo líquido*. Barcelona: Paidós; 2007.

⁸⁵ Pogge T. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós; 2005: 15.

⁸⁶ Citado en Kliksberg B. Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina. En: Bernales ME, Florez V. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004: 29-67.

Datos éticamente relevantes

Pobreza en América Latina (Cuadro 1)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Extrema pobreza	18,1	18,5	19,4	10,1	16,9	15,4	13,3	12,6	12,9
Pobreza	42,5	43,2	44,0	44,2	42,2	39,8	36,5	34,1	33,0

Desigualdad entre los que más tienen y los que menos tienen

América Latina es y ha sido históricamente la región del mundo con mayor desigualdad, tanto si se considera el ingreso como la distribución del consumo, tenencia de tierra, estado de salud y otras variables. Ha sobrevivido esta desigualdad a los diferentes regímenes políticos y económicos, y persisten asimismo importantes diferencias raciales y étnicas.

En general, ha mejorado en términos de niveles de pobreza, según las líneas de pobreza internacionales, bastante más que otras regiones menos desarrolladas del mundo, sobre todo por tener un ingreso per cápita más alto. La pobreza es más baja que en África y la mayor parte de Asia o Europa del este, pero mucho menos buenos que los del Este de Asia. Pero la desigualdad entre los que más tienen y los que más pobres ha seguido creciendo⁸⁷. En 1980 era pobre el 40% de la población; la cifra en 2006 era del 38,5%. Pero en números absolutos, la población pobre pasó de 136 millones a 209 millones en esos años⁸⁸.

Si analizamos la Base de datos Pobreza en América Latina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)⁸⁹, podemos ver la relación

⁸⁷ Feres JC, Mancero X. *Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión desde la literatura*. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Estudios estadísticos y prospectivos n° 4; 2001. Eguía A, Ortale S (Coord.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.

⁸⁸ Kliksberg B. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 133-137.

⁸⁹ Elaborado por el autor con información de la *Base de datos Pobreza en América Latina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*, desarrollada por la División de

ingreso medio per cápita entre quintil 1º y quintil 5º (Hogares del conjunto del país ordenados según su ingreso per cápita. El quintil 5 representa el 20% de los hogares de más altos ingresos, en tanto que el quintil 1 representa el 20% de los hogares de menores ingresos) La media de la región entre la primera medición –de 1989 y 1990- de cada país del ingreso medio per cápita distribuido por quintiles, y la última medición del 2004 es: 21,0 y 21,9. La separación entre los que más tienen y los que menos ha aumentado. En la última medición, están claramente por debajo de la media, con mayor igualdad relativa, Uruguay (10,2), México, Perú, Argentina, Ecuador y Costa Rica. Y están muy por encima de la media Bolivia (44,2), Brasil (31,8) y Colombia (29,6).

Según encuestas realizadas en hogares⁹⁰ (Cuadro 2), en promedio, el 10% más rico de la población en América Latina recibe entre el 40 y el 47% del ingreso total mientras que el 20% más pobre recibe sólo entre el 2% y el 4%. Solamente están por encima de esta cifra Uruguay (4,8) y Costa Rica (4,2). Las mayores diferencias en el nivel de ingresos entre los más ricos y los más pobres podemos observarlas en Guatemala (63,3), Colombia (57,8) y Brasil (54,4), mientras las menores diferencias se dan en Uruguay (18,9), Costa Rica (25,1) y República Dominicana (28,4). Estas diferencias son sustancialmente mayores que en los países de la OCDE, Europa del Este y la mayor parte de Asia, con una inusual alta concentración de ingresos en el extremo superior de la distribución.

Desarrollo Social en el marco de los proyectos "Seguimiento del componente de pobreza del primer objetivo de desarrollo del Milenio (ODM)". En:

<http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=14>

⁹⁰ Ferreira F.H.G; Walton M. *La desigualdad en América Latina ¿Rompiendo la historia?* Bogotá: Banco Mundial y Alfaomega Colombiana; 2005: 17.

Cuadro 2**Relación ingreso medio per cápita entre 10% superior y 20% inferior***

País y año	10% superior en ingreso total	20% inferior en ingreso total	Nivel de ingreso decil 10 respecto decil 1
Argentina (2000)	38,9	3,1	39,1
Brasil (2001)	47,2	2,4	54,4
Colombia (1999)	46,5	2,7	57,8
Costa Rica (2000)	34,8	4,2	25,1
Chile (2000)	47,0	3,4	40,6
Guatemala (2000)	46,8	2,4	63,3
Jamaica (1999)	40,1	3,4	36,5
México (2000)	43,1	3,1	45,0
Rep.Dominicana (1997)	38,6	4,0	28,4
Uruguay (2000)	33,5	4,8	18,9
Estados Unidos (1997)	30,5	5,2	16,9
Italia (1998)	27,4	6,0	14,4

* Fuente: Apéndice estadístico. Tablas A.2 y A.3, World Bank Development Indicators Database, World Bank.⁹¹.

Frente a estos datos, la participación del Gasto Social (GS) en el Producto Interior Bruto de la mayoría de los países de América Latina es baja en comparación con la OCDE. Se presentan comportamientos bastante insatisfactorios y cíclicos, que muchas veces dejan desprotegidas a las familias en la parte negativa de los ciclos económicos. Además, es poco focalizado, no llegando justamente a los que más lo necesitan⁹².

⁹¹ *Ibidem*: 18.

⁹² Meller P, Lara B. Gasto social en América Latina: nivel, progresividad y componentes. En: Cardoso FH y Foxley A (Editores). *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y el desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009.

Podemos establecer tres grupos:

- Países con PIB per cápita mayor o = a 7000 US, y GS superior a 600 US por persona: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Uruguay.
- Países con PIB per cápita entre 5000 y 7000 US, y GS entre 400 y 200 US por persona: Venezuela, Colombia, Panamá.
- Países con PIB per cápita inferior o = a 5000 US, y GS menor o = a 200 US por persona: Bolivia, El Salvador, Honduras, Paraguay, Guatemala, Ecuador, Nicaragua, Perú.

Discapacidad

En América Latina viven aproximadamente 85 millones de personas con discapacidades, de las cuales sólo 2% encuentran respuestas a sus necesidades, según datos del Programa Regional de Rehabilitación de la OPS. Las tendencias actuales señalan que esta situación se acentuará “por el incremento de las enfermedades emergentes, reemergentes y crónicas. Los conflictos bélicos, la violencia social, los accidentes de todo tipo, y el uso y abuso del alcohol y drogas son serios factores de riesgo de discapacidad, así como también el envejecimiento de la población, la desnutrición, la niñez abandonada, los grupos sociales postergados, la pobreza extrema, el desplazamiento de grupos poblacionales y los fenómenos naturales”⁹³.

Los objetivos de las políticas de la OPS en este campo son los siguientes⁹⁴:

- Garantizar la protección social en salud para todos los ciudadanos.
- Contribuir e eliminar las desigualdades en el acceso.
- Garantizar servicios de calidad.
- Proporcionar a los grupos sociales excluidos oportunidades para recibir atención integral.
- Eliminar la capacidad de pago como factor restrictivo.

⁹³ Amate AE, Vásquez AJ (Edit.) *Discapacidad, lo que todos debemos saber*. Washington: OPS/OMS; 2006: 3.

⁹⁴ *Ibidem*: 6.

Cuadro 3**Prevalencia de la discapacidad por país**

País	Total personas discapacitadas	Porcentaje
Argentina	2.217.500	6,80
Bolivia	741.382	9,26
Brasil	10.000.000	6,00
Chile	958.500	6,39
Colombia	4.992.000	12,00
Costa Rica	363.480	9,32
Ecuador	1.636.800	13,20
Guatemala	1.887.000	17,00
Honduras	700.000	14,00
México	10.000.000	10,00
Nicaragua	593.880	12,12
Perú	7.882.560	31,28
Uruguay	495.000	15,00
Venezuela	2.370.000	10,00

Fuente: Amate AE, Vásquez AJ (Edit.) *Discapacidad, lo que todos debemos saber*. Washington: OPS/OMS; 2006.

Las causas principales de la discapacidad en América Latina son las sanitarias: además de las comunes con los países desarrollados (defectos congénitos, enfermedades crónicas, tumores malignos, accidentes de tránsito), están las enfermedades infecciosas y parasitarias, deficiencias nutricionales, y problemas en el embarazo y el parto. También tienen importancia los motivos ambientales: la contaminación ambiental y su repercusión en la salud, la falta de prevención de la violencia y de los accidentes laborales y de tránsito, los conflictos armados en algunos países, que causan traumas psicológicos y emocionales. Podemos concluir que las

siguientes son áreas problemáticas: la educación, el empleo, la accesibilidad y movilidad en áreas urbanas, el poco desarrollo e idoneidad de la asistencia médica para la discapacidad, la falta de información.

Trastornos mentales en América Latina

Es preciso conocer también la prevalencia de los trastornos mentales y la brecha de tratamiento, que está dada por la diferencia entre las tasas de prevalencia verdadera y las de las personas que han sido efectivamente tratadas, que en algunos casos es grande pese a la existencia de tratamientos eficaces⁹⁵. Los resultados de una amplia investigación basada en estudios comunitarios publicados en toda América Latina y El Caribe es la siguiente⁹⁶: las psicosis no afectivas (entre ellas la esquizofrenia) tuvieron una prevalencia media estimada durante el año precedente de 1,0%; la depresión mayor, de 4,9%; y el abuso o la dependencia del alcohol, de 5,7%. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad, y cerca de tres cuartas partes de las que abusaban o dependían del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

Los determinantes sociales de la salud

Es patente que las desigualdades en salud crean en ocasiones desigualdades sociales, como por ejemplo en el acceso al trabajo⁹⁷, pero también su contrario se ha puesto de manifiesto: cada vez está más fundamentado el hecho de que las desigualdades sociales crean desigualdades en salud⁹⁸, por lo que es necesario

⁹⁵ Rodríguez JJ, Khon R, Aguilar-Gaxiola S. *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington: OPS; 2009.

⁹⁶ Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica*. 2005;18(4/5):229-40.

⁹⁷ Valenzuela ME, Rangel M.(Editoras) *Desigualdades entrecruzadas. Pobreza, género etnia y raza en América Latina*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo; 2004.

⁹⁸ Emanuel E. Inequidades, bioética y sistemas de salud. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética, OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000:

tenerlas muy presentes a la hora de establecer políticas de atención en salud y de buscar propuestas y mejoramientos⁹⁹¹⁰⁰.

“De la merma de años de vida ajustados por discapacidad, el 80% es sufrida por las naciones más pobres. Hay múltiples datos epidemiológicos, que confirman la profunda brecha de salud y expectativas de vida que se da entre pudientes y desposeídos”¹⁰¹. Los espectaculares logros alcanzados por la salud de los individuos, con la mejoría mayoritaria de las expectativas de vida, por ejemplo, no han sido equiparados por una mejoría equivalente de la salud de las poblaciones en su conjunto, por lo que debemos llamar la atención “hacia los valores dominantes que han moldeado nuestro mundo, hacia las diferencias entre definiciones amplias y/o restrictivas de la salud pública, hacia algunos valores que deben ser promovidos y hacia una ética de la salud pública que considere tanto los derechos como las necesidades humanas”¹⁰², dentro de “los compromisos necesarios de una medicina sostenible”¹⁰³.

No podemos enfocar el análisis bioético sólo en los derechos de los pacientes desde el ámbito clínico, debemos profundizar en los aspectos éticos de la salud pública y más aún, en los determinantes sociales de las situaciones de salud deficientes¹⁰⁴.

Pero también debemos tener en cuenta que los determinantes sociales no son determinantes necesarios absolutos: “Hoy, —comenta Alain Touraine— el tema, no hace mucho esclarecedor, de los determinantes sociales, es sobre todo un obstáculo para la comprensión del actor social. La modernidad, es decir, la orientación central

101-106.

⁹⁹ *Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud*. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. Santiago: OMS/OPS, Ministerio de Salud Chile, FLACSO Sede Chile; 2005.

¹⁰⁰ Arnson CJ, Jara J, Escobar N (Compiladores). *Pobreza, desigualdad y la 'nueva izquierda' en América Latina*. Santiago: Woodrow Wilson Center Update in the Americas y FLACSO Chile; 2009.

¹⁰¹ Kottow M. *Ob.cit.*: 47.

¹⁰² Benatar SR. Public health and public health ethics. *Acta Bioethica*, 2003, 9 (2): 195-207.

¹⁰³ Callaham D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. En: Lolas F (Ed.) *Ob.cit.*: 91-100.

¹⁰⁴ Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: OMS; 1991: 11.

de los actores modernos hacia la afirmación de su propia libertad, está orientada ante todo por una lógica del actor que trata de afirmarse como tal”¹⁰⁵.

“La modernidad no se manifiesta en la creación del *mejor de los mundos*, sino al contrario, en la subordinación de todas las formas de organización social a un objetivo central: producir individuos capaces de inventar y defender su propia capacidad de combinar el pensamiento racional y los derechos humanos fundamentales en instituciones sociales preocupadas a la vez por la eficacia y por la libertad”¹⁰⁶.

Los actores de la salud son los pacientes y los profesionales que les atienden, dentro de los condicionantes sociales del sistema de salud, pero con libertad para constituirse en agentes del cambio, con la libertad de ser actores, es decir, sujetos agentes, como afirma Amartya Sen¹⁰⁷.

Calidad de vida

La pobreza y la discapacidad están relacionadas —en muchas ocasiones muy directamente— con la enfermedad, y las tres con la “calidad de vida”. Este término empieza a utilizarse en la década de los 60, y como categoría específica en las ciencias sociales en los 70. En palabras de Carmen R. Victoria, “ha venido cobrando importancia debido a que la mayor sobrevivencia de la población en la actualidad corre en paralelo con algún grado de discapacidad, un incremento en el número de ancianos en proporción a la población en general, y un creciente número de personas que padecen los efectos de una enfermedad crónica, de su tratamiento y de las limitaciones que ésta les impone. Por estas razones ya no sólo interesa la consideración de la cantidad de vida, sino, de manera especial, de la calidad de vida, que se sitúa en muchos casos por encima de la conservación de la cantidad. De aquí que la ética forme parte del

¹⁰⁵ Touraine A. *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005: 107.

¹⁰⁶ *Ibidem.*: 116.

¹⁰⁷ Sen A. Exclusión e inclusión. En: Sen A, Kliksberg B. *Ob.cit.*: 27-42.

conjunto de ciencias sociales que se necesitan para abordar el análisis de esta categoría”¹⁰⁸.

La calidad de vida se ha convertido en un elemento esencial de la atención en salud: “los sistemas de salud en general, y cada situación clínica en particular, procuran aumentar la calidad de vida de las personas enfermas, que han de asumir determinadas limitaciones para poder prolongar su vida. Y en aquellos casos en que el pronóstico apunta hacia una muerte más o menos inminente, se trata de optimizar la calidad del tiempo que reste por vivir”¹⁰⁹.

Se han desarrollado diferentes técnicas de evaluación de la calidad de vidas, con instrumentos más o menos precisos para medirla, como los años de vida ajustados por calidad (QALYs), o los años de vida ajustados por la discapacidad (DALYs), que han sido incorporados al análisis bioético¹¹⁰, y la calidad de la asistencia en salud también se trata de medir con criterios concretos evaluables¹¹¹.

La valoración de los QALY o sea años de vida ponderados en base a la calidad, comienza a ser bastante difundida en la economía sanitaria, en la epidemiología y en la bioética. La valoración está basada en la crítica de la ‘esperanza de vida’ como única medida del estado de salud de una población y en la consideración de que hoy la medicina permite una larga supervivencia en condiciones de invalidez, como en los casos de enfermedades crónicas.

Ha sido criticada por la inexistencia de valores universalmente aceptados para medir la calidad de vida, por la dificultad de prescindir de valoraciones subjetivas de la menor habilidad o capacidades. “En el plano ético, las dudas más consistentes están en el riesgo de que la elección de prioridades se orientan hacia los sujetos reconducibles, con bajos costos, a la ‘normalidad’; interpretando esta palabra de un modo arbitrario y discriminatorio”¹¹².

¹⁰⁸ Victoria García-Viniegras CR. *Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós; 2008: 14.

¹⁰⁹ *Ibidem*: 37.

¹¹⁰ Gracia D. Ética de la calidad de vida. En: Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho; 1998: 155-173.

¹¹¹ Simón P (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

¹¹² Berlinguer G. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 80.

No nos interesa ahora profundizar en este tema, pero sí remarcar que el concepto de calidad de vida ha sido un elemento de estudio relevante en los problemas de bioética al final de la vida, sobre la distribución justa de los recursos en salud, y a la hora de tomar decisiones en la mayoría de los problemas de salud pública, de tal manera que elevar la calidad de vida de los pacientes comprende un amplio abanico de propósitos, y puede estar presente como el fin último del sistema de salud de un país y como el objetivo de cada tratamiento a aplicar a un paciente en particular. Quizás no sea el fin último, pero sin duda es uno de los principales fines de la medicina actual, de las políticas públicas de salud, y debe estar presente en la práctica clínica diaria.

Pobreza desde la filosofía política

Desde una concepción ética de la pobreza, ser pobre significa no tener algunos determinados recursos económicos, pero también, y sobre todo, carecer de lo que se ha denominado la autoestima o el respeto propio, carencia que va en contra de los mínimos “derechos de bienestar”, destinados a proporcionar ayuda para salir de ella. “Como señala A. Sen, las poblaciones pobres son desempoderadas, carecen de la capacidad para hacer uso de la libertad a fin de incorporarse a la sociedad y participar en su desarrollo. Es imposible abordar temas de ética que conciernen a la humanidad entera, sin registrar la ingente realidad de la pobreza, que golpea notoria y visiblemente a casi la mitad de la población mundial, además de presentarse como condición social oculta en medio de sociedades supuestamente pudientes”¹¹³.

Según Rawls, la pobreza afecta a los valores morales primarios: “Las bases sociales del respeto de sí mismo son aquellos aspectos de las instituciones básicas que normalmente son esenciales para que los ciudadanos tengan un sentido vivo de su propio valor como personas morales y sean capaces de realizar sus intereses de orden supremo y promover sus fines con confianza en sí mismos”¹¹⁴.

¹¹³ Kottow M. *Ob.cit.*: 74-75.

¹¹⁴ Rawls J. Unidad social y bienes primarios. En: *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Tecnos; 1986: 193.

Existen muy diversas posiciones acerca de cómo afrontarla, y sobre los criterios de distribución de la riqueza, que afectan a las posibles políticas públicas, y siempre parten de una determinada concepción de los seres humanos. Así, el criterio de distribución según los bienes primarios de Rawls¹¹⁵, o la conocida sentencia de la doctrina marxista: “De cada cual según su capacidad, a cada cual según sus necesidades”¹¹⁶, centrados ambos criterios en el principio de justicia. El problema es cómo atender con medios escasos necesidades crecientes, y evaluar de modo objetivo estas necesidades. Así, se proponen listas de necesidades básicas¹¹⁷, o atender mejor a las necesidades subjetivas, según las preferencias de los afectados —como propone Dworkin¹¹⁸—, pero teniendo en cuenta las circunstancias del contexto social y la herencia genética, con igualdad de recursos, de modo que se respete la integridad de las personas, incluyendo la corporal y la conservación de la salud, y facilitando las posibilidades de elección.

Con los criterios de preferencias, el centro comienza a variar desde la justicia y los derechos objetivos a la autonomía personal. Marta Nussbaum habla de “actualizar las potencialidades” de los seres humanos¹¹⁹. Onora O’Neill ha insistido en que la pobreza sitúa a las personas en una situación de vulnerabilidad que les impide la posibilidad de rechazar lo que les ofrecen aquellos que detentan el poder¹²⁰. Amartya Sen subraya que cualquier teoría sobre la justicia debe tener como fin el desarrollo de “las capacidades y los funcionamientos”, que permiten a las personas participar en la vida social: la pobreza es, sobre todo, exclusión¹²¹ y privación de las capacidades y de la libertad de agencia para el bienestar¹²².

¹¹⁵ Rawls J. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1995.

¹¹⁶ Heller A. *Theory of Needs in Marx*. London: Allison and Bussy; 1974.

¹¹⁷ Nussbaum N, Sen A (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.

¹¹⁸ Dworkin R. Do Liberty and Equality Conflict? En: Barker P (Comp.) *Living as Equals*. Oxford: Oxford University Press; 1996: 23-57.

¹¹⁹ Nussbaum M. Capacidades humanas y justicia soail. Una defensa del esencialismo aristotélico. En: Riechman J (Coord.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 1998: 43-104.

¹²⁰ O’Neill O. *Toward Justice and Virtue*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.

¹²¹ Sen A. Exclusión e inclusión. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 27-42.

¹²² Sen A. Bienestar, justicia y mercado. Barcelona: Paidós; 1997/ Capacidad y bienestar. En: Nussbaum N y Sen A (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996: 154-194.

Desde la situación de los pobres, receptores de la ayuda, se insiste en los derechos del bienestar, que requerirían deberes de justicia. Así, Rawls menciona ciertos deberes que se nos aplican con independencia de nuestros actos voluntarios, y tienen que ver directamente con las situaciones de pobreza y enfermedad: “deber natural de ayudar a otro cuando lo necesita o está en peligro, siempre y cuando se pueda hacer sin riesgo o pérdidas excesivas; el deber de no dañar a otro; el deber de no causar sufrimiento innecesario (...) y el mutuo respeto a los demás como seres morales”¹²³.

Desde otras posiciones se insiste en las obligaciones de asistir, más ligadas al principio ético de beneficencia que al de estricta justicia. Desde el consecuencialismo utilitarista, Singer comenta que “si podemos evitar algo malo, sin sacrificar algo que tenga un valor moral comparable, debemos hacerlo”¹²⁴, y está claro que la pobreza es lo peor a nivel social.

Otros insisten en que más allá de los derechos y las obligaciones están las virtudes, sobre todo la justicia entendida como virtud, que son las que llevan a los individuos a organizar la solidaridad y emprender acciones de lucha contra la pobreza, y que “las instituciones encargadas de satisfacer las necesidades básicas tengan una actitud activa y responsable y no se conformen con sentir, pasivamente, que cumplieron con la demanda de un derecho”¹²⁵. Cualquier política para combatir la pobreza sería buena desde el punto de vista moral, si coincide con la obligación perfecta de contribuir a que los seres humanos sean menos vulnerables y menos coaccionados. En la medida en que reforcemos la necesidad de establecer obligaciones con los pobres, los argumentos contra los derechos de bienestar perderán fuerza pues se basan en una visión demasiado individualista de las personas. “Nos parece que lo conveniente sería rescatar la noción de ciudadanía, ésta nos permitiría concebir una idea de las personas como seres que interactúan en una sociedad, que tienen derechos pero también obligaciones, que desarrollan ciertas virtudes en las que se incluyen

¹²³ Rawls J. *Ob.cit.*, 1995: 115, 309-310.

¹²⁴ Singer. *Practical Ethics*. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994: 229.

¹²⁵ Dieterlen P. *La pobreza: un estudio filosófico*. 1ª reimp. México: UNAM y Fondo de Cultura Económica; 2006: 111-112.

aquellas que tienen que ver con el bienestar de todos y cada uno de los individuos que comparten un territorio”¹²⁶.

Como vemos, los aspectos económicos del problema de la pobreza están muy unidos a los éticos, en la valoración y complementación del principio de justicia con el de autonomía, y en el respeto ético que se merecen los seres humanos por el mero hecho de serlo, según la tesis kantiana del deber de tratar a los demás como fines y no exclusivamente como medios, más allá de criterios meramente utilitaristas. Veremos más tarde algunas de las soluciones aportadas desde la ética y la bioética.

Vulnerabilidad desde la filosofía

La vulnerabilidad, en la visión filosófica, y especialmente en la personalista, es una de las justificaciones del hecho mismo de la moralidad. Entre las características constitutivas del ser humano, junto a la insuficiencia del instinto, la racionalidad, la autonomía, la responsabilidad, y la índole comunitaria, está precisamente la vulnerabilidad: “nuestra vulnerabilidad no queda plenamente amparada por las solas prescripciones negativas de la moralidad. Ésas marcan los mínimos. Necesitamos también de las contribuciones positivas de otras personas: intimidad, cariño, protección y cuidado. La satisfacción de estas necesidades solamente es posible en una comunidad de seres morales, en la que se reconocen y amparan las vulnerabilidades y los intereses de las personas”¹²⁷.

Los seres humanos somos “animales racionales y dependientes”, como expone MacIntyre: “Cuando se habla en los libros de filosofía moral de los enfermos o de quienes padecen alguna lesión o sufren alguna discapacidad, se les trata casi exclusivamente como individuos que pueden ser objeto de benevolencia por parte de los agentes morales, quienes aparecen en cambio como sujetos continua y constantemente racionales, con buena salud y que no padecen alteración alguna”¹²⁸.

¹²⁶ Ibidem: 117.

¹²⁷ Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. 2ª ed. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée de Brouwer; 2005: 44-45.

¹²⁸ MacIntyre. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Barcelona: Paidós; 2001: 10-11.

Así, los “discapacitados” son “ellos” diferentes de nosotros, no individuos como nosotros, en cuya situación nos hemos visto alguna vez, o nos vemos ahora, o probablemente nos veremos en el futuro.

La vulnerabilidad y la dependencia son universales y son las que nos llevan a una necesaria cooperación social fundamentada en las virtudes personales. Las virtudes que el ser humano necesita para desarrollarse a partir de su condición animal inicial y llegar a ser un agente racional e independiente son las mismas que las que requiere para hacer frente a la vulnerabilidad y la discapacidad, tanto de uno mismo como las de los demás. Son “las virtudes propias de los animales racionales y dependientes”¹²⁹, por lo que la razón misma nos invita a una filosofía humana del cuidado de la persona vulnerable¹³⁰.

Pero estas virtudes no pertenecen solamente al ámbito personal privado, deben hacerse presentes también en el ámbito social y político como “compromiso ciudadano que lleve a una articulación política de la solidaridad”¹³¹ y a una discriminación jurídica positiva de los más dependientes y vulnerables¹³².

Elaboración de una ética del cuidado y la solidaridad

“La vulnerabilidad tiene el poder de sacar lo mejor de nosotros mismos, activar los valores más sólidos, ayudarnos a construir redes basadas en la relación y no en la independencia, basadas en el interés por los demás y no sólo por uno mismo. En el modo como nos acercamos a la vulnerabilidad propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad”¹³³.

Es necesario por ello elaborar una ética del cuidado que, más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, se acerque a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, de forma que lleve a una mayor

¹²⁹ Sánchez Escorial L, Verona Humet P. *Identidad, justicia y vulnerabilidad*. Barcelona: Fundación Mapfre Medicina; 2005.

¹³⁰ Masiá Clavel J. *El Animal Vulnerable: Invitación A La Filosofía De Lo Humano*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1997.

¹³¹ Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007: 118-127.

¹³² Alarcos FJ. *¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia*. Granada: Comares; 2007.

¹³³ Bermejo JC (Ed.) *Cuidar a las personas mayores dependientes*. Santander: Sal Terrae; 2002.

acción dentro de la justicia social completada con la solidaridad¹³⁴. Este tema ha cobrado mayor actualidad a la vista de las recientes pandemias¹³⁵ y de las consecuencias de las catástrofes naturales, como hemos padecido recientemente en Chile.

Aunque algunos advierten que puede caer en la arbitrariedad, “es preciso reconocer que la ética del cuidado pone de relieve elementos importantísimos para la vida moral. El cuidado se refiere, en definitiva, a la sensibilidad ante las necesidades y vulnerabilidades del otro concreto, en su singularidad, con quien estamos en relación”¹³⁶. La ética filosófica debe descender al trato que se ha de proporcionar a quienes se hallan en situación de dependencia, desde las éticas clásicas a las éticas de la responsabilidad, y finalmente a las del cuidado, claves para analizar “las repercusiones que comporta para la ética médica la extensión social de personas en situación de especial vulnerabilidad”¹³⁷. Y desde la ética debemos aplicar esta perspectiva en la bioética y la biojurídica¹³⁸, de modo que no se centren exclusivamente en las relaciones de derechos y deberes, sino en construir relaciones éticas que fortalezcan en lo posible la vida frágil de las personas¹³⁹.

Más allá de la alternativa entre deontologismo y teleologismo, principialismo o consecuencialismo, es necesario promover una praxis ética basada en argumentos, que reivindique el derecho y deber de todo ser humano a tener una vida digna, a partir de los cauces epistemológicos que identifican bioética y desarrollo solidario¹⁴⁰, en la llamada bioética global¹⁴¹.

¹³⁴ Ralston D Ch., Ho J (Eds.) *Philosophical reflections on Disability*. Springer; 2010.

¹³⁵ Howard Brody and EricN Avery. Medicine’s Duty to Treta Pandemic Illness: Solidarity and Vulnerability. *Hasting Center Report*, 2009; Vol. 39, 1: 40-48.

¹³⁶ Ferrer JJ, Alvarez JC. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas Teóricos en la bioética contemporánea*. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas; 2003: 279.

¹³⁷ Bonete Perales E. *Ética de la dependencia*. Madrid: Editorial Tecnos; 2009.

¹³⁸ Cayuela A (coord.) *Ética, Bioética y desarrollo: el hombre como ser dependiente*. Granada; Comares; 2004.

¹³⁹ Del Barco JL. *La vida frágil*. Buenos Aires: EDUCA, Instituto de Bioética; 2000.

¹⁴⁰ De Velasco JM. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

¹⁴¹ Gorovitz S. Reflections on the vulnerable. En: Bankowsk Z, Bryant JH (Eds.) *Poverty, Vulnerability and the Value of Human Life: a global agenda for bioethics*. Ginebra: CIOMS; 1994.

Desde Latinoamérica: propuesta desde la ética del discurso sobre la pobreza y el desarrollo económico y social

Dorando J. Michelini ha elaborado una detallada propuesta desde la ética discursiva: “Como es sabido, en Latinoamérica el bienestar de las personas está seriamente afectado. Esto sucede, por ejemplo, en aquellos lugares en los que no se respeta la dignidad e igualdad de todas las personas ni están aseguradas las condiciones básicas materiales, sociales y ciudadanas para que todos y cada uno de los individuos puedan desarrollar sus capacidades. De este modo, las problemáticas de la pobreza y la exclusión, que se han agravado en América Latina en las últimas décadas, presentan también serios desafíos para la realización del bien común”¹⁴². Por eso, en los últimos años, la cuestión del desarrollo y de una ética del desarrollo se vuelve a plantear con fuerza dentro de las éticas prácticas¹⁴³¹⁴⁴, y de la ética de la empresa y la economía¹⁴⁵¹⁴⁶.

Pero ya no se plantea este desarrollo con una concepción economicista y meramente técnica. “En la actualidad, al hablar de desarrollo, es necesario tener en cuenta la integralidad de un proceso que incluye lo económico, lo ecológico y lo cultural, como así también la dimensión ético-política. No hay desarrollo sin eficiencia económica”, pero esta tiene que estar “ético-políticamente orientada al bien común, y articulada con la identidad cultural y el cuidado del medio ambiente. (...) Cualquier transformación social de este tipo implicará llevar adelante una tarea ardua y compleja de redimensionamiento de la economía, la política y la cultura sobre la base de una corresponsabilidad e interacción solidarias, tal como lo exigen los lineamientos fundamentales de una nueva ética cívica”¹⁴⁷.

¹⁴² Michelini DJ. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008: 71.

¹⁴³ Martínez Navarro E. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.

¹⁴⁴ Goulet D. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.

¹⁴⁵ Cortina A, Pereira G (Editores) *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2009.

¹⁴⁶ Conill J. *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2006.

¹⁴⁷ Acosta Sario JR (Editor) *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2002.

Los pobres en la sociedad del conocimiento

Gilberto Cely, desde Colombia, llama a la reflexión sobre la gran responsabilidad que incumbe a la ciencia, a la tecnología y al científico en su trabajo cotidiano individual, en la configuración de la nueva sociedad, la sociedad del conocimiento, en la que los pobres son precisamente los marginados culturalmente¹⁴⁸. La nueva sociedad del conocimiento tendría que caracterizarse por la solidaridad entre quienes la conforman, que ayude a superar los fraccionamientos tradicionales, merced a la puesta en práctica de una nueva bioética inspirada en el principio de preservar la vida en todas sus formas, incluida la humana con sus atributos de dignidad e integridad.

Precisamente por esto, varios de los encuentros académicos sobre bioética han tenido precisamente el objetivo de profundizar en la vulnerabilidad que supone la falta de educación y de conocimientos, como una “problemática que consideramos de apremiante interés para los países de la región... (y) como aporte a la discusión y a la construcción de una verdadera ‘ciudadanía social’, con una visión integradora de los distintos ámbitos del saber que confluyen en el ámbito de la bioética”¹⁴⁹.

Efectiva aplicación de los derechos humanos

Con fundamentos en esta ética dialógica, pero más allá de esa reducción de las asimetrías de los interlocutores, parte de la ética y de la bioética latinoamericana se ha centrado en dos temas: cómo conseguir una efectiva aplicación de los derechos humanos, especialmente el derecho a la vida y el derecho a la asistencia justa en salud; y cómo conseguirlo en una región donde son muy numerosas las personas vulnerables y las que ya han sido quebantadas en algunos de sus derechos más fundamentales, tanto por la pobreza y falta de desarrollo social y económico, como por la marginación y exclusión étnica o social.

La preocupación por los derechos humanos está en el inicio de las primeras

¹⁴⁸ Cely Galindo G. *La Bioética en la sociedad del conocimiento: los pobres del Tercer Milenio son los que no acceden al conocimiento*. Bogotá: 3R Editores; 1999.

¹⁴⁹ Hooft PF, Chaparro E, Salvador H (Compiladores). *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. VIII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2003.

publicaciones de temas de bioética en México, por ejemplo, con las publicaciones del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en los años ochenta, que han continuado hasta la actualidad¹⁵⁰. También son recientes visiones globales de la bioética como una ética de los derechos humanos fundamentalmente, como una profundización del principio de justicia del principalismo, con la equidad como fundamental por encima de la eficiencia del sistema de salud, por ejemplo¹⁵¹, o en abierta crítica a este sistema de principios¹⁵².

Para ello, la erradicación de la pobreza y el desarrollo económico y social son el primer paso imprescindible. Algunas propuestas van en la línea de apoyar la *equidad en las reformas de los sistemas de salud*, con parámetros bien delimitados, como la de Norman Daniels¹⁵³¹⁵⁴. Otras van directamente a la fundamentación: *la justicia se entiende como solidaridad, y directamente en la lucha contra la exclusión* derivada del neoliberalismo, como comenta Pérez de Nucci: “Lo negativo no es la marginación y la pobreza en sí, sino el hecho de excluir a todos aquellos que no pueden acceder a medirse por los parámetros de liberalismo imperante. Estos son simplemente excluidos. A su vez, este acto de exclusión, de privar a otros de su respectividad personal, transforma en impersonales a los que cometen ese tipo de acto, en el sentido de negación de su condición de personas, seres culturales incluyentes... La explosión de los costos sanitarios acabó con la pretendida igualdad de todos ante la salud y planteó hondas diferencias sociales (...) La justicia es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres”¹⁵⁵.

¹⁵⁰ Tealdi JC. *Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2008.

¹⁵¹ Martínez Oliva L. *Justicia y Medicina Pública. Del principio ético a los desafíos en su aplicación*. Santiago: LOM Ediciones; 1999.

¹⁵² Estévez E, García Banderas A. *Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana*. Quito: Terán; 2009.

¹⁵³ Daniels N et al. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000, vol.78, n.6, pp. 740-750.

¹⁵⁴ Daniels N. *Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications*: www.paho.org/English/BIO/Daniels.ppt

¹⁵⁵ Pérez de Nucci A. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008: 114-115.

Una bioética de liberación e intervención

Es bien conocida la fundamentación de Dussel de una *ética de la liberación*, en Argentina, que parte de la crítica a la ética dialógica, por considerar que el diálogo racional se efectúa con gran disparidad en Latinoamérica, no es un diálogo entre iguales¹⁵⁶, y las “formas de vida intersubjetivamente compartidas” parten de injusticias radicales, por lo que la ética debe ser primero una ética de la liberación de los oprimidos¹⁵⁷. Si para Levinas, como señalábamos anteriormente, la ética era la filosofía primera, para Dussel esa filosofía primera es la política, una ética-política de liberación, que evite el silenciamiento de los oprimidos¹⁵⁸, que es el colmo de la “asimetría antidialógica”: “la dinámica de los derechos humanos tiene su punto de arranque en el reconocimiento del otro como interlocutor válido al que se le reconoce el derecho a la palabra, al que por tanto hay que abrirle lugar en los procesos político-dialógicos para que efectivamente pueda decirlo”¹⁵⁹.

En bioética esta corriente se ha desarrollado sobre todo en Brasil¹⁶⁰¹⁶¹, y en algunos casos ha dado lugar a la elaboración de propuestas de una *bioética de intervención*¹⁶², directamente en el campo político y de reforma de los sistemas de salud. Volnei Garrafa comenta: “El desafío de transformar la ética de la responsabilidad en medidas prácticas, a través de políticas públicas oportunas y acciones técnicas adecuadas, podría constituirse en un fuerte vehículo movilizador en busca de la ciudadanía a través de la materialización de la salud como un derecho de todas las personas indistintamente”¹⁶³. Sin embargo, marcando las distancias entre

¹⁵⁶ Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*, Madrid: Trotta; 2008.

¹⁵⁷ Dussel E. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta; 2005.

¹⁵⁸ Romero Cuevas JM. Humanismo, historia y crítica en Ignacio Ellacuría. En: Rösen J, Kpplarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 129-144.

¹⁵⁹ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 159-160.

¹⁶⁰ Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, Petrópolis; 2006.

¹⁶¹ Fabri dos Anjos M, Siqueira JE de (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendencias e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.

¹⁶² Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2008: 177-180.

¹⁶³ Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde a luz da bioética. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo y Edições Loyola; 2004: 59.

bioética y política, como campos complementarios, otras posiciones se decantan por distinguirlas: “Si la política se adscribe a la deliberación en forma de una democracia ética dispuesta a legitimar su proceder, estará en un terreno común y fructífero con la bioética. Es menester que la política reconozca sus raíces éticas y la proveniencia moral de su legitimidad, más que pedirle a la bioética que intente desarrollar un discurso político”¹⁶⁴.

Bioética de protección de los vulnerables

También desde Brasil y Chile ha surgido la propuesta de una *bioética de protección de los vulnerados y empoderamiento de los vulnerables*¹⁶⁵: “La bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo, quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos, de modo que se prescriban los actos considerados correctos y se proscriban los incorrectos, dentro de la realidad latinoamericana (...), con niveles de desigualdad vergonzosos y con dolencias propias del subdesarrollo aliadas a patologías de países desarrollados”¹⁶⁶.

La propuesta más detallada de una ética de la protección, hasta ahora, es la de Kottow¹⁶⁷: “Toda ética aspira a realizar la justicia social y la equidad entre las personas. La historia muestra que esta propuesta es utópica y está, en la época actual, más lejos que nunca de cumplirse. El ciudadano moderno se ve privado de los resguardos sociales que habían sido conquistados a lo largo de dos siglos, cayendo en un estado de inseguridad y desamparo, con riesgo de marginación y exclusión. Reconociendo las inequidades existentes, la ética de protección se propone paliarlas mediante el desarrollo de actitudes personales de amparo y programas sociales de resguardo (...). Después de reconocer las insuficiencias de otras propuestas, este texto

¹⁶⁴ Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética; 2005, 2: 121.

¹⁶⁵ Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17.

¹⁶⁶ Schramm FR; Rego S, Braz M, Palacios M (org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

¹⁶⁷ Kottow M. *Ob.cit.*: contraportada.

desarrolla la estructura de un ética de protección —individual y colectiva—, a fin de ponerla a disposición de una protección bioética, es decir, una bioética que entienda su cometido como una abogacía por los más débiles y una herramienta conceptual que brega por el uso de instituciones sociales que fomenten el empoderamiento de los postergados”.

Conclusión

Una visión bioética de la calidad de vida, en Latinoamérica, no puede ser sólo un modo de determinar la proporcionalidad o no de un tratamiento médico, o de delimitar desde la economía los grados de pobreza o riqueza de algunos grupos sociales distribuidos en quintiles. Lo que nos importa es la situación de vida que deben tener los seres humanos, que se nos presenta como una exigencia moral a cada uno, pues los otros y su vida nos interpelan —en el sentido de Ricoeur y Levinas— y nos plantean exigencias desde la ética personal y, sobre todo, desde la ética social.

Va mucho más allá del individualismo neoliberal de que cada uno no tenga limitaciones para desarrollar su vida en el modo como quiera, o de nociones de justicia que tratan de conseguir una redistribución más o menos equitativa de los bienes sociales.

La calidad de vida es parte de la dignidad de la persona, y por ello, es una finalidad —quizás la primera— de la medicina y de las políticas públicas de salud. En ella se fundamenta un deber ético de ayudar a los demás, para que dejen de estar vulnerados en sus derechos y necesidades básicas, para que sean menos vulnerables, y para que disfruten de la mejor situación posible de libertad, de vida autónoma plena.

Más allá de una bioética centrada en asegurar la no maleficencia y el respeto a los derechos de justicia por parte de todos, absolutamente imprescindible en nuestros países, debemos avanzar en el respeto de la autonomía de las personas, profesionales de la salud y pacientes. Y parte de este respeto es el deber ético de promover su competencia como agentes morales, mediante una solidaridad personal, institucional y social, que lleve a la inserción social de los más vulnerables y a conseguir su efectivo

empoderamiento para llevar adelante sus ideales de vida buena, con una solidaridad y una beneficencia no paternalistas.

La bioética como interdisciplina puede ayudar a enfrentar los temas más apremiantes en nuestros países, que hacen referencia a “la equidad en el acceso a bienes y servicios, la necesidad de armonizar tradiciones diversas en la superior síntesis del panamericanismo, la constante necesidad de reformar y transformar instituciones... temas convertidos en procesos sociales, ideas fuerza y esfuerzo legislativo”¹⁶⁸.

Hoy se tiende a poner el acento en la responsabilidad individual del paciente, pero la ética de la salud debe partir del punto de que existe una inequidad ya al nacer, por las enfermedades o predisposiciones genéticas, las condiciones materiales de la gravidez y el parto, y todavía más, las condiciones de la familia, el lugar y la clase social en las que se nace y se crece, y la fortaleza de las instituciones de salud del país donde se vive¹⁶⁹. “La indigencia puede ser considerada como el principal problema de la bioética, en cuanto su ciclo perverso implica por un lado una degradación en las condiciones de vida, y en general la destrucción de la vida individual y grupal, y por el otro, una revisión radical de la autocomprensión que el individuo tiene de sí mismo, persona que tiene el derecho a la dignidad y el deber de la responsabilidad”¹⁷⁰.

¹⁶⁸ Lolas F. Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe. En: Lolas F. *Ob.cit.*: 13-18.

¹⁶⁹ Berlinguer G. *Ob.cit.*: 74.

¹⁷⁰ Schramm FR. *A terceira margem da saúde*. Brasilia: Edit. UNB; 1996: 228.

Capítulo 3

Desigualdades en salud, justicia y cultura bioética en Latinoamérica

Introducción

El propósito de este artículo es realizar una propuesta de desarrollo de los principios éticos de la bioética tanto en el plano de las relaciones individuales como en las relaciones institucionales y sociales; una propuesta que lleve a una implementación concreta de las exigencias de la justicia, ya sea en la relación de los profesionales de la salud con los pacientes, como en el plano de las instituciones de salud y de los sistemas y políticas generales de salud en Latinoamérica.

Se parte de la elaboración de algunos datos que resaltan las inequidades y desigualdades en la atención de salud en los diferentes países de Latinoamérica, como datos éticamente relevantes a la hora de profundizar en las exigencias del principio de justicia. Son revisadas las diferentes concepciones de filosofía política sobre la justicia, con el estudio de las propuestas de Rawls y de la ética dialógica primero, y posteriormente de las corrientes desarrolladas en nuestro ámbito cultural que consideran la justicia como fundamento de la reflexión ética y bioética en América Latina: la ética discursiva y sus críticas desde posiciones de filosofía de la liberación, la erradicación de la pobreza como imperativo ético primordial, la bioética de protección, etc.

Finalmente, se realiza la propuesta de desarrollo de los principios éticos de la bioética, que debe complementarse con los estudios de investigación cualitativa que aportan las ciencias sociales, antropología, sociología, y la propia investigación en bioética, que está comenzando a desarrollarse.

1.- Datos de salud éticamente relevantes en Latinoamérica

Si analizamos algunos de los indicadores de salud básicos en Latinoamérica (Anexo 1)¹⁷¹, ya vemos profundas diferencias de entrada en la esperanza de vida al nacer y en el índice de mortalidad de menores de cinco años. Según el Informe sobre el estado de la salud en el mundo de la OMS, 2006, la media de esperanza de vida al nacer en Latinoamérica —con datos de veinte países, no de todos— se sitúa en 71,3 años, bastante por debajo de la de USA (78 años) o España (80 años). Pero si observamos las diferencias entre países nos muestran una realidad de inequidad clara: se sitúan muy por debajo de esa media países como Haití (55), Bolivia (65), Honduras y República Dominicana (67), Guatemala (68) y Nicaragua (69).

En las cifras de mortalidad de menores de cinco años, las diferencias son aún mayores. La media regional es de 31,3 muertes por 1.000 nacidos vivos. Destacan en negativo Haití (117), Bolivia (69), Guatemala (65), Honduras (41), mientras están por debajo de 20 los siguientes países: Cuba (7), Chile (9), Uruguay (14), Argentina (18), Venezuela (19). Solamente dos se aproximan a los valores de USA (8) y España (5).

Si analizamos el gasto realizado en salud, con datos del período 1999-2003¹⁷², algunos países no llegan a los 100 dólares per cápita: Haití (26), Nicaragua (60), Bolivia (61), Honduras (72), Paraguay (75), Perú (98), mientras la media regional es de: 186,85. Están muy por encima México (372), Uruguay (323), Argentina y Costa Rica (305), y Chile (282), aunque muy por debajo todos de las cifras del primer mundo: USA tiene una media de dólares per cápita de 5.711 y España, por ejemplo, 1.571. En muchos países latinoamericanos las reformas de los sistemas de salud de estos últimos años están precisamente aumentando las inversiones en salud, aunque no siempre una mayor inversión supone directamente una mejoría de los índices básicos, como por ejemplo, en mejorar el acceso a los medicamentos con una industria globalizada de la que apenas pueden beneficiarse los países más pobres¹⁷³.

¹⁷¹ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 2006*. OMS; 2006. Fuente: División de Población de la ONU. *World Population Prospect –the 2004 revision*. Nueva York: OMS; 2005.

¹⁷² Algunos indicadores del gasto sanitario (1999-2003). En: OMS: *Ibidem*: 180-187.

¹⁷³ Darder Mayer M. Globalización y acceso a medicamentos en países de escasos recursos. *Humanitas. Humanidades médicas*, Tema del mes on line, 46; 2010.

Si analizamos los recursos de profesionales de la salud disponibles para atender a la población en nuestros países (Anexo 2), vuelven a repetirse las desigualdades¹⁷⁴. Diecisiete de los veinte países analizados están por debajo de 2 médicos por mil habitantes, la media regional es de 1,69. Uruguay (3,6) y Argentina (3,0) tienen un número de médicos muy similar al de España (3,3) y superior al de USA (2,5), y Cuba claramente está en un primer lugar con casi 6 médicos por mil habitantes.

La desigualdad con países desarrollados es mayor aún en el número de enfermeras: la media regional es de 1,77 mientras España tiene 7,68 y USA 9,37. El número de dentistas es más equiparable: la media es de 0,59 mientras España tiene 0,49 y USA 1,63.

Si comparamos con otros países en vías de desarrollo, el porcentaje de partos asistidos por médicos en América latina y el Caribe es claramente superior, tanto en los datos del 2000 como del 2005, y en la proyección prevista para 2015, a los de Asia, Oriente Medio y África¹⁷⁵.

También se han realizado estudios sobre las profundas diferencias de la situación y la atención en salud a los hombres y las mujeres en Latinoamérica, como puede verse en el primer esfuerzo sistemático de analizar la situación por países realizado con el apoyo de FLACSO¹⁷⁶.

“América Latina convive con un estado de bienestar incompleto y parcial, donde el acceso se encuentra atravesado por una profunda inequidad que se refleja en las diferencias en la esperanza de vida o en la calidad de vida misma según los sectores sociales a los que esté referida. Al respecto, la información de la OPS para América Latina y el Caribe señala que entre el 20 y 25% del total de la población no tiene acceso a los sistemas de salud ni a ningún otro tipo de protección social,

¹⁷⁴ OMS. *Global Atlas of the Health Workforce*. OMS; 2006.

¹⁷⁵ OMS. *Informe Salud en el mundo 2009*. OMS; 2009: 18.

¹⁷⁶ Valdés T, Gomáriz E (Coord) *Mujeres latinoamericanas en cifras. Tomo comparativo*. FLACSO-Chile e Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales España. 1993 *Tomo de Colombia*. Instituto de la Mujer España y FLACSO; 1995.

situación que afecta principalmente a ancianos, adolescentes y habitantes de zonas geográficamente aisladas”¹⁷⁷.

La salud guarda una estrecha relación con el desarrollo y el crecimiento económico de los países. “La inequidad distributiva de la salud y las enfermedades, que entre los individuos está basada también en su diversidad genética, psicológica y de comportamiento, y entre los grupos humanos principalmente sobre factores sociales y culturales como la instrucción, el trabajo, la vivienda y la nutrición, ha sido objeto de muchas y divergentes explicaciones”¹⁷⁸.

Se está haciendo hincapié en la responsabilidad de las conductas individuales en la salud. Margaret Whitehead, en un documento de la OMS, trata de establecer criterios de responsabilidad: “No deben ser consideradas como inocuas las diferencias debidas a la variabilidad natural, o bien a conductas dañinas para la salud, si se las eligen libremente. Lo serían en cambio aquellas que derivan de conductas insalubres, cuando la elección del propio estilo de vida está notablemente limitada, cuando se está expuesto a condiciones de vida y de trabajo estresantes e insalubres, y cuando exista un inadecuado acceso a los servicios sanitarios esenciales”¹⁷⁹.

En América Latina, las políticas de desarrollo no han conseguido resolver aún los problemas sociales de la inequidad y la exclusión. “La salud y la nutrición desempeñan un papel clave para igualar oportunidades, y tienden a generar las condiciones básicas para el desarrollo de los elementos dinámicos del desarrollo endógeno, como las innovaciones y la tecnología. La salud adquiere entonces un papel clave como inversión, en tanto se oriente a ampliar y mejorar la salud de la población”¹⁸⁰. Y la extensión de la protección social en salud constituye una poderosa herramienta de política pública para combatir la exclusión en salud.

Como visión global de la situación de desigualdad en salud, podemos decir que los sistemas de salud presentan claras inequidades. Un mayor número de servicios y

¹⁷⁷ Vasallo CA. Crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto. *Humanitas. Humanidades médicas*, 2003, 1 (3): 73-82.

¹⁷⁸ Berlinguer G. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 27.

¹⁷⁹ Whitehead M. *Conceptos y Principios de igualdad en salud*. Copenhage, Dinamarca: OMS, Oficina Regional para Europa; 1990. Göran Dahlgren, Margarte Whitehead. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhage: OMS; 1991.

¹⁸⁰ Vasallo CA. *Ibidem*: 73.

de mejor calidad gravitan en torno a las personas acomodadas, que los necesitan menos que la población pobre y marginada. Hemos de aumentar la visibilidad de estas inequidades en salud en la conciencia del público en general y en los debates sobre las políticas de salud en particular, así como conseguir una mayor participación de la sociedad civil en la determinación de las reformas de la Atención Primaria de Salud destinadas a promover la equidad sanitaria y la cobertura universal¹⁸¹.

En los análisis del último Informe sobre la Atención Primaria de Salud en el mundo se explicitan algunos errores que deben evitarse¹⁸²: las simples medidas poblacionales no son suficientes para evaluar los avances; los sistemas de salud concebidos para alcanzar el acceso universal son condición necesaria de la equidad, pero no suficiente por sí misma; en los países más pobres, no toda la población es pobre y vulnerable en salud por igual, existe una diversa estratificación que debe tenerse en cuenta; las diferencias entre los distintos países suscitan preocupación, pero lo más importante son las desigualdades dentro de cada país, donde conviven generalmente una medicina de primer mundo para una minoría, con unos sistemas de salud insuficientes para la mayoría de la población; y finalmente, algunas reformas bien intencionadas para mejorar la eficiencia en atención primaria tienen a menudo consecuencias negativas inesperadas en la equidad, pues no acaban beneficiando a todos por igual.

Las recomendaciones de una Comisión sobre Determinantes Sociales en Salud de la OMS¹⁸³, después de tres años de trabajo, han sido las siguientes:

- Mejorar las condiciones de vida: especialmente de las niñas, mujeres, condiciones en que nacen los niños, condiciones de vida y trabajo, y las políticas de protección social a la ancianidad.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos de salud: las inequidades sociales se manifiestan también en el ámbito de la salud;

¹⁸¹ Weinstein M. *Participación social en salud. Acciones en curso*. Santiago: FLACSO; 1997.

¹⁸² OMS. *Informe Salud en el mundo 2009*. Ob.cit.: 37-40.

¹⁸³ Faúndez A (editora) *Construyendo la Nueva Agenda Social desde la Mirada de los Determinantes Sociales de la Salud*. Santiago: FLACSO-Chile, OPS, MINSAL, Comisión Determinantes Sociales de la Salud de OMS; 2006.

se requiere un sector público sólido y comprometido, capaz y dotado de suficiente financiación, y un sector privado responsable.

- Medir la magnitud de los problemas de inequidad de cada país, analizarlos y evaluar los efectos de las intervenciones.

2.- La justicia en la reflexión de la filosofía política: de la equidad a la inclusión

No es objeto de nuestro estudio directo las diferentes visiones filosóficas contemporáneas de la justicia¹⁸⁴, pero sí analizar el marco del debate actual sobre la fundamentación de la justicia.

En Latinoamérica han tenido mucha difusión tanto la teoría de Rawls, como la ética dialógica, con semejanzas y diferencias en la fundamentación de la justicia como equidad.

“Apel y Habermas siempre han defendido el carácter cognitivista de su ética y, por tanto, del planteamiento político en que se prolonga. La normatividad moral y la legalidad política han de establecerse y justificarse racionalmente, si bien es verdad que mediante una racionalidad comunicativa que a ese respecto se comporta procedimentalmente, como no puede ser de otra forma en la época postmetafísica en que estamos”¹⁸⁵, pero capaz de llegar a la “*verdad moral*” del sentido. Otros autores próximos, como Rawls, se han decantado por posiciones más débiles en este sentido.

Así el “pluralismo razonable” del que habla Rawls pretende apoyar los principios de justicia sobre el “consenso entrecruzado” que se produce en una democracia constitucional cuando individuos y grupos dejan atrás sus cosmovisiones y valores particulares y convergen en normas comunes que pueden aceptar desde sus trasfondos axiológicos respectivos”¹⁸⁶. Por un lado Rawls da un tratamiento puramente procedimental a la justicia distributiva, pero por otro, por la

¹⁸⁴ Wotling P (Dir.) *La justicia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2008.

¹⁸⁵ Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007: 80.

¹⁸⁶ *Ibidem*; 81.

preocupación por los más desfavorecidos en los repartos desiguales, se acerca a una ética del bien, aunque no hay ninguna verdad común que en este terreno pueda justificarse universalmente, separando así lo moral de lo político¹⁸⁷.

Habermas en cambio, acaba reconociendo que, aunque distintos —y es una distinción que de ninguna manera debe perderse— sin embargo el bien es integrado en la moral, previo el filtro de lo universalizable —bueno para todos—, a la hora de acordar lo justo, tanto que es el puente entre la justicia y su reverso motivacional, que es la solidaridad¹⁸⁸.

Tanto desde el comunitarismo como desde la apertura al otro del personalismo filosófico, se intenta llegar más allá de este acordar lo justo. MacIntyre, además de recordar el papel de las virtudes en el ejercicio de la razón práctica, enfoca la justicia como virtud¹⁸⁹, y a la vez como racionalidad, para llegar a la conclusión de que cada concepción de la justicia lleva consigo una concepción de la razón, insertas ambas en “visiones globales que exigen nuestra lealtad racional”, dentro de tradiciones que están incorporadas a las relaciones sociales¹⁹⁰. Desde el personalismo se ha hecho hincapié en la centralidad de la persona, y en la unión del bien individual y del bien común social, evitando una visión de la justicia que priorice exclusivamente al individuo frente a la sociedad (liberalismo), o a la sociedad den su conjunto por encima del individuo (colectivismo), y buscando un equilibrio entre la justicia distributiva o social, y la conmutativa o interindividual¹⁹¹. En lo más profundo, el personalismo busca fundamentar la justicia en las relaciones intersubjetivas propias del hombre.

Walzer —también desde el comunitarismo— habla de la convergencia en lo justo a la que se accede desde las concepciones del bien de las distintas morales de máximos, pues no podemos salir de ellas para buscar lo susceptible de ser compartido

¹⁸⁷ Ricoeur P. El lugar de lo político en una concepción pluralista de los principios de justicia. En: Affichard J, De Foucauld JB (Dir.) *Pluralismo y equidad*. Buenos Aires: Nueva visión; 1995: 68-69.

¹⁸⁸ Habermas J. *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós; 1999.

¹⁸⁹ MacIntyre A. *Tras la virtud*. Madrid: Editorial Crítica; 2004.

¹⁹⁰ MacIntyre A. *Justicia y racionalidad: conceptos y contextos*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias; 1994.

¹⁹¹ Palazzani L. Por una justa distribución de los recursos según la bioética personalista. *Medicina e Morale*, 1999, 3: 485-496.

por todos¹⁹². Los problemas de nuestras democracias requieren sin duda la justicia como equidad de Rawls, pero, a la vista de la realidad de nuestro mundo, una vez más, lo necesario no es suficiente. Existen diferentes “esferas de justicia”, y se debe evitar que la económica domine sobre las demás¹⁹³. Una justicia universalista no obstaculiza la exclusión económica y social, por lo que el reparto de bienes a distribuir se debe realizar conforme a los principios diversos de cada esfera: el mercado, el mérito o la necesidad, mediante un principio regulador de “igualdad compleja” no igualitaria; la exclusión es una injusticia y propone como fin último de la justicia no la distribución equitativa sino la inclusión¹⁹⁴. Los debates sobre la modernización de los servicios públicos de salud, por ejemplo, suelen centrarse en el conflicto entre la equidad y la eficacia, cuando debieran reformularse en términos de esferas de justicia dentro de una concepción pluralista, que tenga muy en cuenta la inclusión.

Las soluciones pluralistas a la justicia, como la de Thévenot, por ejemplo, ofrecen recursos más amplios para la lucha contra la exclusión, justifican recurrir a formas de acción asociativas en la medida que su diversidad puede darle contenido afectivo al pluralismo, y también por la apelación a los agentes comprometidos con las políticas sociales, la solidaridad en la comunidad. El Estado sigue siendo teniendo la responsabilidad social por la exclusión, pero tiene unos límites claros el recurrir solamente a criterios de justicia para la reinserción de los excluidos, no basta en definitiva solamente con la justicia, sino que pueden ser más apropiadas a veces la familiaridad y la ayuda mutua, pasando de una ética de la justicia a una moral de la justificación¹⁹⁵.

Paul Ricoeur ha ido más allá en la fundamentación de la justicia en la justificación, tratado de la relación entre el amor y la justicia¹⁹⁶, en debate con la filosofía moral contemporánea, situándola en una nueva perspectiva filosófica: en

¹⁹² Walzer M. *Moralidad en el ámbito local e internacional*. Madrid: Alianza Editorial; 1996: 33-51.

¹⁹³ Walzer M. *Las esferas de la justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

¹⁹⁴ Walzer M. Exclusión, injusticia y estado democrático. En: Affichard, Joëlle; De Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*. Buenos Aires: Nueva visión; 1995: 31-48.

¹⁹⁵ Thévenot L. La acción pública contra la exclusión a partir de enfoques pluralistas de lo justo. En: Affichard, Joëlle; De Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Ob.cit.*: 49-64.

¹⁹⁶ Ricoeur P. *Amor y justicia*. Madrid: Caparrós; 1993: 57-60.

primer lugar, amplía el horizonte histórico, retomando la matriz aristotélica de la filosofía moral (saber prudencial, verdad, bondad) y, en segundo lugar, abre horizontes inexplorados para una antropología personalista y comunitaria, muy necesaria a nuestro parecer en tiempos de globalización, con temas como la solidaridad, la solicitud crítica, la transculturalidad, o la hospitalidad¹⁹⁷, también especialmente relevantes en la cultura latinoamericana.

Pérez Tapias parte de la ética dialógica, pero —a través de Ricoeur y Levinas— se acerca a una fundamentación distinta de la justicia, y sobre todo, de la necesidad de ir más allá de la justicia con la apertura al otro como fundamento de cualquier praxis moral: no basta con una “lógica de la equivalencia”, “hace falta, como propone Ricoeur, una “lógica de la sobreabundancia” que efectivamente nos impulse a hacer justicia a favor de los otros, aplastados por un domino tan terrible que ni siquiera explota, sino que margina”¹⁹⁸. Veremos cómo esta visión está en la base de algunas de las posiciones más actuales en la bioética latinoamericana.

También nos parece oportuno destacar toda una corriente que resalta el papel del ejemplo en el paradigma del juicio ético. Frente a *los hechos, cómo son las cosas* y realidades sociales, la ética siempre ha ofrecido las alternativas de *lo que deberían ser las cosas*, los ideales de vida personal o los ideales de vida social y de sociedad justa. Pero una tercera vía es analizar *las cosas que son como deberían ser*, y tienen por tanto, la fuerza moral “en virtud de la singular y excepcional *congruencia* que lo ejemplar realiza y exhibe en el orden de su propia realidad y el orden de la normatividad a la que responde”¹⁹⁹. Una de las mayores fuerzas ejemplares son precisamente los derechos humanos: “la aplicación y cumplimiento de los derechos humanos, desde este paradigma del juicio ejemplar, nos lleva desde un marco normativo centrado en el “derecho a intervenir” cuando un Estado no los respeta, hacia uno nuevo centrado en la “responsabilidad de proteger”²⁰⁰.

¹⁹⁷ Ricoeur P. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.

¹⁹⁸ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 90-91.

¹⁹⁹ Ferrara A. *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008: 19-21.

²⁰⁰ ICISS. *The Responsibility to Protect. Report of the International Commission on Intervention and State Sovereignty*. Ottawa: International Development Research Center; 2001.

También esta visión centrada en la praxis, en la protección como base de la justicia, y en la justicia como base ética del Estado, tiene un desarrollo muy especial en Latinoamérica. “El Estado democrático de derecho que se pretenda conforme al principio de justicia tiene en el fondo su fundamento en ese imperativo de justicia... No son razones estratégicas, ni cálculos políticos, ni utilidades particulares las que fundamentan los derechos humanos y justifican el Estado que a ellos se remite como su razón de ser...”²⁰¹.

Adela Cortina ha explicitado los presupuestos presentes en los derechos humanos de primera generación, para que tenga sentido el pacto político²⁰²:

- 1.- Reconocer como un deber moral que hay que cumplir los pactos. Este deber no es propio del derecho positivo, sino un presupuesto moral o religioso del derecho positivo.
- 2.- Que existan entre quienes sellan los pactos relaciones de confianza. Poder confiar en que van a ser cumplidos.
- 3.- El mundo occidental valora de tal modo el ejercicio de determinadas capacidades por considerarlas indispensables para vivir una vida verdaderamente humana, que protege su ejercicio asegurando que constituye un ‘derecho humano’, un ‘derecho moral’ inviolable, anterior a cualquier pacto.
- 4.- Esta tradición de los derechos humanos pretende formalmente universalidad, por considerar que las cuestiones de vida buena son sumamente personales, pero no las cuestiones de justicia.
- 5.- Los derechos humanos no son objeto del pacto, sino que se reconocen como lo que da sentido a la acción de entrar en el pacto.
- 6.- La obligación de proteger estos derechos cobra fuerza vinculante a partir del reconocimiento recíproco, como interlocutores válidos, de todos los seres capaces de establecer contratos: existe una vocación cosmopolita de todas las comunidades políticas.

²⁰¹ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 241.

²⁰² Cortina A. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Editorial Trotta, 2ª ed.; 2005: 47-49.

No es el contrato social mismo quien fundamenta los derechos humanos, “no es autosuficiente, sino que necesita apoyarse en el reconocimiento recíproco que funda la alianza... son primariamente exigencias morales para llevar a delante una vida humana, a las que arropamos con el nombre de ‘derechos’ para significar que existe el deber de satisfacerlas... la naturaleza radical de los derechos humanos es la de exigencias morales que cualquier ser humano presenta y que deben ser satisfechas por los seres humanos, si es que quieren estar a la altura de su humanidad”²⁰³.

3.- La justicia como fundamento de la reflexión bioética y los derechos humanos en América Latina

Tanto las reflexiones filosóficas sobre la justicia como la cultura moral propia de Latinoamérica están centradas muy especialmente en el concepto de justicia, que refleja muy directamente las situaciones de crisis y conflictos recién pasados y aún presentes en cada país. “Es una tarea insoslayable hoy incentivar la capacidad crítica y nuestra memoria, como medios para afirmar lo que nosotros somos en vistas de lo queremos ser”, afirma Arpini en una obra dedicada a rescatar los planteamientos morales y el desarrollo de la razón práctica en Latinoamérica²⁰⁴. Por esto fundamentalmente, se ha distanciado desde el comienzo de las propuestas principialistas de la bioética norteamericana, que hacen especial hincapié en la autonomía²⁰⁵.

Desde *la ética discursiva*, uno de los mejores exponentes actuales, Ricardo Maliandi, ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología. Aquí, la no maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, la no discriminación

²⁰³ *Ibidem*: 53.

²⁰⁴ Arpini A (Comp.) *América Latina y la moral de nuestro tiempo. Estudios sobre el desarrollo histórico de la razón práctica*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2000.

²⁰⁵ Gracia D. Spanish Bioethics Comes Into Maturity: Personal Reflections. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2009, 18: 219-227.

genética; y la autonomía, el principio de respeto por la diversidad genética²⁰⁶, y más recientemente, una teoría y praxis completa desde el discurso sobre los principios de la bioética y su aplicación²⁰⁷.

Dorando J. Michelini²⁰⁸ elabora también una propuesta desde la ética del discurso de cómo entender hoy en día *el bien común y una ética cívica que impulse la justicia*: “En los países de América Latina, nos encontramos a menudo no sólo con intereses egoístas y fenómenos como la violencia, que impiden la pretendida realización del bien común, sino también con sistemas de autoafirmación poco confiables para el aseguramiento de las condiciones básicas de supervivencia, con estructuras sociales asimétricas y con desigualdades económicas, políticas y culturales significativas que no permiten una interacción libre y responsable de la ciudadanía ni, por ende, una autorrealización individual y colectiva adecuada”²⁰⁹.

Con fundamentos en esta ética dialógica, pero más allá de esa reducción de las asimetrías de los interlocutores, parte de la ética y de la bioética latinoamericana se ha centrado en dos temas: cómo conseguir una efectiva aplicación de los derechos humanos, especialmente el derecho a la vida y el derecho a la asistencia justa en salud; y cómo conseguirlo en una región donde son muy numerosas las personas vulnerables y las que ya han sido vulneradas en algunos de sus derechos más fundamentales, tanto por la pobreza y falta de desarrollo social y económico, como por la marginación y exclusión étnica o social.

La preocupación por los derechos humanos está en el inicio de las primeras publicaciones de temas de bioética en México, por ejemplo, con las publicaciones del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM en los años ochenta, que han continuado hasta la actualidad, como por ejemplo, en un reciente libro del argentino Juan Carlos Tealdi²¹⁰. También son recientes visiones globales de la bioética como una ética de los derechos humanos fundamentalmente, como una profundización del

²⁰⁶ Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.

²⁰⁷ Maliandi R, Thüer O. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Lanús, Argentina: Ediciones de la UNLa; 2008.

²⁰⁸ Michelini D. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008.

²⁰⁹ *Ibidem*: 17-33.

²¹⁰ Tealdi JC. *Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2008.

principio de justicia del principalismo, con la justicia como equidad de fundamento²¹¹, o la justicia en tensión con la eficiencia del sistema de salud, por ejemplo, como en la propuesta de Daniel Callaham²¹², o en abierta crítica a este sistema de principios²¹³.

Desde una postura analógica, ni esencialista ni meramente existencialista, Beuchot fundamenta los derechos humanos desde la ética social, o derechos humanos colectivos: “En una postura analogista, se puede lograr que, sin renunciar a los derechos humanos individuales, se den derechos humanos colectivos, que hagan justicia a las necesidades y legítimas aspiraciones de los pueblos, que son diversos”²¹⁴. Rompiendo con la amenaza de falacia naturalista, no sólo será posible, sino necesario, estudiar la naturaleza humana para normar lo que debe de haber en la legislación, de modo que responda a las más íntimas aspiraciones del hombre. De esta manera se pasará válidamente del ser al deber ser, insensiblemente del hecho al valor, ya que de la misma condición humana se sacarán las necesidades y deseos más válidos, y de ellas los derechos que les procuran su satisfacción.

“Los derechos humanos, vistos desde la moral... como un tema de ética aplicada, son derechos que recibe el hombre por el hecho de ser hombre, es decir, por el hecho de estar animado por una dimensión moral o ética inalienable, que va más allá de la misma juridicidad, y se coloca entre la moral y la antropología filosófica, esto es, como una manifestación ética de la naturaleza humana misma”²¹⁵.

Para ello, la erradicación de la pobreza y el desarrollo económico y social son el primer paso imprescindible. Algunas propuestas van en la línea de apoyar la *equidad en las reformas de los sistemas de salud*, con parámetros bien delimitados, como las de Norman Daniels²¹⁶, que presupone un nivel mínimo ético de

²¹¹ Martínez Oliva L. *Justicia y Medicina Pública. Del principio ético a los desafíos en su aplicación*. Santiago: LOM Ediciones; 1999.

²¹² Callaham D. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 91-100.

²¹³ Estévez E, García Banderas A. *Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana*. Quito: Terán; 2009.

²¹⁴ Beuchot M. Derechos humanos y ética. En: *Temas de ética aplicada*. México D.F.: Editorial Torres Asociados; 2007: 67-88; 73.

²¹⁵ Beuchot M. *Ibidem*; 87.

²¹⁶ Daniels N et al. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*, 2000, vol.78, n.6, pp. 740-750.

prestaciones de salud que posibiliten escoger planes de vida razonables²¹⁷. Otras van directamente a la fundamentación: la justicia se entiende como solidaridad, y directamente en la lucha contra la exclusión derivada del neoliberalismo: “Lo negativo no es la marginación y la pobreza en sí, sino el hecho de excluir a todos aquellos que no pueden acceder a medirse por los parámetros de liberalismo imperante... La explosión de los costos sanitarios acabó con la pretendida igualdad de todos ante la salud y planteó hondas diferencias sociales (...). *La justicia es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres*”²¹⁸.

Así, Amartya Sen insiste en que parte importante de la justicia social es conseguir la equidad en la enfermedad y la salud, con un concepto amplio de equidad, dentro “de la imparcialidad y la justicia de los acuerdos sociales más amplios, incluida la distribución económica, y prestando la debida atención al papel de la salud en la vida y la libertad humanas”²¹⁹. La equidad en salud incluye la posibilidad de lograr buena salud y no solamente distribuir equitativamente la atención sanitaria; incluye asimismo, la justicia en los procesos y la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria.

Es bien conocida la fundamentación de Dussel de una *ética de la liberación*, en Argentina, la cual parte de la crítica a la ética dialógica, por considerar que el diálogo racional se efectúa con gran disparidad en Latinoamérica. No es un diálogo entre iguales, y las “formas de vida intersubjetivamente compartidas” parten de injusticias radicales, por lo que la ética debe ser primero una ética de la liberación de los oprimidos²²⁰. Si para Levinas, como señalábamos anteriormente, la ética era la filosofía primera, para Dussel esa filosofía primera es la política, una ética-política de

Daniels N. *Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications*. OPS/OMS; 2009. www.paho.org/English/BIO/Daniels.ppt (revisado 6 enero 2010).

²¹⁷ Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes PA de C, Pavone Zoboli ELC. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo y Edições Loyola; 2004: 82.

²¹⁸ Pérez de Nucci A. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Universidad Nacional; 2008: 114-115.

²¹⁹ Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 61-78.

²²⁰ Dussel E. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta; 2005.

Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.

liberación, que evite el silenciamiento de los oprimidos, que es el colmo de la “asimetría antidialógica”²²¹: “la dinámica de los derechos humanos tiene su punto de arranque en el reconocimiento del otro como interlocutor válido al que se le reconoce el derecho a la palabra, al que por tanto hay que abrirle lugar en los procesos político-dialogicos para que efectivamente pueda decirlo”²²².

En esta misma línea, Horacio Cerutti, desde México, insiste en filosofar para la liberación, como un deber primordial de resistencia a la injusticia de todo quehacer intelectual en América Latina²²³.

En bioética esta corriente se ha desarrollado sobre todo en Brasil²²⁴, y en algunos casos ha dado lugar a la elaboración de propuestas de una *bioética de intervención*²²⁵, directamente en el campo político y de reforma de los sistemas de salud. Sin embargo, marcando las distancias entre bioética y política, como campos complementarios, otras posiciones se decantan por distinguirlas: “Si la política se adscribe a la deliberación en forma de una democracia ética dispuesta a legitimar su proceder, estará en un terreno común y fructífero con la bioética. Es menester que la política reconozca sus raíces éticas y la proveniencia moral de su legitimidad, más que pedirle a la bioética que intente desarrollar un discurso político”²²⁶.

También desde Brasil y Chile ha surgido una propuesta de una *bioética de protección de los vulnerados y empoderamiento de los vulnerables*²²⁷: “La bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e

²²¹ Romero Cuevas JM. Humanismo, historia y crítica en Ignacio Ellacuría. En: Rösen J, Kpplarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 129-144.

²²² Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 159-160.

²²³ Cerutti Guldberg H. Filosofar para la liberación.: quehacer intelectual y resistencia. En: Bernal ME, Flores García V. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004: 195-212.

²²⁴ Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. Fabri dos Anjos M, Siqueira JE (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendencias e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.

²²⁵ Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. En: Tealdi JC (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008: 177-180.

²²⁶ Kottow M. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007: 121.

²²⁷ Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17.

incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos”²²⁸.

La propuesta más detallada de una ética de la protección, hasta ahora, es la de Kottow²²⁹: “Reconociendo las inequidades existentes, la ética de protección se propone paliarlas mediante el desarrollo de actitudes personales de amparo y programas sociales de resguardo (...). Una bioética que entienda su cometido como una abogacía por los más débiles y una herramienta conceptual que brega por el uso de instituciones sociales que fomenten el empoderamiento de los postergados”.

4.- Justicia como fundamento de la bioética institucional y social en Latinoamérica

Ya vimos en el primer capítulo el principio de justicia dentro de la propuesta de desarrollo y aplicación de los principios bioéticos en el ámbito institucional y social. Ahora veremos algunos aspectos más de las consecuencias de la justicia como fundamento de esta bioética social.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales —especialmente el derecho a la vida y a la salud— y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales.

Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de las políticas de salud²³⁰, de la gerencia de las

²²⁸ Schramm FR, Rego S, Braz M, Palácios M (Org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

²²⁹ Kottow M. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007.

²³⁰ Frenck J, Gómez Dantés O. Bioética en acción: fundamentos éticos de las políticas públicas de salud. En: Siberón G, Feinholz D (Compiladores) *Aspectos sociales de la Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética; 2009: 71-85. Vázquez, Rodolfo. La bioética en contexto. El derecho a la salud como derecho social. En: Soberón, Guillermo; Feinholz, Dafna (Compiladores) *Aspectos sociales de la Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética; 2009: 87-107.

instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética y la concepción de la justicia en las sociedades democráticas.

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

A la vez, es preciso analizar los valores culturales y morales propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas, etc, nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones. Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando²³¹ y es fundamental desarrollar la bioética en el ámbito de la salud pública y los sistemas de salud²³².

Finalmente, en la asimilación de los contenidos de la bioética norteamericana y europea, deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por el Prof. Diego Gracia²³³, de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel —importante, pero segundo— con los principios

²³¹ Rosselot E. Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atención de Salud en Chile. Los problemas del acceso y el costo de los recursos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1079-1086. Vázquez R. La bioética en contexto. El derecho a la salud como derecho social. En: Soberón G, Feinholz D (Compiladores) *Ob.cit.*: 87-107.

²³² Lolas F. La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. En: *III Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética; 1999. Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, 2: 110-121.

²³³ Gracia D. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.

de autonomía y beneficencia. Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia.

Y quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético de justicia —no jurídico solamente— aporta al análisis bioético. “Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica... la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia —como redistribución y reconocimiento— se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía”²³⁴, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración del principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad, más allá de la calidad o excelencia de los cuidados del profesional de la salud.

5.- Complementación de la propuesta con la investigación en ciencias sociales

La bioética es una ética aplicada que metodológicamente se basa en la interdisciplinariedad. Hasta hace poco tiempo, su desarrollo ha ido de la mano del diálogo entre la medicina, la filosofía y el derecho. Se ha desarrollado más recientemente en Latinoamérica el interés por complementar la fundamentación más filosófica y centrada en la actividad clínica, con la visión desde las ciencias sociales, especialmente desde la antropología²³⁵, la sociología²³⁶, la psicología²³⁷, y más recientemente, el trabajo social²³⁸.

²³⁴ Guerra, M^a José. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.

²³⁵ Lolas F. *Bioética y Antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000. Kottow M, Bustos R. *Antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2005. Pérez de Nucci A. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008.

²³⁶ Morandé P. Bioética y organización funcional de la sociedad. *Acta Bioethica*, 2002, 8 (1): 101-110.

No cabe duda que la propuesta que realizamos de una bioética institucional y social tiene que contar con el aporte desde la antropología, y no solamente de la antropología médica, ampliamente desarrollada desde hace décadas²³⁹, sino también de la cultural y social²⁴⁰. En el ámbito latinoamericano, no interesa solamente conocer las percepciones sobre la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte ²⁴¹, y las bases de las relaciones entre profesionales de la salud y pacientes²⁴², sino también las formas sociales de entender los problemas bioéticos²⁴³, las raíces de las diferencias culturales²⁴⁴, de las situaciones de vulnerabilidad y falta de empoderamiento de los sujetos²⁴⁵. Además, las raíces históricas y culturales de las falencias de nuestros sistemas públicos de salud, tanto en la atención primaria como en la especializada²⁴⁶ y las deficiencias de la promoción y educación en salud²⁴⁷. Hacia este campo de la promoción de la salud, la salud pública y la atención primaria está dedicando su atención actualmente la reflexión bioética.

²³⁷ Godoy A. *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide; 1996.

²³⁸ Bermejo JC, Martínez A. *Motivación e intervención social. Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Santander: Sal Terrae y Centro de Humanización de la Salud; 2006. Cesilini GA, Guerrini ME, Novoa PL. *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2007.

²³⁹ Pérgola F, Ayala JM. *Antropología médica. Medicina para la persona*. Buenos Aires: CTM Servicios Bibliográficos; 2005.

²⁴⁰ Pérez-Delgado E. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca: EDIBESA; 2000.

²⁴¹ Alves PE, De Souza MC. *Saúde e doença. Um olhar antropológico*. 1ª reimp. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. Díaz E. *En torno a la enfermedad*. Madrid: Fundación Enmanuel Mounier; 2004. Oyarzún F. *Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías y de la convivencia humana*. Santiago: LOM Ediciones; 2005.

²⁴² Laín P. *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela; 2003. Escardó F. *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría Ediciones; 2004.

²⁴³ Rodríguez Yunta E. et al. Percepciones sociales sobre genómica en cuatro países latinoamericanos. Implicaciones ético legales. *Derecho y Genoma Humano*; 2004, 21:141-164.

²⁴⁴ Lolas F, Martín DK, Quezada A (Editores) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB Universidad de Chile, 2007.

²⁴⁵ Cayuela A. *Vulnerables: pensar la fragilidad*. Madrid: Encuentro Ediciones; 2005. Hooft PF, Chaparro E, Salvador H (Compiladores) *Bioética, vulnerabilidad y educación*. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2003. Amor JR. Bioética y antropología: algunos elementos para la reflexión desde la realidad de las personas con retraso mental. En: Acosta José Ramón. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002: 395-416.

²⁴⁶ Carvalho PA, Pavone EL (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo y Edições Loyola; 2003. Mazzáfero VE, Giacomini H, Fernández Iriarte M. *Salud pública y política*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 2007.

²⁴⁷ Czeresnia D, Machado de Freitas C (Org.) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

Por otro lado, también está creciendo la investigación cualitativa y fenomenológica desde una mirada bioética, muy especialmente en trabajos sobre la implementación del consentimiento informado²⁴⁸, el ámbito de los cuidados de enfermería²⁴⁹, y también en estudios con visión de género²⁵⁰, absolutamente necesarios para conocer la realidad donde intentamos establecer las normas éticas de la acción y evaluar su posible impacto.

Desde la “antropología de la convivencia” se puede interpretar cómo los seres humanos nos reconocemos unos a otros como tales humanos, y qué estrategias empleamos para convivir y recrear continuamente nuestras identidades, construyendo así las identidades colectivas. La antropología y la bioética nos ayudan a reconocer las diferentes identidades y establecer sistemas de vida en los que convivan diferentes culturas de forma dinámica, no estática.²⁵¹

La bioética promueve la participación activa y el empoderamiento de los pacientes en la atención de salud, y también de todos los ciudadanos en lo que se refiere a las instituciones, los sistemas y las políticas de salud. Pero sobre todo, promueve el examen de la conducta humana desde una racionalidad normativa, que debe fundamentarse en las racionalidades descriptivas de las ciencias sociales, en una mutua complementariedad: “Una ciencia social postbioética no podría ser la misma que una prebioética. La emergencia del nuevo discurso modifica la intensidad y la posición relativa de todos los demás en sus contenidos y en su influencia social. Del mismo modo, podría decirse que cultores de la bioética procedentes de distintas áreas alcanzan a engendrar fructíferamente productos distintos. En la riqueza de su diversidad pueden contener las bases de su aceptación, de su utilidad y del goce de su presencia”²⁵².

²⁴⁸ León Correa FJ, Arratia A. El consentimiento informado en los hospitales chilenos. En: Coordinación Académica de Bioética. *Salud e interculturalidad: desafíos y proyecciones*. Temuco, Chile: Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera; 2009: 201-202.

²⁴⁹ León Correa FJ (Coord.) *Cuidados al final de la vida. Bioética y Enfermería*. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2010.

²⁵⁰ Valdebenito C, Lama A, Lolas F. Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética. *Acta Bioethica*, 2006, 12 (2): 145-150.

²⁵¹ Fernández Martorell M. *Antropología de la convivencia. Manifiesto de antropología urbana*. Madrid: Cátedra; 1997: 13-15.

²⁵² Lolas F. Ciencias sociales empíricas y bioética. Reflexiones de circunstancia y un epílogo para latinoamericanos. *Acta Bioethica*, 2002, 8 (1): 47-54.

Reflexión final

La profundización y evaluación del cumplimiento de estos deberes de los profesionales, de las instituciones de salud, y de los sistemas y políticas de salud, pueden llevar a aplicar de modo práctico el debate en nuestros países sobre la justicia en el ámbito de la atención de salud, para seguir avanzando en el reconocimiento no sólo jurídico, sino también ético, de los derechos humanos. La bioética tiene la obligación de ayudar a crear una cultura de la justicia en Latinoamérica que facilite la equidad, la protección de los sectores de población más empobrecidos y marginados, y el empoderamiento de los sectores vulnerables.

Para su intervención eficaz, necesita situarse en la realidad de los problemas económicos, sociales, educativos, culturales y políticos que están en la raíz de las deficiencias en la atención de la salud. Esto puede realizarlo mejor desde una complementariedad con las ciencias sociales, especialmente con la antropología cultural.

Anexo 1

Informe sobre la salud en el mundo. OMS, 2006.

Indicadores básicos en Latinoamérica

	Población	Crec anual 1994-2004	=+60 94 - 04		fecundidad 94 - 04 x1000			vida mortalidad nacer -5 año
Argentina	38.372	1,1	13,1	13,8	2,8	2,3	75	18
Bolivia	9.009	2,1	6,2	6,7	4,7	3,8	65	69
Brasil	183.913	1,5	7,1	8,7	2,5	2,3	70	34
Chile	16.124	1,3	9,4	11,3	2,5	2,2	77	9
Colombia	44.915	1,7	6,5	7,4	2,9	2,6	73	21
Costa Rica	4.253	2,3	7,2	8,1	2,8	2,2	77	13
Cuba	11.245	0,4	12,0	14,9	1,6	1,6	78	7
Ecuador	13.040	1,5	6,5	8,1	3,3	2,7	72	26
El Salvador	6.762	2,0	6,8	7,5	3,4	2,8	71	28
Guatemala	12.295	2,3	5,6	6,1	5,3	4,5	68	45

Haití	8.407	1,4	5,8	6,0	4,6	3,9	55	117
Honduras	7.048	2,6	4,7	5,5	4,7	3,6	67	41
México	105.699	1,5	6,2	7,6	3,0	2,3	74	28
Nicaragua	5.376	2,1	4,4	4,8	4,4	3,2	69	38
Panamá	3.175	2,0	7,4	8,6	2,8	2,7	76	24
Paraguay	6.017	2,5	5,2	5,6	4,4	3,8	72	24
Perú	27.562	1,6	6,4	7,6	3,5	2,8	71	29
R Dominicana	8.768	1,5	5,2	6,1	3,1	2,7	67	32
Uruguay	3.439	0,7	16,8	17,4	2,5	2,3	75	14
Venezuela	26.282	2,0	6,1	7,4	3,1	2,7	75	19
USA	295.410	1,0	16,3	16,5	2,0	2,0	78	8
España	42.646	0,7	20,5	21,3	1,2	1,3	80	5

Fuente: División de Población de la ONU. World Population Prospect –the 2004 revision, Nueva York, ONU, 2005.

Anexo 2

Distribución de los trabajadores sanitarios

	Médicos		Enfermeras		parteras		dentistas		farmacéut	
	Nº	x1000	Nº	x1000	Nº	x1000	Nº	x1000	Nº	x1000
Argentina	108800	3,01	29000	0,80			28900	0,80	15300	0,42
Bolivia	10329	1,22	27063	3,19	96	0,01	5997	0,71	4670	0,55
Brasil	198153	1,15	659111	3,84			190448	1,11	51317	0,30
Chile	17250	1,09	10000	0,63			6750	0,43		
Colombia	58761	1,35	23940	0,55			33951	0,78		
Costa Rica	5204	1,32	3631	0,92	22	0,01	1905	0,48	2101	0,53
Cuba	66567	5,91	83880	7,44			9841	0,87		
Ecuador	18335	1,48	19549	1,57	1037	0,08	2062	0,17		
El Salvador	7938	1,24	5103	0,80			3465	0,54		
Guatemala	9965	0,90	44986	4,05			2046	0,18		
Haití	1949	0,25	834	0,11			94	0,01		
Honduras	3676	0,57	8333	1,29	195	0,03	1371	0,21	926	0,14
México	195897	1,98	88678	0,90			78281	0,79	3189	0,03
Nicaragua	2045	0,37	5862	1,07			243	0,04		

Panamá	4431	1,50	4545	1,54			2231	0,76	2526	0,86
Paraguay	6355	1,11	9727	1,69	534	0,09	3182	0,55	1868	0,33
Perú	29799	1,17	17108	0,67			2809	0,11		
R Dominic	15670	1,88	15352	1,84			7000	0,84	3330	0,40
Uruguay	12384	3,65	2880	0,85			3936	1,16		
Venezuela	48000	1,94					13680	0,55		

Media regional: *1,69* *1,77* *0,59*

USA	730801	2,56	266960	3			463663	1,63	249642	0,88
España	135300	3,30	315200	7,68	6291	0,15	20005	0,49	35800	0,87

Fuente: OMS Global Atlas of the Health Workforce, 2006.

Capítulo 4

Desarrollo en salud, justicia y bioética en Latinoamérica

Introducción

El objetivo del trabajo es delimitar los aspectos éticos presentes en el concepto general de desarrollo, analizar la importancia de la atención en salud para lograr una verdadera mejora y delimitar los deberes éticos de los sistemas y políticas de salud, por un lado, y de los profesionales de la salud, por otro, en la promoción del desarrollo. Estos deberes emanan fundamentalmente del principio de justicia, y están más allá de los deberes de relación médico-paciente o enfermera-paciente.

En la relación triangular profesional-paciente-instituciones de salud, la justicia debe llevar al profesional a intentar cambiar las estructuras, mejorar las condiciones de igualdad de acceso a los servicios de salud, y servir de contrapeso a la marginación o discriminación que pueden conllevar las actuales reformas de los sistemas sanitarios, o las situaciones de escasez crónica de recursos.

Como metodología se trata de analizar cuáles son los fundamentos éticos de esa obligación, tanto a la luz de la bioética principialista como de la ética del cuidado y solidaridad, así como de los estudios últimos en ética del desarrollo y en bioética de las instituciones de salud.

En los resultados, ofreceremos los principales campos de promoción del desarrollo, aplicados a la tarea clínica ordinaria de los profesionales de la salud, a la luz de los fundamentos analizados. En el capítulo anterior ya hemos expuesto con más profundidad el fundamento ético de justicia.

1.- Pobreza, desarrollo y sustentabilidad

“La pobreza es el estado o la condición de una persona que no puede ejercer sus capacidades básicas, de tal forma que su vida se frustra en sus niveles más fundamentales. En este sentido se puede hablar de una ‘pobreza humana’, distinta de la pobreza monetaria”²⁵³ como lo hace el PNUD bajo la influencia teórica de Sen. En un informe de este organismo del año 1997 se define la pobreza como “la negación de oportunidades y perspectivas fundamentales sobre las cuales reposa todo desarrollo humano”²⁵⁴.

La pobreza, por tanto, es uno de los factores fundamentales en la exclusión del ejercicio de la ciudadanía, y en la marginación de sectores amplios de la población de las ventajas económicas, pero sobre todo, culturales y sociales, del desarrollo²⁵⁵ dentro de una economía del bienestar²⁵⁶, que no es solamente la de los países desarrollados, sino la de sectores también importantes dentro de los países en desarrollo o subdesarrollados²⁵⁷.

Comprensión filosófica de la pobreza y el desarrollo

La pobreza es concebida filosóficamente, desde la ética, como la falta radical de libertad individual. “El pobre no es únicamente aquel que *de facto* vive ‘mal’, sino sobre todo aquel que no está en posibilidad de vivir diferentemente, que no es libre de alcanzar el bienestar al que tiene derecho”²⁵⁸ y no sólo un déficit de capacidades de

²⁵³ Ponce León F. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Durán V, Scanone JC, Silva R (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006: 147-164.

²⁵⁴ PNUD. *Rapport mondial sur le développement humain, 1997*. París: PNUD; 1997: 16. Para ver los avances y desafíos actuales: PNUD. *Construir una vida mejor. Cumplir los compromisos. El PNUD en acción 2009-2010*. París: PNUD; 2010.

²⁵⁵ Domingo Moratalla A, Lisón Buendía JF (eds) *Ética, ciudadanía y desarrollo*. Patronat Sud-Nord, Universitat de Valencia, 2008.

²⁵⁶ Doménech A. Ética y economía de bienestar: una panorámica. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. Editorial Trotta, Buenos Aires, 1ª reimp. 2007: 191-222.

²⁵⁷ Faletto E. *Dimensiones sociales, políticas y culturales del desarrollo*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y CLACSO; 2009.

²⁵⁸ Mella, Pablo. Un nuevo desafío de justicia política: definir la pobreza de manera universal. En: Durán, Vicente; Scanone, Juan Carlos; Silva, Ricardo (Ed.) *Ob.cit.*:155.

base. “La libertad a este respecto no es meramente la libertad de elección referida a un momento particular de la existencia... sino *la capacidad permanente de llevar adelante, revisar y reformular una opción de vida* cuantas veces sea necesario”²⁵⁹.

Cualquier concepción de la justicia como equidad “debería considerar la pobreza como una preocupación central y fundante, incluso más que la distribución de recursos materiales y la garantía de libertades fundamentales, lo cual sí hace”, por ejemplo en Rawls, y “fijarse más en la falta radical de libertad individual que implica... en la autonomía limitada del pobre, no sólo de la carencia de recursos o la presencia de necesidades básicas insatisfechas”²⁶⁰. Tal y como desarrolla Amartya Sen, el “principio cero” sería: todos los ciudadanos tienen un derecho igual al libre ejercicio de sus capacidades de base, capacidad de tener un sentido del bien y de la justicia, y las que fundamentan un mínimo de autonomía, de libertad positiva en la búsqueda del bien propio y de la justicia colectiva. Este principio demuestra interés por la libertad real y no sólo teórica²⁶¹. Según Sen, la libertad es un medio y un objetivo del desarrollo, hay libertades instrumentales que permiten a las personas adquirir libertades constitutivas que desarrollan a su vez las capacidades elementales para no sufrir privaciones; estas libertades instrumentales —interrelacionadas entre sí— son oportunidades y derechos ofrecidos por la sociedad a través de los sistemas políticos, económicos y sociales. “El desarrollo en definitiva, es el proceso de expansión de estas libertades, por lo que su evaluación debe realizarse en función de cada una de estas libertades”²⁶².

El concepto de desarrollo va unido al de pobreza, y también a la sustentabilidad del proceso, como ha puesto de manifiesto la crisis medioambiental. El concepto de sustentabilidad implica un ambiente en el que el hombre está instalado, y para que haya un futuro, es decir para que el presente sea sustentable, es necesario que esa instalación del hombre sea en equilibrio con la naturaleza y con la propia comunidad

²⁵⁹ *Ibidem.*: 156-157.

²⁶⁰ *Ibidem.*: 160-161.

²⁶¹ Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999.

²⁶² Ferrer M. *Ética de la investigación en seres humanos., sociedad y desarrollo*. En: Villarroel R. *Ética aplicada*. Santiago: Editorial Universitaria; 2009: 230-234.

de la que forma parte²⁶³. La exclusión socio-cultural de grandes sectores poblacionales los condena a una vida sin horizontes, con el agravante que las condiciones de exclusión tienden a reproducirse en los descendientes. Las desigualdades, la injusticia que no es más que otro nombre de la desigualdad, la exclusión y la marginalidad que no es otra cosa que dejar a los más fuera del círculo en que los privilegiados queremos encerrarnos, impide pensar seriamente la sustentabilidad. Sólo si se interpreta el desarrollo científico-tecnológico como un proceso que interactúa con otros procesos sociales se podrá hablar de un desarrollo sustentable²⁶⁴.

De todas formas, “la bioética reclama la transformación de la sustentabilidad económica en una de orden ético, al señalar que al problema de consumo prudente de recursos para asegurar su duración, se requiere agregar criterios de ecuanimidad de distribución. La frugalidad que solicitan los ecologistas para frenar un consumo globalmente excesivo es razonable pero es preciso agregar que para la mayoría de los seres humanos el acceso a recursos primarios es precario o francamente insuficiente”. El planteamiento sobre desarrollo sustentable a veces se pone “al servicio de la globalización, enfatizando el crecimiento económico y marginando las consideraciones de justicia”²⁶⁵.

“Desde hace una década la cuestión social se desplazó, pasamos de un análisis global del sistema (en términos de explotación, reparto) a un enfoque centrado en el segmento más vulnerable de la población. La lucha contra la exclusión polarizó la atención, movilizó las energías, impuso la compasión... Seguimos viviendo, sin duda, en una sociedad muy diferenciada: las desigualdades, con distintas amplitudes, siguen siendo muy fuertes y se agudizan. Pero (existe) una enorme reorganización de los modos de diferenciación y jerarquización sociales... Lo que hay que describir ya no son únicamente identidades colectivas relativamente estables sino trayectorias individuales variables”²⁶⁶.

²⁶³ Pfeiffer ML, Murguía D. Ecología y sustentabilidad: el fantasma de la pobreza. *Rev. Medicina y Humanidades*. Vol. II n° 1, 2010: 54.

²⁶⁴ *Ibidem.*: 55

²⁶⁵ Kottow M. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009: 171-172.

²⁶⁶ Roth MC En la búsqueda de sentido en un mundo de desigualdades. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 76-77.

“La inseguridad es hoy la palabra clave. Asalariados, funcionarios, jubilados: todos expresan temor a un mañana incierto. El sentido del futuro, al mismo tiempo, se ha invertido. Ya no se lo percibe como el tiempo de la ‘carrera’, del progreso profesional, sino como el de lo aleatorio. Todo parece inseguro en todo momento... es la figura moderna de la denegación de justicia. La crisis es, en última instancia, de orden estructural y se transforma en una crisis antropológica”²⁶⁷. Es a la vez, una crisis de la civilización y crisis del individuo. Fallan las instituciones que hacen funcionar el vínculo social y la solidaridad (crisis del estado providencial), las formas de relación entre la economía y la sociedad (crisis de trabajo) y los modos de constitución de las identidades individuales y colectivas (crisis de la persona) La versión presente del fundamento eterno de la visión social en todas sus formas históricas sigue siendo el acceso diferencial a la libertad.

Encontrar sentido en este mundo de desigualdades es el reto también desde la filosofía, como expone Cristóbal Holzapfel²⁶⁸: trasfondo es vivir en la cercanía del sinsentido, a los filósofos les corresponde bajar con tesón hasta las profundidades, y encontrar fuentes “dispensadoras de sentido”, amor, amistad, poder, ciencia, técnica, economía y otras, que organizan nuestras vidas de acuerdo a sentidos.

2.- Modelos y propuestas de desarrollo

Las diferentes propuestas de desarrollo en Latinoamérica se han basado en la teoría de la modernización, las teorías del desarrollo y el capitalismo neoliberal. La primera se basó en aplicar a los países subdesarrollados criterios de occidentalización: desarrollo es igual a modernización y ésta es igual al crecimiento económico: las sociedades atrasadas debían seguir las pautas y los pasos seguidos por los países desarrollados para superar las diferentes etapas del crecimiento económico²⁶⁹.

²⁶⁷ *Ibidem.*: 77-78.

²⁶⁸ Holzapfel C. *A la búsqueda de sentido*. Santiago: Editorial Sudamericana; 2005.

²⁶⁹ Rostow WW. *Las etapas del crecimiento económico*. México: FCE; 1963.

En América Latina, esta teoría es superada desde dos posiciones diferentes: el reformismo estructuralista y el marxismo revolucionario. Ambos critican las teorías económicas neoclásicas y el enfoque de la modernización. El primero desde un enfoque histórico estructuralista, se dirige a analizar la relación entre el centro y la periferia, las dificultades de la inserción internacional de nuestros países, así como los condicionamientos estructurales internos del crecimiento y el progreso técnico, como causa de las desigualdades, con una propuesta reformista de las posibilidades de acción planificada desde los estados²⁷⁰.

Otra teoría con fuerte incidencia en América Latina es la de la dependencia. La producción y riqueza de algunos países está condicionada por el desarrollo y las condiciones coyunturales de otras naciones a las que quedan sometidas. El desarrollo de unos provoca el subdesarrollo del resto. Esta teoría aglutinaba a algunos marxistas ortodoxos²⁷¹ y neomarxistas²⁷², que optaban por la ruptura más o menos revolucionaria de la situación de dependencia, proponiendo alternativas al atraso económico desde la comprensión de la realidad latinoamericana, promoviendo los procesos de liberación de los países. Liberación es así un concepto opuesto al de desarrollo, y consideran fundamental los procesos de transformación social y política de una sociedad más justa. El principal principio ético es el de justicia social.

El modelo neoliberal, que comenzó a implementarse en varios países de América Latina en la década de los ochenta, propone el ajuste estructural, la privatización, la desregulación, el libre comercio, el monetarismo y el desarrollo centrado en el crecimiento económico y en la expansión del mercado, con reducción del Estado. En definitiva, una sociedad que estimule la libertad de elegir —según Milton Friedman²⁷³—, o la libertad como “no coacción” —según Friedrich Hayek²⁷⁴—, que serían sinónimos de desarrollo, y el principio ético de autonomía sería el

²⁷⁰ Bielschowsky R (Comp.) *60 años de la CEPAL Textos seleccionados del decenio: 1998-2008*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2010.

²⁷¹ Cardoso FH, Faletto E. *Dependencia y desarrollo en América Latina. Un ensayo de interpretación sociológica*. México: FCE; 1971. Cardoso FH, Foxley A (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009.

²⁷² Hinkelammert F. *Dialéctica del desarrollo desigual*. Buenos Aires: Amorrortu; 1974

²⁷³ Friedman M, Friedman R. *La libertad de elegir*. Barcelona: Grijalbo; 1980.

²⁷⁴ Hayek F. *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial; 1978.

fundamento de la propuesta social y política, una propuesta manifiestamente insuficiente por su reduccionismo.

“La realidad de América Latina exige una concepción más amplia de la economía, del desarrollo, del ser humano y de la libertad”²⁷⁵. Desde el comienzo de este debate, surgen posiciones que quieren ampliar la visión y entender el desarrollo como un proceso más amplio que el mero progreso económico, un “desarrollo integral armónico” como propone por ejemplo Lebret²⁷⁶, con un papel fundamental de la ética como articuladora del desarrollo de todos los seres humanos y en todo el ser humano, no sólo en el aspecto económico.

También en este sentido se ha desarrollado la posición de la Iglesia Católica, ampliamente presente en Latinoamérica: “Aunque no se desconoce la importancia del progreso de la humanidad, tampoco es posible pasar por alto la situación en que van quedando miles de seres humanos en el mundo. Por esta razón, la Iglesia llama a un nuevo orden político, social y económico que promueva la dignidad del ser humano. Necesariamente el desarrollo debe tener como presupuesto la dignidad humana, el carácter social y comunitario de las acciones de las personas. De esta manera, el desarrollo estaría al servicio del ser humano y no de un grupo o una nación económicamente poderosos. El desarrollo debe ser el esfuerzo de todos los seres humanos y de todas las naciones”²⁷⁷.

El desarrollo como un proceso de expansión de la libertad real, propuesto por el economista y filósofo Amartya Sen, aporta elementos significativos que permiten superar estas concepciones reduccionistas, desde el propio campo de la teoría económica y la reflexión filosófica. Lo veremos con más profundidad.

²⁷⁵ Roa J. *Desarrollo y liberación*. Madrid: Dykinson; 2009: 142-143.

²⁷⁶ Lebret LJ. *Ética y desarrollo*. Buenos Aires: Latinoamérica Libros; 1966.

²⁷⁷ Roa J. *Ob.cit.*: 87.

3.- Amartya Sen: Desarrollo como libertad

La propuesta de Amartya Sen²⁷⁸ comprende el desarrollo como un proceso de expansión de la libertad real de que disfrutaran las personas, como fin y medio del propio desarrollo. Así, se puede superar la ruptura conceptual que existió en los setenta entre desarrollo, por un lado, y liberación, por otro, como conceptos enfrentados en gran parte de la filosofía y la teología de la liberación en Latinoamérica. Distingue entre libertades fundamentales para la vida de las personas y libertades instrumentales. Entre las primeras, están algunas capacidades básicas: poder evitar privaciones como la inanición, la desnutrición, la morbilidad evitable y la prematura, la capacidad de leer, escribir, calcular, la participación política y la libertad de expresión. Entre las libertades instrumentales, estarían al menos las políticas, los servicios económicos, las oportunidades sociales, las garantías de transparencia y la seguridad protectora.

Lo principal para el desarrollo es eliminar las principales fuentes de privación de la libertad: la pobreza, la tiranía, la escasez de oportunidades económicas, las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que pueden encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos.

Como vemos, el ámbito de la prevención en salud entra de lleno en estas libertades fundamentales: la nutrición suficiente para poner remedio a enfermedades tratables, el agua limpia, los servicios de saneamiento; y también la ausencia de programas epidemiológicos o de sistemas organizados de asistencia sanitaria²⁷⁹.

En contraposición a la evaluación hecha a partir de las utilidades (bienestar) y a la de los bienes primarios (Rawls), Sen propone las libertades fundamentales como criterio de evaluación de la justicia.

²⁷⁸ Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999.

²⁷⁹ Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto; 2007: 61-78.

4.- La calidad de vida y el desarrollo

“No podemos negar que en estos más de sesenta años que tomamos de referencia la sociedad ha podido incorporar mejoras en su calidad de vida, la humanidad cuenta o conoce alternativas para mejorar sus condiciones de habitabilidad, educación, formación, salud, pero es la accesibilidad a esas ventajas la que hoy está vedada a la mayoría de la población mundial”²⁸⁰.

“La situación es compleja, pero compartimos con varios teóricos que la acumulación de bienes materiales no se constituye en el artífice del desarrollo sino que es el comportamiento deliberado, colectivamente organizado y consciente de la sociedad lo que permitirá y sostendrá el proceso de desarrollo. Entonces aparecen los bienes intangibles, el conocimiento pertinente e instalado en el territorio, la capacidad de organización y la participación social, que se constituyen en verdaderas riquezas”²⁸¹.

Aparecen nuevas formas del capital, según Allardt²⁸²: existe un capital cognitivo, simbólico, cultural, humano, pero también un capital social, que es la capacidad de negociación, participación, confianza, compromiso; y asimismo un capital institucional: la capacidad para actuar y tomar decisiones en las organizaciones, la resiliencia del tejido institucional, la capacidad de monitorear el entorno y aprender de la propia experiencia, a partir de intercambio permanente con el entorno. El desarrollo es la generación y acumulación de estos capitales en una sociedad, con organizaciones que consoliden los vínculos asociativos. Son fundamentales el conocimiento pertinente, la descentralización del poder y la participación ciudadana²⁸³.

²⁸⁰ Dufour G. Por una economía más humanizada. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 95.

²⁸¹ *Ibidem.*: 97.

²⁸² Allardt E. Institutional welfare and state interventionism in the Scandinavian countries. Frankfurt am Main: Sonderforschungsbereich 3 Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik; 1985.

²⁸³ Dufour G. *Ob.cit.*: 100-102.

En la actualidad, la demanda de la sociedad se vincula con la calidad de vida²⁸⁴. Clarificar el concepto desde las palabras tener, amar y ser, condiciones básicas para el desarrollo y la existencia de las personas: “El tener se vincula con las condiciones materiales básicas para desarrollar una vida digna... con acceso a la salud, a la educación, al trabajo y a la alimentación... El amar se vincula a través de las relaciones establecidas con los demás, a través de las necesidades no materiales de arraigo con la comunidad en la cual la persona se inserta, la familia, los lazos de amistad, de pertenencia a diversos grupos sociales, incluyendo la relación laboral. Y ser es un término que intenta establecer el vínculo de integración con la sociedad y la naturaleza, que se manifiesta a través de la participación, las actividades desarrolladas, la vida laboral y las oportunidades a las cuales se tiene acceso, siendo este elemento el que le aporta sentido a la vida de uno mismo y de los demás”²⁸⁵.

5.- Desarrollo y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. Datos relevantes para el análisis ético

Los países de América Latina y el Caribe han mejorado mucho en las condiciones de salud y en la atención médica en estas últimas décadas. “La expectativa de vida al nacer de la región aumentó de 61 años en la década del 70 a 73 años, y actualmente sólo es inferior a la del conjunto de los países ricos y de la OCDE. En el 2001, la región gastaba en promedio 7,1% del PIB en salud, valor sólo igualmente superado por los países ricos y de la OCDE, que gastaban alrededor de 7,7%”²⁸⁶.

Estos datos pueden dar la sensación de que los problemas de salud están en vías de solución, pero las diferencias con los países con sistemas de salud desarrollados es grande en dos aspectos: primero, en la enorme heterogeneidad regional en los indicadores y las condiciones de acceso a los servicios de salud, con

²⁸⁴ Nussbaum M, Sen A (Coord.) *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª reimp.; 1998.

²⁸⁵ Dufour G. *Ob.cit.*: 109.

²⁸⁶ Medici A. Salud: de pacientes a ciudadanos. En: Cardoso FH, Foxley A (Edit.) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores; 2009.

unas diferencias aún enormes en los ingresos, y una conducción poco eficiente, efectiva y resolutive de las políticas sociales y sanitarias; en segundo lugar, la elevada proporción del gasto sanitario directo del bolsillo y la relativamente baja participación del gasto público, que ha generado una enorme precariedad en los sistemas de protección social para los más pobres

“Cualquiera que sea la forma de clasificar a los países de América Latina y el Caribe, según los grados de desarrollo a través de variables demográficas, económicas, sociales y de pobreza o equidad, queda claro que los de menor nivel de desarrollo presentan niveles mayores de necesidades en salud, lo que no sólo se refleja en la magnitud de su carga de enfermedad, sino también en condiciones de salud peores para los tres grandes grupos de enfermedades: comunicables, no comunicables y por causas externas”²⁸⁷.

La organización institucional de los sistemas de salud es determinante del gasto en salud. Un grupo de países pequeño —la mayoría de los del Caribe y Cuba— tienen una alta incidencia del gasto público directo en el sector de salud, de más del 50%, sin apenas sistemas de seguros. Otro grupo de países —Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica, Panamá y Uruguay— tienen una alta participación de las estructuras de seguros públicos y privados, de más del 50%, con gastos elevados en salud, salvo Bolivia. Un tercer grupo, la gran mayoría, son países con estructura poco definida, pero con fuerte gasto de los gastos de bolsillo y gastos en salud relativamente bajos, salvo las excepciones de Brasil, México y Colombia²⁸⁸. Es importante el gasto público, pues juega siempre un papel corrector de las desigualdades e inequidades.

En la década de los noventa se introdujeron reformas a la salud en la mayoría de los países de la región, para tratar de resolver la cobertura y equidad después de la crisis de la década anterior, con desigual efectividad²⁸⁹. Los objetivos eran redefinir las estructuras de financiamiento de los sistemas, ampliar su cobertura y acceso,

²⁸⁷ *Ibidem.*: 495.

²⁸⁸ *Ibidem.*: 498.

²⁸⁹ Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington DC.: BID; 2000. Maceira, Daniel. *Actores y reformas en salud en América Latina y el Caribe. Nota técnica de Salud n° 1*. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007.

especialmente en los sectores más vulnerables, y el incremento en la eficiencia en la prestación de los servicios.

No es el momento de analizar la situación en cada país²⁹⁰, pero en general las mayores deficiencias son: el papel pasivo de los usuarios, con una gran asimetría de información respecto a los proveedores; un papel no suficientemente activo o claramente contrario de los gremios médicos y entidades profesionales; la frágil defensa de las reformas por parte de los Ministerios de Salud²⁹¹; la impaciencia al esperar resultados urgentes con políticas que son de largo plazo.

En un estudio reciente de Bernardo Kliksberg sobre los sistemas públicos de salud se percibe “un continente paradójico”²⁹², donde se dan las mayores desigualdades y unos regresivos umbrales de desigualdad, junto con mejoras importantes en los indicadores promedio de salud. Este autor muestra cómo las desigualdades impactan fuertemente en las condiciones de pobreza, y ésta tiene unos costos sociales enormes que afectan muy directamente en las condiciones de salud. Son los condicionantes sociales de la injusticia en la atención en salud, que se muestran en las brechas entre países y dentro de cada país en la mortalidad infantil, en las brechas étnicas, o en la mortalidad materna²⁹³.

Algunas direcciones estratégicas, propuestas por Kliksberg, son las siguientes: se necesita más investigación, legitimar el gasto en salud; fomentar la salud pública como clave para la lucha contra la desigualdad, impactar y fortalecer las agendas y políticas públicas, mejorar la calidad de la gestión, y construir alianzas entre las políticas públicas y la sociedad civil. “Se necesita impulsar la acción por enfrentar las inequidades y lograr mejorar la salud de todos los latinoamericanos, dentro de un marco de referencia de la gran necesidad que tiene este continente de recuperar una visión ética del desarrollo”²⁹⁴.

²⁹⁰ Medici A. *Ob.cit.* 2009: 502-509.

²⁹¹ Jayasinghe S. Contracts to devolve health services in fragile states and developing countries: do ethics matter? *J. Med. Ethics* 2009; 35: 552-557.

²⁹² Kliksberg B. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 121-185.

²⁹³ *Ibidem.*: 139-144.

²⁹⁴ *Ibidem.*: 180.

André Medici, en una extensa obra coordinada por Fernando Henrique Cardoso y Alejandro Foxley, expone las políticas que podrían aumentar la respuesta del sector salud²⁹⁵:

- la universalización y la jerarquía de los principios constitucionales;
- la relación entre lo público y lo privado: reinterpretar las evidencias;
- la ética en la función pública;
- financiamiento para la universalización con equidad y calidad;
- descentralización y regionalización en salud;
- el acceso a medicamentos e insumos esenciales;
- las funciones esenciales de la salud pública y la coordinación intersectorial;
- gestión, capacitación y remuneración de los recursos humanos;
- las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) y la participación ciudadana: una carretera de doble vía;
- globalización, mercados regionales y rol de las agencias de desarrollo.

6.- Justicia y recursos en salud

“La justicia sanitaria exige respetar ciertos derechos individuales (derecho a la salud) y garantizar un bienestar mínimo a todos, asegurando una distribución imparcial de los recursos sanitarios”, aunque esto no resuelve todos los problemas actuales: costosos recursos para intervenciones quirúrgicas sofisticadas, tratar enfermedades derivadas directamente de hábitos nocivos mantenidos conscientemente, endeudarse socialmente para ofrecer excelentes servicios de salud transfiriendo el coste a las generaciones futuras, en definitiva, si existe un límite racional del gasto sanitario, o cualquier coste está justificado si mejora, aunque sea mínimamente, nuestra calidad de vida”²⁹⁶.

²⁹⁵ Medici A. *Ob.cit.* 2009: 512-545.

²⁹⁶ Francés Gómez P. Justicia y gasto sanitario. En: Gómez-Heras JM, Velayos C (Edit.) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 163.

“Cualquier principio de justicia distributiva ha de ser capaz de resolver la asignación de recursos escasos entre personas que los consideran valiosos y los demandan con la pretensión de que los merecen y, por tanto, se niegan en principio a renunciar a ellos voluntariamente, como harían si fueran perfectos altruistas”²⁹⁷. El objetivo es justificar racionalmente decisiones distributivas difíciles, con argumentos convincentes, y que sean eficaces para la estabilidad y la paz social²⁹⁸. “Principios como la santidad de la vida humana, la asignación en función de la necesidad, y otros derivados de la ética médica, son completamente inútiles para determinar el nivel de gasto sanitario, el tipo de sistema de salud, y otras decisiones sociales semejantes. Y serían contraproducentes si llegaran a aplicarse como principios políticos”²⁹⁹.

Como expone Dworkin, el “principio de rescate” afirma el valor supremo de la vida humana, mayor que cualquier otro bien, incluido el material o el dinero; y el médico, o el sistema sanitario, debe seguir en la distribución de su ciencia la regla de la necesidad, sin importar otras circunstancias como la riqueza, el estatus social, etc. Estas ideas inspiran la ética médica y los códigos deontológicos, y están asimiladas como principios jurídico-políticos de una sociedad justa en lo que se refiere a la salud. Pero de hecho, este principio de rescate, “no es el principio político-sanitario de ninguna sociedad actual”³⁰⁰, por las circunstancias demográficas y tecnológicas actuales. Propone Dworkin el “principio del asegurado prudente”: las limitaciones en la cobertura del sistema público de salud no se verían como compromisos o renunciaciones a las verdaderas exigencias de la justicia, sino como derivadas de ese mismo principio de justicia social: lo que haría la persona prudente, lo que la sociedad considera razonable en las circunstancias actuales, el exceso de cobertura sería tan injusto e irracional a la luz de este principio como lo contrario, una falta de la cobertura mínima. Llama la atención sobre el nivel razonable de gasto sanitario, medido por la prudencia y autonomía de una persona media, en un hipotético entorno exento de desigualdades radicales.

²⁹⁷ *Ibidem.*: 164-165.

²⁹⁸ Arboleda-Flórez J. Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 53-68.

²⁹⁹ Francés Gómez P. *Ob.cit.*: 165.

³⁰⁰ Dworkin R. *Taking Rights Seriously*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1977.

También en este mismo sentido, Norman Daniels propone un modelo de ahorro y de “transferencias prudentes y racionales” después de un proceso de deliberación que se hará desde “el velo de la ignorancia”³⁰¹, aunque sería obligatorio y —en cierto modo— consecuencia del deber de protección de los más vulnerables, ofrecer a todos un nivel mínimo de salud necesario para poder decidir sobre los propios proyectos de vida razonables³⁰².

Las consecuencias para la política sanitaria serían evidentes: el sistema de provisión de seguro de salud más justo es un sistema público; y se requerirá racionar los servicios sanitarios con principios justos, con racionamiento justo, por ejemplo, en situaciones de emergencias o catástrofes, protocolizado; o “al lado de la cama” sin rígidos protocolos, por parte del médico; con debate público de las políticas de salud, “con criterios explícitos y públicamente discutibles, no ocultos en la opacidad de las bienintencionadas decisiones profesionales ni en la mala conciencia de los gestores”³⁰³.

El contractualismo ofrecería un criterio sustancialmente equivalente al del principio del asegurado prudente³⁰⁴. Otros enfoques, como el de Walzer, enfatizarían la necesidad como criterio de distribución, y su resultado estaría probablemente más cerca del principio de rescate. El utilitarismo es posiblemente la doctrina moral que subyace a los intentos de racionalizar el gasto sanitario intentando llevar en análisis de costes y beneficios al campo de la medicina³⁰⁵.

En el ámbito europeo, de sistemas de seguro social de la salud generalizados, se considera que la salud es un bien primario para la persona, del que deriva un deber social, puesto que “es un bien que todos deberían tener para poder llevar adelante un ‘plan racional de vida’ —como comenta Jesús Conill—; es, pues, una de las

³⁰¹ Outomuro D. Bioética, APS y Salud Pública. Algunas consideraciones sobre la justicia distributiva. En: Seminario-Taller Internacional. *Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata*. Buenos Aires: OPS; 2003: 113-123.

³⁰² Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. En: Carvalho Fortes PA, Pavone Zoboli EL (orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo, Edições Loyola; 2003: 83.

³⁰³ Francés Gómez P. *Ob.cit.*: 192.

³⁰⁴ Dworkin R. Justice and the High Cost of Health. En: *Sovereign Virtue*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2000: 307-319.

³⁰⁵ Austin S.E. *Medical Justice*. Nueva York: Peter Lang; 2001.

‘capacidades mínimas’ para ser ‘miembro cooperante de la sociedad’ y para tener la oportunidad de ejercer una ‘libertad real’³⁰⁶.

Desde el momento en que la medicina pasa a ser asunto público y, en concreto, cuando los estados sociales en forma de estados de bienestar incrementan los gastos sanitarios de modo acelerado y alarmante, es decir, al convertirse la salud en un problema público, cuando antes era una cuestión privada, la asistencia sanitaria pasó a ser un asunto de justicia social en lo que toca a la distribución y asignación de los recursos sanitarios.

“Por eso, si la medicina gestionada quiere actuar por razones de justicia, por razones éticas, habrá de evitar destruir valores propios de las profesiones sanitarias, como es el caso de la confianza en las relaciones terapéuticas. Porque si desvirtúa estas relaciones, convirtiendo a los profesionales en agentes dobles... forzados a vivir en un permanente conflicto de lealtades (al bien y/o voluntad del paciente, a la administración pública y a los incentivos económicos) entonces se estarán corrompiendo las relaciones profesionales, lo cual a su vez va en detrimento de la eficiencia sanitaria. No todo consiste en reducir el gasto, sino que, para que la gestión sea legítima y justa, es preciso saber por qué, cómo y para qué”³⁰⁷.

Por eso, importa corregir los defectos de una visión economicista de la empresa sanitaria desde esa tradición de corte aristotélico, que tiene en cuenta las metas de la sanidad, sus bienes internos, pero también desde la tradición de corte kantiano, a la que podríamos caracterizar como universalismo deontológico. Este último está presente en relevantes éticas contemporáneas de la justicia, que se esfuerzan por precisar unos mínimos de justicia, sean los bienes primarios (J. Rawls), el mínimo decente (N. Daniels), las capacidades mínimas (A. Sen), los mínimos contextualizados de las diversas esferas de la justicia (M. Walzer), los intereses universalizables reconocidos desde la competencia comunicativa (K.O. Apel, J. Habermas). “Y todo ello requiere además —a juicio de Jesús Conill—, una nueva visión de la profesionalidad sanitaria, sin la cual será muy difícil —por no decir imposible— que se haga efectiva

³⁰⁶ Conill J. Justicia sanitaria. En: G^a Gómez-Heras JM, Velayos C (Edit.) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 148-150.

³⁰⁷ *Ibidem.*: 157.

realidad un mayor grado de justicia en la sanidad”³⁰⁸. Se trata de articular de modo eficiente la dimensión clínica, la organizacional y la profesional.

Los agentes del desarrollo son los ciudadanos, y en el ámbito de la salud, los profesionales de la salud: “Ser ciudadano —en palabras de Dufour— es contar con capacidad para e entendimiento, la percepción y la discriminación del conocimiento pertinente al territorio, poseer el compromiso con el medio ambiente, reconocer la temporalidad de los procesos y la recuperación de la memoria histórica. Es también, poder construir reglas que profundizan una armónica convivencia, es comprender el pasado, el presente y el futuro, haciéndose cargo de las tensiones sociales que generan los conflictos de intereses, y, resumidamente, ‘ser con otros’”³⁰⁹.

7.- Principios éticos para un desarrollo sustentable en salud

Pensamos que los principios éticos que podemos aplicar en el ámbito de una ética del desarrollo son los mismos ya contemplados en la bioética clínica, aunque adaptados al contexto. En primer lugar, el clásico “*primum non nocere*”, el principio de no maleficencia, con especial hincapié —en este ámbito de salud pública e instituciones de salud— en evitar y atacar la corrupción y la falta de eficiencia que imposibilitan cualquier desarrollo equitativo y que perpetúan el subdesarrollo³¹⁰.

El principio de beneficencia, aunque engloba muy diferentes matices, como vimos en la propuesta del primer capítulo, sería, sobre todo, la difusión del conocimiento en general y de la educación en salud, en particular, como medios imprescindibles para el desarrollo de las personas y comunidades³¹¹.

El principio de autonomía debe ser entendido no solamente como la capacidad de autodeterminación, más allá de situaciones de vulnerabilidad o de simple y dura falta de autonomía personal, sino también como desarrollo de la capacidad de

³⁰⁸ *Ibidem.*: 159.

³⁰⁹ Dufour G. *Ob.cit.* : 98.

³¹⁰ Aula de Ética. *Eficiencia, corrupción y crecimiento con equidad*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.

³¹¹ Mujika Alberdi A (Coord.) *Conocimiento para el desarrollo*. San Sebastián: Universidad de Deusto; 2005.

determinar la propia vida, como libertad integral más competencia y capacidad de agencia, en un desarrollo entendido fundamentalmente como promoción de la libertad, como expone Amartya Sen³¹². Esta promoción de la libertad lleva consigo la liberación de las coacciones exteriores e interiores, y puede servirnos para complementar dos visiones con mucha frecuencia entendidas en Latinoamérica como opuestas, la del desarrollo y la de la liberación³¹³.

En cuanto a la justicia, pensamos que debe mantenerse como contraste permanente de cualquier política de desarrollo, en varios ámbitos: el de la promoción y protección de los derechos humanos y sociales de todos, sin discriminaciones injustas; en la equidad en el acceso a los cuidados y la atención en salud; en la exigible y adecuada distribución de los recursos en salud, y en la definición concreta del mínimo ético exigible en cada país. Y más allá de esto, o quizás previamente, la justicia como protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica³¹⁴.

También pertenece a la justicia y al desarrollo el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestionada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud —propio del profesional y del sistema— por encima del fin económico, y de los índices de desarrollo, importantes, pero secundarios.

Es de justicia finalmente asegurar la continuidad de la atención, tanto entre centros de salud y hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos, por

³¹² Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999. Traducción española: *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta; 2000.

³¹³ Roa J. *Desarrollo y liberación. Política, economía y religión*. Madrid: DYKINSON; 2009.

³¹⁴ Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17 (4): 949-956.

encima de las posibles crisis económicas, detenciones o retrocesos en el proceso de desarrollo.

Nos parece fundamental también —y lo desarrollaremos en el siguiente capítulo— la solidaridad en una ética del desarrollo. No solamente de los países desarrollados con los demás, ni del norte con el sur, sino dentro de nuestros propios países, entre “nuestro” primer mundo y “nuestro” tercer o cuarto mundo, entre esos sectores con enormes recursos económicos y los de extrema pobreza, como vimos en el segundo capítulo. Pensamos que debe ser la solidaridad el impulso que haga nacer la auténtica preocupación ética por el otro, por los otros, especialmente por los más vulnerables.

Capítulo 5

Bioética y solidaridad

Introducción

La solidaridad, desde una aproximación fenomenológica, hace referencia a las interacciones que tienen lugar entre individuos en una comunidad de origen, como es el caso de la familia, pero también al interior de una sociedad, o en las relaciones entre todos los seres humanos. La solidaridad, “entendida en su sentido moral-universal, no puede ser desligada de la libertad y la justicia, y tiene que ser diferenciada de la benevolencia y la caridad”³¹⁵. No es exclusivamente una versión actual de la fraternidad ideal de la Ilustración, que complementa la libertad y la igualdad, o, en términos bioéticos, es un principio ligado al de justicia, y no solamente al de beneficencia, y por tanto, con deberes éticos de primer nivel. “No puede haber compasión... sin solidaridad”³¹⁶, y una compasión universal ahora.

La solidaridad es un tema cada vez más presente en la filosofía del siglo XX, así como en la ética y la política social, después de su desarrollo en los movimientos sociales de la modernidad. En tiempos de auge del individualismo, ha sido mérito de algunos filósofos la recuperación hermenéutica de la problemática de la solidaridad y la propuesta de una rehabilitación crítica de su significado, como veremos.

El ejercicio de la virtud y el principio ético que es la solidaridad puede corresponder a las personas individuales, a las comunidades o a las estructuras sociales. Es importante definir bien quién es el sujeto de la solidaridad a la que nos referimos en el debate bioético, para delimitar bien el nivel de las diferentes responsabilidades éticas que la solidaridad lleva consigo.

³¹⁵ Figueroa M, Michelini D (Comp.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 217-224.

³¹⁶ Sznajder N. *The Compassionate Temperament: Care and Cruelty in Modern Society*. Oxford: Rowman&Littlefield; 2001: 96.

En el liberalismo, la solidaridad se construye sobre la centralidad del individuo y lo que él desea, quiere, hace o elige. Se entiende como disposición personal de ayuda desinteresada y gratuita hacia el otro necesitado, como altruismo y opción personal supererogatoria, sin referencia a su institucionalización en sistemas de protección, que se atribuye a las políticas sociales. Esto se aplica del todo en las teorías liberales del Estado mínimo. El pensamiento neoliberal tiende cada vez más a poner el acento sobre la idea de autonomía: el principio básico de la vida social pasa a ser dar a cada individuo, y a cada grupo, la posibilidad de vivir según los principios y con el modo de vida que desee. Los valores sociales centrales son la tolerancia mucho más que la solidaridad y la imparcialidad mucho más que la igualdad. La “buena sociedad” es la que permite la coexistencia pacífica de las diferencias; ya no la que asegura la inserción³¹⁷.

En el liberalismo social está presente la justicia como virtud básica de las instituciones sociales —Rawls, Dworkin, Sen—, pero la solidaridad no es expresión directa de la justicia, sino que tiene relación con los vínculos que los individuos establecen libre y voluntariamente, no con las instituciones³¹⁸.

El comunitarismo, como reacción contrapuesta, insiste en que la identidad requiere de un significado compartido: la pertenencia al grupo define las relaciones y compromisos. La libertad es compartida, dentro de las diferentes ideas de bien de las tradiciones, y por tanto, la solidaridad ocupa un puesto central pues el bien común prima sobre el particular y en condición para éste. Frente a la neutralidad del Estado defendida por los liberales, los comunitaristas defienden un Estado activista, o en algunos casos, una sociedad activista sin Estado, o con el menor Estado posible³¹⁹. La solidaridad es sobre todo “pertenencia comunitaria, los vínculos, lealtades y conexiones que integran a las personas en sus contextos” y fuente de la identidad³²⁰. Por eso, la comunidad resulta indispensable para el desarrollo de la persona, incluida la comunidad política. Amitai Etzioni propone así una nueva regla de oro: “Respetar y

³¹⁷ Rosanvallon P. *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Manantial; 2007: 67.

³¹⁸ Martínez JL. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana. En: Villar A, García-Baró M (Ed.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004: 55-63.

³¹⁹ Pérez Adán J. *Adiós Estado, bienvenida comunidad*. Madrid: EIUNSA; 2008.

³²⁰ Martínez JL. *Ob.cit.*: 64-70.

defiende el orden moral de la sociedad tal como quisieras que la sociedad respetara y defendiera tu autonomía”³²¹.

Una tercera posición en la ética política y social es la socialdemócrata, variante de la unión entre la tradición socialista y la liberal (J. Habermas y J. Rawls), que enfatiza el componente social y plantea el ideal de una sociedad deliberadamente instituida sobre los derechos sociales, que deben ser atendidos desde el asistencialismo estatal: la solidaridad ha de estar públicamente institucionalizada a través de los servicios públicos, que son responsabilidad de los políticos³²². Hablamos de una solidaridad activa, que es posicionamiento esencial en las políticas públicas de salud, en la relación entre personas con intereses simétricos que interactúan a través del diálogo y la comunicación, para poder superar así la realidad desfavorable de las condiciones de salud encontradas entre nosotros³²³.

Analizaremos las propuestas realizadas desde la ética social, la fundamentación ética de la solidaridad que proporciona el personalismo filosófico, las propuestas de una solidaridad del Estado y fijada por el derecho, y no sólo de los individuos y de la sociedad, y finalmente, cómo afectan al ámbito de la bioética estos conceptos de una sociedad equitativa y solidaria de inserción de todos.

1.- La solidaridad en la reflexión de la ética social actual

En el utilitarismo, la justicia queda limitada a sus aspectos de eficacia y eficiencia, es decir, de relación y cálculo de medios y fines, donde los fines quedan presupuestos y no discutidos públicamente, donde la razón política y la racionalidad de la política quedan recluidas en la reflexión sobre medios adecuados para fines presupuestos, y eso de manera supuestamente científica. Para Rawls, en cambio, “siendo pertinente ese ingrediente de racionalidad, es necesario recoger también lo razonable presente en la conducta de los ciudadanos y ciudadanas, como expresión de ciertos poderes

³²¹ Etzioni A. *La nueva regla de oro*. Barcelona: Paidós; 1999: XVIII.

³²² Figueroa M, Michelini D. *Ob.cit.*: 234-235.

³²³ Caponi, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2000.

morales, la posesión de un sentido de la justicia y, al mismo tiempo, el poder de diseñar y revisar nuestros ‘planes de vida’³²⁴.

Tras el velo de ignorancia, “los sujetos esgrimirían dos tipos de conducta: una, guiada por criterios de racionalidad —instrumental, en la línea de las teorías de la elección racional—, y otra —que va más allá de los planteamientos del utilitarismo— a la que denomina acción razonable, orientada por consideraciones morales y un sentido de justicia presente en la sociedad como sistema de cooperación social³²⁵.

Históricamente, la noción de solidaridad se ha vinculado con relaciones sólidas de reciprocidad, compromiso e igualdad, en el seno de una comunidad, o determinado grupo social... un modo de derecho u obligación, adhesión circunstancial a la causa o empresa del otro. Sin embargo, el concepto ha trascendido para hacerse parte de una dimensión singular del vivir juntos. Los tres vínculos principales del vivir juntos con los demás son el desinterés mutuo, los vínculos de sentimiento y afecto, y la amistad cívica. Los deberes naturales son: el de ayuda mutua, el respeto mutuo, los vínculos con las instituciones. En definitiva, compartir el destino de los demás en la comunidad³²⁶.

El principio de diferencia tras el velo de la ignorancia, en Rawls³²⁷, proporciona una interpretación del principio de fraternidad, relacionado con la amistad cívica y la solidaridad social: “en justicia como imparcialidad acordamos compartir el destino de los demás”³²⁸.

En el marco de la Ética del Discurso, el concepto de corresponsabilidad solidaria puede ser interpretado en dos sentidos diferentes: uno, que se refiere a la corresponsabilidad solidaria contextual, propia de la comunidad real de comunicación, y otro, que remite a la corresponsabilidad solidaria primordial, inherente a la comunidad ideal de comunicación. La solidaridad contextual es la que tiene lugar en el mundo de la vida, a nivel interpersonal e institucional, y está

³²⁴ Salvat P. Teoría de la justicia y solidarismo liberal en John Rawls. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 41.

³²⁵ *Ibidem*: 44.

³²⁶ Guerrero JA. Vínculos y ciudadanía en la teoría de la justicia de John Rawls. En: Villar A, García-Baró M (Ed.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004: 436-439.

³²⁷ Martínez E. *Solidaridad liberal. La propuesta de John Rawls*. Granada: Comares; 1999.

³²⁸ Rawls J. *A Theory of Justice*. Cambridge : Harvard University Press ; 1971 : 102.

constituida por los lazos de unidad en el micro-ámbito de relaciones humanas, como las que pueden darse, por ejemplo, al interior de una familia, o entre amigos, o en el meso-ámbito de relaciones humanas, entre los ciudadanos de una sociedad. Se trata de una solidaridad que es relevante para la identidad personal de los individuos y para el desarrollo estable de la personalidad a lo largo del proceso de socialización³²⁹.

A su vez, la solidaridad institucional es un elemento clave para la interacción social y la identidad colectiva: es una relación socialmente relevante, puesto que ella permite compensar el alcance fundamental, pero limitado, de las relaciones de justicia. El concepto de solidaridad institucional, por su parte, remite a los lazos de solidaridad que están siempre mediatizados: se trata del nivel social, económico, político y cultural de relaciones solidarias, mediadas por las instituciones de la sociedad civil. Las instituciones representan no sólo una descarga de responsabilidad para los individuos, sino también una extensión del alcance de la solidaridad, dado que ésta, al estar mediada institucionalmente, no se restringe al micro-ámbito de relaciones personales, sino que se proyecta a la interacción social en su conjunto³³⁰.

El principio de corresponsabilidad solidaria viene a conjugar dos dimensiones opuestas y complementarias: por un lado, nadie puede abandonar el punto de vista de la responsabilidad que le cabe respecto del grupo o comunidad a que pertenece, y todos y cada uno de los miembros de la comunidad real de comunicación tienen el derecho a reclamar ante la no consideración de algunas aspiraciones o ante la lesión de derechos que se consideren legítimos para la autorrealización individual o colectiva en el marco de la comunidad determinada³³¹.

La solidaridad se entiende como parcialidad en la filosofía de la liberación de Enrique Dussel. En este sentido, la solidaridad será ya siempre solidaridad “de la y con la” comunidad de víctimas que “en la asimetría se reúnen simétricamente” y posee, ya

³²⁹ Michelini, Dorando L. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008.

³³⁰ *Ibidem*: 25.

³³¹ Michelini D. *Ob.cit* (2007): 29.

siempre, el “contradiscurso crítico” que adquiere valor “anti-hegemónico”³³². La praxis de la solidaridad y la función de las acciones orientadas al entendimiento cambian en el contexto de la dominación. La solidaridad se torna en parcialidad hacia el oprimido... y la conciencia del oprimido de su propia situación se torna calidad moral para superar su papel de esclavo y reconstruir su identidad³³³.

Solidaridad es la noción más importante en el pensamiento pragmático de Richard Rorty. Constituye el eje articulador de los principales planteamientos de su filosofía³³⁴: es la noción que disputa a la objetividad el fin de la investigación intelectual; la fuente de sentido llamada a nutrir la voluntad ética; el contenido de la esperanza política y la guía para la acción social; el horizonte que no puede perderse de vista en una época que verifica de manera creciente la pérdida de las certezas metafísicas que ofrecieron horizontes; la expresión del espíritu que anima la nueva racionalidad hermenéutica y conversacional; la secularización de la herencia ética del mensaje cristiano; el principio identitario más valioso de occidente, en el que este sigue encontrando una deuda de fidelidad y un desafío de futuro; el criterio para juzgar el progreso moral en las sociedades democráticas; el valor y la actitud que pueden dar cauce y orientación a un posible diálogo intercultural.

Solidaridad, además, es la noción que sintetiza la transformación de parte importante de la filosofía contemporánea hacia un pensamiento que ya no puede desplegarse de espaldas al sufrimiento humano, so pretexto de atender el misterio del ser o a la demanda de develar las estructuras últimas de la realidad o de la razón. “En definitiva, un paradigma en el que asumir la contingencia, tantas veces eludida por el hombre común como por el filósofo extraordinario, desemboca en el reconocimiento del valor de la solidaridad al hacerse consciente el sujeto, el pensador, de la

³³² Romero E. Solidaridad como parcialidad en la filosofía de la liberación de Enrique Dussel. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 117-129.

³³³ Schelkshorn H. Prólogo. En: Dussel E, Apel KO. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta: 2005: 20 y ss.

³³⁴ Figueroa M. Richard Rorty: idea y construcción pragmatista de la solidaridad. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007:153-198.

responsabilidad que define la condición del ser humano frente al mundo y a los demás”³³⁵.

El empeño del pragmatismo rortyano es abandonar “la funesta tentativa de conceder mayor importancia a nuestra relación con lo no humano que a nuestras relaciones con los demás seres humanos... la reflexión filosófica debería centrarse principalmente en la solidaridad humana, y no en un género de objetividad más allá de la intersubjetividad”³³⁶. Rorty no comparte la idea de que tal empresa represente un escepticismo que nos exponga al relativismo. A su juicio, conquistas como la democracia liberal y la cultura de los derechos humanos poseen una consistencia que no depende de un discurso filosófico que les otorgaría la fundamentación incontrovertible y necesaria ante cualquier audiencia; su valor reside en que son creaciones históricas, políticas y culturales que se validan en y a través de la experiencia histórica³³⁷. El intento de Rorty consistirá en elaborar una idea de la solidaridad no esencialista ni presupuesta como constitutiva en la profundidad del yo verdadero, pero, al mismo tiempo, capaz de motivar la acción comprometida del individuo en la esfera social y política, todo esto sin borrar la distinción entre lo público y lo privado característica de la perspectiva liberal. “Estamos agradecidos a Platón y Kant no porque descubrieran verdades ahistóricas, sino porque nos llevaron a pensar utopías cosmopolitas que nos desafían a encontrar vías más eficaces para su realización”³³⁸.

La esperanza se nos propone, ni más ni menos, como el desarrollo en nosotros de una disposición vital desde la cual ver y encarar el mundo, desde la cual reivindicar en el centro de la vida social la experimentación y el riesgo por aquello que no podemos dejar de reconocer que posee mayor altura humana, que juzgamos que haría de nuestra vida y de la de los demás algo mejor, más digno, más feliz. Rorty está convencido de que eso se llama solidaridad³³⁹.

³³⁵ *Ibidem*: 153-154.

³³⁶ Rorty R. *Consecuencias del pragmatismo*. Madrid: Tecnos; 1996: 12.

³³⁷ Figueroa M. *Ob.cit.*: 160.

³³⁸ Rorty R. *Verdad y progreso*. Barcelona: Paidós; 2000: 226-227.

³³⁹ Figueroa M. *Ob.cit.*: 198.

Partiendo de la racionalidad hermenéutica, desde una postura “creyente y nihilista”, Gianni Vattimo afirma que en la época postmoderna sin metafísica, es cierta la frase de Croce: “No podemos no decirnos cristianos”, porque “en el mundo en que Dios ha muerto —se han disuelto los metarrelatos y se ha desmitificado afortunadamente toda autoridad, también la de los saberes objetivos— nuestra única posibilidad de supervivencia humana reside en el precepto cristiano de la caridad”³⁴⁰.

Desde la sociología, Zygmunt Bauman fundamenta la continuidad de modernidad “sólida” y postmodernidad “líquida”. En su libro *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias*, nos habla sobre la producción de 'residuos humanos' —más concretamente, de las poblaciones 'superfluas' de emigrantes, refugiados y demás parias— como una consecuencia inevitable de la modernización³⁴¹. Cómo convivir con los otros ha sido un problema omnipresente de la sociedad occidental, y Bauman presenta las principales estrategias utilizadas: la separación del otro excluyéndolo, la asimilación del otro despojándole de su otredad, y la invisibilización del otro que desaparece del mapa mental. Pero es necesario ir más allá del grupo moral, en búsqueda de soluciones éticas a los problemas de la modernidad³⁴².

2.- La solidaridad en el personalismo filosófico

“Vean ustedes cuando un niño nace —comenta Ricoeur desde el personalismo—: por el solo hecho de que esté allí, él obliga... Cuando lo frágil no es algo, sino alguien... ese alguien nos aparece como confiado a nuestros cuidados, puesto a nuestro cargo. Estamos a cargo de él... Lo frágil es alguien que cuenta con nosotros; espera nuestro apoyo y cuidados; tiene confianza en que lo haremos... Resulta de ello que en el sentimiento de responsabilidad sentimos que nos hemos

³⁴⁰ Vattimo, Gianni. La edad de la interpretación. En: Richard Rorty, Gianni Vattimo. *El futuro de la religión. Solidaridad, caridad, ironía*. Barcelona: Paidós; 2006: 65-81.

³⁴¹ Bauman Z. *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias*. Barcelona. Paidós Ibérica. 2005.

³⁴² Bauman Z. *Ética postmoderna*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2004: 127-165.

vuelto responsables de... por...”³⁴³. Lo que quiere decir hombre capaz de reconocimiento, “la capacidad para responder de sí y de otro... indica que el sí mismo es quien escucha el envío y lo asume como una capacidad de sí. ¿No es en este punto que el sí mismo es en la plena implicación del otro? Finalmente, ¿no viene el relato del buen samaritano a incluir la desproporción y la fragilidad en las relaciones intersubjetivas como provocación para dar el paso a una reflexión sobre la dialéctica ‘dar-recibir’ sin esperar nada a cambio? ¿No denuncia, por otra parte, la necesaria relación entre una lógica de la equivalencia, propia de todo anhelo de justicia y una lógica de la sobreabundancia que sella la gratuidad de las relaciones interpersonales?... ¿No representa acaso la figura del que se deja obligar por la fragilidad del otro?”³⁴⁴.

Comenta con fuerza Ricoeur: “En tanto que la posición del “cogito” en la duda cartesiana puede seguir siendo un acto éticamente neutro, la posición del otro en tanto que otro –el reconocimiento de una pluralidad y de una alteridad mutua –no puede no ser ética. No es posible que reconozca al otro en un juicio de existencia que no sea un consentimiento de mi querer con igual derecho que el querer extranjero”³⁴⁵. Si el hombre es capaz de volverse un agente abusivo y contrafigura de la proximidad, también puede reconocer y dar gratuitamente más allá de las exigencias de la reciprocidad³⁴⁶.

Es lo que llama Levinas la “lógica del don”. Esta exigencia de reciprocidad es reorientada, a través del mandamiento nuevo de amar al otro como a sí mismo y de amar al enemigo, hacia la mutualidad; esto es, hacia una proximidad vivida, ejemplificada en la fraternidad o acompañamiento en el dolor o en la agonía. La mutualidad restablece la proximidad entre individuos, mientras que la reciprocidad se refiere a las ‘relaciones sistemáticas’ mediadas siempre por la institución. La

³⁴³ Ricoeur P. Responsabilité et fragilité. En: *Autres temps. Cahiers d'éthique sociale et politique "Paul Ricoeur"*, 2003, nº 76-77 : 129.

³⁴⁴ Mena P. Solidaridad e invención del prójimo. Variaciones sobre el sí mismo como todo en la filosofía de Paul Ricoeur. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 78-79.

³⁴⁵ Ricoeur P. Sympathie et respect. Phénoménologie et éthique de la seconde personne. En: *Revue de métaphysique et de morale*, 1954, 59.

³⁴⁶ Mena P. *Ob.cit.*: 81.

solidaridad es una exigencia de la mutualidad, aunque sea difícil, que va más allá de la justicia, exigencia de la reciprocidad³⁴⁷.

Con la aparición del tercero comparecen las diversas instancias que forman la trama plural del mundo y que mediatizan las relaciones inter-subjetivas. Entonces es necesario tomar en cuenta el orden objetivo de las instituciones socio-políticas, recurrir a la racionalidad instrumental y objetiva. La solidaridad es el lazo posible (peut-être) del ser-los-unos-con-los-otros³⁴⁸. La solidaridad, dejando venir al otro como otro, como lo que me obliga a exponerme y a la vez es condición de mi inmanencia, la solidaridad ya no debería simplemente constituirse en un movimiento de circulación al interior de la lógica del intercambio; sino que debería corresponder, en su imposibilidad misma, a la incalculabilidad del don y de la generosidad. Cuestión por pensar, ciertamente, pero previa a toda negociación e irreductible a la conjunción armoniosa de los diferentes y de los desacuerdos³⁴⁹.

“La característica de Eros —comenta Vila-Cha, en un estudio sobre Levinas— es la capacidad de desligarse de su objeto más inmediato; es propio de su naturaleza separarse del objeto en orden a usarlo como escalera para cosas más altas... El verdadero objeto del amor no es, en consecuencia, la otra persona en cuanto tal, sino la ‘idea de belleza’ que la persona concreta encarna... En el amor Ágape, en cambio, el amor al prójimo está dirigido al prójimo en cuanto tal, a la otra persona en y por sí misma... el verdadero amor al prójimo implica la gratuidad de la relación”³⁵⁰. “La relación ética, a la que aquí llamamos amor, significa, antes que nada, su no reciprocidad... el yo se apaga delante del otro, en un movimiento de generosidad desinteresada. Por eso, para Levinas, el otro merece siempre respeto antes de cualquier deuda que yo haya contraído con él, yo soy fundamentalmente responsable

³⁴⁷ Levinas E. *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-Textos; (1986)1993.

³⁴⁸ Muñoz E. Emmanuel Lévinas y la solidaridad en cuestión. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 112.

³⁴⁹ Muñoz E. Ob.cit.: 114-115.

³⁵⁰ Vila-Châ JJ. O principio do amor ou amor como principio de justiça. En: Durán V, Scanne JC, Silva E (Compiladores). *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006: 206-207.

por él independientemente de toda falta cometida en relación a él... mi obligación para con el otro es radicalmente asimétrica”³⁵¹.

El amor o ‘relación ética’, no consiste en servirnos del otro sino en servirle, consiste en dar más que en recibir. Pero esta prioridad de la subjetividad ética no anula la idea de una justicia objetiva, encarnada en un sistema de leyes, en instituciones políticas y en una organización racional de la sociedad. Sobre esta paradoja se fundamenta la posibilidad misma de justicia, ya que el único valor absoluto consiste en la posibilidad humana de dar prioridad al otro sobre sí mismo. Aquí reside, dice Levinas, la esencia misma de lo humano, la justificación de la racionalidad, el orden de la justicia, la propia filosofía”³⁵².

Frente a la razón moderna, el comunitarismo personalista alza la necesidad de las tradiciones culturales y religiosas, y de una ética de la vida buena clásica renovada. Solidaridad y justicia vistos como virtudes, más que como solamente principios del actuar práctico³⁵³, y la solidaridad como complemento necesario de la justicia³⁵⁴.

Las soluciones pluralistas a la justicia, como la comunitarista de Thévenot, por ejemplo³⁵⁵, ofrecen recursos más amplios para la lucha contra la exclusión, justifican recurrir a formas de acción asociativas en la medida que su diversidad puede darle contenido afectivo al pluralismo, y también por la apelación a los agentes comprometidos con las políticas sociales, la solidaridad en la comunidad. El Estado sigue siendo teniendo la responsabilidad social por la exclusión, pero tiene unos límites claros el recurrir solamente a criterios de justicia para la reinserción de los excluidos: no basta en definitiva solamente con la justicia, sino que pueden ser más apropiadas a veces la familiaridad y la ayuda mutua, pasando de una ética de la justicia a una moral de la justificación. Los debates sobre la modernización de los servicios públicos de salud, por ejemplo, suelen centrarse en el conflicto entre la

³⁵¹ *Ibidem*: 210.

³⁵² Levinas E. Philosophie, justice et amour. En: *Entre nous: Essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Grasset;1991: 123-127.

³⁵³ Rodríguez Duplá L. *Ética de la vida buena*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2006.

³⁵⁴ Toledo A. De la justicia a la solidaridad. Hacia un nuevo paradigma. *Vida y Ética*. Buenos Aires, 2008, año 9, nº 1: 35-64.

³⁵⁵ Thévenot L. La acción pública contra la exclusión a partir de enfoques pluralistas de lo justo. En: Affichard J, De Foucauld JB (Dir.) *Ob.cit.*: 49-64.

equidad y la eficacia, cuando debieran reformularse en términos de esferas de justicia dentro de una concepción pluralista.

Podemos concluir que la respuesta filosófica trata de ayudar a construir sujetos agentes solidarios, personas, y no solamente individuos. “La finalidad del humanismo es hacer de las personas (sujetos morales) ‘gestores’ del sentido, y de las sociedades de personas, ‘gestoras’ de la legitimidad”, a través de la generación de los bienes generales que satisfagan las necesidades de todos³⁵⁶. Las interrelaciones personales pasan a ser “un intercambio comunicacional que es el lugar de gestión del sentido y de la legitimidad de las aspiraciones, necesidades o productos, que tienen que conservar, al menos como tensión, una estructura universal de solidaridad”³⁵⁷. En definitiva, se propugna no sociedad de masas, sino una sociedad de personas e instituciones que dan sentido y legitimidad, como veremos también en el capítulo sobre ética institucional.

3.- Solidaridad del estado, no sólo de la sociedad o del individuo, y fijada en el derecho

El Estado solidario que parece desprenderse de las propuestas de Habermas implica nuevas y radicales exigencias en lo que toca al bienestar. pensemos que si la solidaridad nace en el corazón de los individuos, como motor personal del comportamiento moral que alienta la praxis personal en ese sentido, no puede quedarse, sin embargo, en esa dimensión subjetiva. “También ha de desplegarse en una dimensión objetiva en tanto que el empeño solidario de los individuos se plasma en actuaciones coordinadas, en organizaciones sociales, en políticas concretas, en especial las encaminadas a afrontar situaciones de injusticia en las que perviven

³⁵⁶ González Arnaiz G. Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético. En: García Gómez-Heras JM, Velayos C (Editores) Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 139-140.

³⁵⁷ *Ibidem*: 140.

discriminaciones intolerables”³⁵⁸. Ese Estado solidario es “una nueva concreción de un estado social y democrático de derecho, que, en ningún caso, hay que consentir que se desmantele bajo la coartada de un neoliberalismo ‘de rostro humano’ que predique que es suficiente meramente una ‘sociedad solidaria’”³⁵⁹.

Como expone Adela Cortina, en un reciente libro sobre el contrato y la alianza, “la narración del contrato se ha apropiado del mundo político en las democracias liberales y los demás relatos (el republicano, en la tradición de Aristóteles y de Hannah Arendt, el comunitario y el dialógico) se han convertido ‘de facto’ en relatos marginales... es necesario seguir contando la narración del reconocimiento recíproco, porque sin ella es imposible descubrir la ‘ligatio’ que une a unos seres humanos y otros, y que es la fuente de sentido de la ‘ob-ligatio’ de unos hacia otros, el vínculo que es la fuente de la solidaridad”³⁶⁰.

Para ello ha de ponerse en juego todo el potencial de una “política deliberativa” que en democracia conduce a la elaboración de la legalidad que a todos obliga. Para que la solidaridad tenga fuerza de estructuración social tiene que pasar por ese lenguaje del derecho”³⁶¹. Así la política encuentra de nuevo su sentido ético en un afán de encontrar principios universales más allá del juego de intereses y opiniones³⁶². Debemos evitar esa actitud defensiva que surge del reagrupamiento gregario ante la amenaza de los otros: por más que sea algo infundado, es aplicable la noción de “solidaridad del miedo” que Ulrich Beck utilizara para describir las reacciones colectivas de una sociedad insegura ante situaciones de riesgo³⁶³. De hecho encontraremos también propuestas multiculturalistas hechas desde este mismo prisma en un contexto de peligro de “choque de civilizaciones”³⁶⁴.

³⁵⁸ Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Editorial Trotta; 2007: 120.

³⁵⁹ *Ibidem*: 124.

³⁶⁰ Cortina A. Alianza y contrato. En: *Política, ética y religión*. Madrid: Editorial Trotta, 2ª ed.; 2005: 155-156

³⁶¹ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 121.

³⁶² Badiou A. *Reflexiones sobre nuestro tiempo*. Buenos Aires: Del Cifrado; 2006: 27-35.

³⁶³ Beck U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós; 1986: 55-56.

³⁶⁴ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 139.

Por una sociedad más solidaria

Estamos asistiendo al surgimiento de una serie de relaciones inéditas entre economía, política y sociedad. La crisis del estado de bienestar responde a una crisis de solidaridad, como lo manifiesta el crecimiento corporativismo, la economía sumergida, la resistencia a las cotizaciones sociales o la generalización de un recurso a la queja que no tiene en cuenta las consecuencias públicas de las propias reivindicaciones. “El Estado ha procedido a enmascarar las relaciones sociales y a generar una irresponsabilidad difusa y ciega a las consecuencias sociales de sus propios actos. Es un intermediario que oscurece las relaciones sociales entre las contribuciones individuales y su utilización colectiva, recubriendo la solidaridad real con mecanismos anónimos e impersonales, de tal modo que ésta deja de percibirse. Los mecanismos de producción de solidaridad han llegado a ser abstractos, formales, ilegibles”³⁶⁵.

“Se trata de pensar desde una ética de la responsabilidad el compromiso y la lógica misma de lo político para poner de relieve que lo imposible de la política... es posible, si las decisiones se basan en valores que avalen una política de la vida”³⁶⁶, en expresión desarrollada por Espósito, como veremos más en concreto en el siguiente capítulo dedicado a la biopolítica³⁶⁷.

Solidaridad como valor democrático en una cultura de los derechos humanos

Se puede hablar de valores de la vida digna como de aquellos que laten tras los derechos humanos que se formulan y las normas que a ellos responden, los cuales precisan no sólo las condiciones formales sino también los contenidos de emancipación que esas condiciones reclaman y posibilitan en cuanto a vida digna pretendida y, en su caso, lograda. Así pues, lo humanamente valioso, en lo que reconocemos un potencial humanizador universalmente válido y justificable argumentativamente, se aglutina en torno a objetivos que merecen la pena —por eso

³⁶⁵ Cicalese de Sarquis M, Roth MC. Enfrentando los problemas sociales desde un nuevo concepto de comunidad. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 39-47.

³⁶⁶ *Ibidem*: 46-47.

³⁶⁷ Espósito R. *Comunitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

son “valores” —, indispensables como inseparables de la dignidad, que denominamos paz, libertad e igualdad.

La solidaridad, desde esta visión de los derechos humanos, es una “solidaridad abierta, capaz de ser en verdad des-interesada, para dejar paso a un compartido interés emancipatorio que ciertamente movilice tras objetivos de justicia. Desde este lado, por tanto, pueden verse la tolerancia, la responsabilidad, la participatividad y la solidaridad como los valores de un ethos democrático, de un carácter o talante verdaderamente democrático, que constituyen el reverso imprescindible de los valores de la vida digna”³⁶⁸.

Valores democráticos junto a una cultura de los derechos humanos, para hacer frente a la apatía moral individualista reinante, con una responsabilidad solidaria, que consiste en el amor con el otro y la justicia con los terceros, basados en los derechos humanos como “principio y criterio de toda justificación”, en expresión de Levinas³⁶⁹.

“Si el orden político democrático tiene su eje en la justicia, tras la búsqueda de la mejor articulación de libertad e igualdad, la virtud política de la ciudadanía comprometida con él lo tiene en la solidaridad, reverso de la justicia que no puede faltar en el orden de las motivaciones de los que optan por ella: la solidaridad, valor emergente en nuestra época, que requiere un fino trabajo de clarificación de sus formas y objetivos, para plantar cara a sus formas distorsionadas y terriblemente deshumanizantes (solidaridad étnica, nacionalista, corporativista, racial ...): formas excluyentes que falsean la solidaridad”. En definitiva, es necesaria una “responsabilidad solidaria”³⁷⁰.

Los derechos humanos nos obligan a establecer límites al poder de la técnica, y también al poder político, límites establecidos tras la deliberación práctica consigo mismo y con los otros. No se trata sólo en las posibilidades técnicas y en las políticas, de buscar el medio adecuado para alcanzar un fin establecido, sino sobre todo de concebir lo que debe ser y lo que no debe ser, lo que es justo y lo que no lo es: “el

³⁶⁸ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 210-214.

³⁶⁹ Levinas E. *Ob.cit.*: 222.

³⁷⁰ Pérez Tapias JA. *Ob.cit.*: 228-229.

resultado de esa deliberación no es sólo la realización de una prestación o el logro de un estado anhelado, sino una solidaridad que une a todos”³⁷¹.

Repensar el estado providencia: hacia una sociedad solidaria de inserción

Desde la Revolución francesa el gran problema era hacer concordar el principio de solidaridad (la sociedad tiene una deuda para con sus miembros) con el principio de responsabilidad (cada individuo es dueño de su existencia y debe hacerse cargo de sí mismo). En cierto modo, se trataba de articular un derecho con un comportamiento. La limitación del derecho a la ayuda pública por el principio de responsabilidad individual, en efecto, presuponía en primer lugar que la esfera de aplicación de ésta pudiera estar claramente identificada en la vida social. Ahora bien, lo que ocurrió fue todo lo contrario: la evolución económica industrial hizo progresivamente manifiestos los límites de un sistema de regulación social solamente regido por los principios de la responsabilidad individual y el contrato³⁷².

A la idea clásica de una justicia comprendida como conformidad a la naturaleza o a una norma ética o política, el seguro social moderno opone la idea de una justicia puramente contractual, con un régimen de indemnización. El seguro social no es, como la asistencia, un socorro consentido; representa la ejecución de un contrato en el cual el Estado y los ciudadanos están igualmente implicados. La prestación se debe, no es una liberalidad³⁷³.

Pero este sustrato técnico y filosófico del estado providencia, es el que está agotándose actualmente. La fuerza de la idea original de Seguridad Social, tal y como había sido formulada y puesta en práctica en Europa, obedecía a su dimensión sintética: permitía concebir de manera coherente un abanico muy amplio de problemas sociales incluyéndolos en la categoría homogénea del riesgo. La enfermedad y la desocupación podían tratarse igualmente como accidentes. En cierta

³⁷¹ García Roca, Joaquín. La navegación y la fisonomía del naufragio. El aspecto moral de las profesiones sociales. En: Kisnerman, Natalio (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 22-23.

³⁷² Rosanvallon P. *Ob.cit.*: 21.

³⁷³ *Ibidem*: 24.

medida, incluso la vejez era comprendida como un riesgo, pero esta categoría del riesgo perdió mucho de su pertinencia.

Las distinciones simples entre enfermos o inválidos y personas de buena salud, entre trabajadores y desocupados, activos y jubilados, presuponían que todos los individuos corrían riesgos de la misma naturaleza. El principio implícito de justicia y solidaridad que servía de base al Estado providencia descansaba en la idea de que los riesgos estaban a la vez igualmente repartidos y eran de naturaleza aleatoria amplia. Está claro que hoy en día ya no ocurre así. Lo social ya no puede aprehenderse únicamente en términos de riesgo. Los fenómenos de exclusión, de desempleo de larga duración, desgraciadamente definen a menudo “estados estables”³⁷⁴.

En el seguro bajo el velo de ignorancia, hay superposición de la justicia y la solidaridad: el reparto de los riesgos es al mismo tiempo una norma de equidad y un procedimiento de solidaridad. Equidad y redistribución, entonces, se confunden. No ocurre lo mismo cuando el velo de ignorancia ha sido desgarrado. En ese caso, la noción de justicia recupera su carácter problemático: lo justo ya no es definible a priori, dado que las diferencias ya no derivan simplemente del azar. Por esta razón ingresamos en una era postrawlsiana de reflexión sobre lo social.

“Con su Teoría sobre la justicia fundada sobre la definición de un concepto de justicia formulado bajo un velo de ignorancia, Rawls teorizó de hecho el tipo de Estado providencia que actualmente está desapareciendo. Lo que hoy necesitamos es un enfoque de la justicia ‘bajo el sol del conocimiento’ de las diferencias entre los hombres. El progreso de nuestro conocimiento de las desigualdades entre los hombres conduce a distinguir tres factores de diferenciación: las determinaciones de la naturaleza, las variables de comportamiento, los resultados de la suerte. Si la parte reconocida a los efectos del azar disminuye, ¿cómo fundar un principio legítimo de solidaridad? Ya no podrá tratarse de un principio de igualdad puramente procesal. La solidaridad, al contrario, pasa a estar fundada, por definición, en el tratamiento diferenciado de los individuos: por lo tanto, ya no puede derivarse de la aplicación de una norma fija y universal³⁷⁵.

³⁷⁴ *Ibidem*: 27.

³⁷⁵ *Ibidem*: 56-57.

Las desigualdades naturales no constituyen un objeto de acción si la equidad sólo es el tratamiento igualitario de los individuos y se adopta el principio de igualdad de oportunidades. En este marco, la solidaridad es una acción que compensa esas desigualdades naturales, conforme a la sensibilidad contemporánea a las discriminaciones. La lucha contra las discriminaciones es una manera nueva de vincular una norma de equidad (el tratamiento equivalente de los individuos) con una política de corrección de las diferencias³⁷⁶.

El Estado providencia debe repensarse en su vínculo con una concepción de la nación como espacio aceptado de redistribución. Fuera de allí, en efecto, no habría lugar más que para la regla mínima de garantía de las independencias individuales sobre la cual se fundan en otra escala las relaciones entre las naciones. Únicamente en la perspectiva de una *solidaridad sustancial* puede construirse el Estado providencia, sin el cual la idea misma de nación no podría subsistir. Rehacer la nación bajo el reconocimiento de una deuda social mutua, basada en la identidad colectiva y la solidaridad, porque “nuestras sociedades se volvieron moralmente cada vez más esquizofrénicas, dejando coexistir pacíficamente la compasión sincera frente a la miseria del mundo y la defensa feroz de los intereses adquiridos”³⁷⁷.

Debemos pasar de una sociedad de indemnización a una sociedad de inserción, en una nueva visión ampliada de los derechos sociales. El derecho a la inserción va más lejos que un derecho social clásico. En primer lugar, lo enriquece con un imperativo moral: más allá del derecho a la subsistencia, procura dar forma al derecho a la utilidad social; considera a los individuos como ciudadanos activos y no solamente como asistidos a los que hay que socorrer. La noción de inserción contribuye en este sentido a definir un derecho de la era democrática, al articular ayuda económica y participación social. Considera a los individuos como miembros de una sociedad en la que tienen derecho a ocupar un lugar. El que se afirma no es solamente el derecho de vivir, sino el de *vivir en sociedad*³⁷⁸. Cualesquiera que sean los avatares de su existencia, el individuo pretende seguir siendo un ciudadano completo.

³⁷⁶ *Ibidem*: 58.

³⁷⁷ *Ibidem*: 72.

³⁷⁸ *Ibidem*: 74.

Y también debemos señalar que hoy en día no basta con el Estado nacional solidario, no basta conseguir un Estado solidario de inclusión. La emigración, la situación de los demás países, afectan a todos directamente en este mundo globalizado y, por lo tanto, debemos pensar globalmente la solidaridad y llevarla a cabo en acciones también globales³⁷⁹.

4.- Bioética y solidaridad

La corresponsabilidad solidaria tiene tres ejes fundamentales: la libertad, que se expresa en la autonomía y la responsabilidad; la igualdad básica de todos los seres humanos, que se pone de manifiesto en la reciprocidad generalizada, en la no-exclusión y en la búsqueda conjunta de la justicia y la equidad; y la solidaridad, que remite no solo a acciones concretas de socorro solidario sino, principalmente, a la constitución primordial intersubjetiva de todos los seres humanos³⁸⁰.

“La solidaridad se diferencia de la benevolencia y de la caridad; mientras la benevolencia remite a la simpatía y buena voluntad de las personas, y la caridad se distingue por ser un acto unilateral y gratuito del que da con el que recibe, la solidaridad implica disponer de cierto grado de comprensión e interacción recíproca” y no es un valor sustitutivo de la justicia y la equidad, sino complementario³⁸¹

La solidaridad como erradicación de la pobreza en Latinoamérica

En los últimos años, la problemática del desarrollo se vuelve a plantear con fuerza en el ámbito del pensamiento económico, político y cultural latinoamericano, aunque bajo una nueva perspectiva, que no puede descuidar hoy la dimensión ético-política, pues no hay desarrollo sin eficiencia económica, y ésta tiene que estar ética y políticamente orientada al bien común, y articulada con la identidad cultural y el

³⁷⁹ López GA, Molina de la Torre I. *Introducción a la solidaridad internacional. La cooperación para el desarrollo*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2006.

³⁸⁰ Michelini D. *Ob.cit.*: 49.

³⁸¹ *Ibidem*: 219.

cuidado del medio ambiente. Para que sea posible pensar en la cohesión social y una convivencia pacífica y justa, habrá que tener una ética —y en el campo de la salud, una bioética— que supere los disensos y conflictos³⁸², y también las coerciones de la pobreza y la exclusión³⁸³, fundamentada en la justicia y la solidaridad.

La solidaridad, en gran parte de la bioética latinoamericana aparece unida a la liberación de situaciones de injusticia o desigualdad³⁸⁴. Ya hemos analizado las propuestas filosóficas concretas en el primer capítulo de este libro. Ahora veremos cómo la bioética propone, como primer paso de cualquier justicia y solidaridad, afrontar y resolver la situación de pobreza. Más allá de la justicia, “es necesaria, pues, la existencia de un contrato ético, un sentido de la responsabilidad del uno por el otro, plasmado en la exigencia de una solidaridad activa, combatiente, dispuesta a tratar de solucionar los problemas de los que menos tienen³⁸⁵.

Está la propuesta desde la medicina y la filosofía de la creación y desarrollo de una Ética para la Erradicación de la Pobreza, que es —en palabras de Pérez de Nucci— “el ámbito de investigación ética en el que filósofos, médicos, economistas y agentes de desarrollo, en un ambiente pluralista y de reflexión ecuménica, en diálogo y trabajo coordinados, en un marco interdisciplinario y de equipo, elaboren orientaciones, establezcan principios y planifiquen estrategias que ayuden a erradicar la pobreza —y si es posible sus causas— de nuestros pueblos”³⁸⁶.

Para poder universalizar las libertades y oportunidades de todos, se requiere el ejercicio de la solidaridad. Solidaridad no es caridad altruista o mera beneficencia: “La asistencia al desarrollo no es un acto de caridad o de filantropía, sino la exigencia racional de un planteamiento justo y equitativo de distribución de los recursos mundiales”³⁸⁷.

³⁸² Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.

³⁸³ Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.

³⁸⁴ Fornet-Betancourt R. *Resistencia y solidaridad. Globalización capitalista y liberación*. Madrid: Trotta; 2003.

³⁸⁵ Pérez de Nucci AM. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008.

³⁸⁶ *Ibidem*: 133.

³⁸⁷ Goulet D. *Development Ethics. A guide to theory and practice*. New-York-London: The Appex Press, 1996: 158.

Solidaridad es la relación que existe entre personas que participan con el mismo interés en cierta situación, de modo que se comprometen a apoyarse mutuamente para llevar a buen fin el interés compartido. Este interés debe ser comprendido no solamente en el campo de las necesidades materiales de los desposeídos, sino además en el campo de su dignidad, en el respeto a su libertad, a su autonomía y capacidad de juicio —que, cuando es inexistente, deberemos ayudar a formar— y en la participación democrática activa de todos los integrantes de la sociedad³⁸⁸.

Solidaridad corresponsable en las profesiones de ayuda

El fundamento no consiste en una agenda social técnica solamente, sino promover un nuevo modelo social, “que se diferencia de los modelos clínicos y positivistas y se basa sobre el principio de *indeterminación* —con la consiguiente imprevisibilidad de los resultados esperados, que no se obtienen por un aumento cuantitativo—; sobre el principio de *complejidad* —que impide un control exhaustivo de la realidad por parte de técnico y que no va de lo complejo a lo simple sino de lo complejo a lo complejo—, y sobre el principio de *implicación*, que vincula la intervención a los procesos comunitarios que saben leer señales y ejercer un tipo original de sabiduría, ... (que) abre su conocimiento a la implicación personal, al llamado ético, a la empatía de un sufrimiento compartido”³⁸⁹, tanto a nivel individual como por parte de las instituciones y políticas sociales.

Pero la solidaridad debe comenzar y asentarse en la persona, en cada profesional de la salud: “las razones se sentimentalizan, allí donde se mira al ser humano singular y vinculado, allí donde fenece el antiguo paradigma que sostenía un ideal de razón liberado de la tensión emocional y nos obliga a no pasar de largo por el lado oscuro del sufrimiento humano”³⁹⁰, nos obliga a abrírnos al otro, a comprender

³⁸⁸ Pérez de Nucci A. *Ob.cit.*: 144.

³⁸⁹ García Roca. *Ob.cit.*: 2001: 25-27.

³⁹⁰ *Ibidem*: 27.

que nuestro ser relacional nos constituye en seres responsables de los demás³⁹¹, a dialogar con todos y a “reformular esta concepción dialógica del ser humano para dar una visión que suponga un fundamento de carácter ético y de orientación moral en la acción de los profesionales de ayuda ... descubrir el entramado dialógico existente entre todos los seres humanos, que se manifiesta de un modo palpable en la experiencia de querer ayudar a los que lo necesitan”³⁹², en la experiencia de la solidaridad humana.

Esto se da especialmente en las profesiones de ayuda, “las de aquellas personas que profesionalmente se dedican a ayudar a otras personas en su intento por encontrar y realizar su propia vida, superando obstáculos de todo tipo que parecen interponerse en su camino”, que se fundamentan en la relación de ayuda al otro o a la comunidad: en ellas, “la ética profesional se fundamentará en la calidad de la relación”³⁹³.

Y la calidad tiene como manifestaciones la escucha atenta como virtud propia del diálogo interpersonal: “La actitud o quizá la virtud más destacable para el profesional de ayuda que se desprende de este principio ético del diálogo es la escucha. Escuchar las diversas voces que inciden en la acción social y que vienen desde las personas, desde sus necesidades, y también de sus deseos, de sus posibilidades, de sus decisiones, de sus tendencias, de sus inhibiciones, de sus miedos e inclinaciones; escuchar las voces de las circunstancias externas, del medio físico, social y cultural, escuchar el eco que todo ello produce y reproduce en el propio profesional de ayuda, y darle unidad, superando las aparentes o reales contradicciones, buscando ese elemento unificador que posibilita la acción”³⁹⁴.

La expresión ética más genuina del diálogo es la corresponsabilidad. El paciente y el profesional de la salud “se encuentran en una relación dialógica, uno a uno, frente a frente, en busca de una solución-disolución del problema, de la dificultad, del crecimiento... nuestra respuesta no nace solo de un catálogo de obligaciones, sino

³⁹¹ Buber M. *¿Qué es el hombre?* México: Fondo de Cultura Económica: 1990: 112-113.

³⁹² Hernández Arístu J. La filosofía del diálogo como fundamento ético-ecológico en las profesiones de ayuda. En: Kisnerman N (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 65-67.

³⁹³ *Ibidem*: 98.

³⁹⁴ *Ibidem*: 111.

que surge también de la especificidad, del tono y la reciprocidad dados en cada situación”³⁹⁵, en cada *encuentro*, que va más allá de la mera acción-intervención porque ambos, profesional y paciente, quedan afectados por la situación.

También está la imparcialidad de los profesionales de la salud por el principio ético de no juzgar. Deben asumir con un interés especial las experiencias y los significados de los otros, dejando de lado sus preconcepciones, enfatizando un clima de confianza, de seguridad, de confiabilidad, para crear un espacio de participación abierta.

Esta corresponsabilidad tiene que ver con nuestras decisiones racionales y con nuestras emociones a la vez. La razón justifica nuestras acciones a favor de una determinada ética. Pero la acción es impulsada por las emociones más que por la razón. Lo constitutivo de los seres humanos, el fundamento de lo social, es el amor en tanto emoción, bajo la forma de aceptación, respeto y preocupación mutuos. Lo meramente racional puede no hacernos ver el afecto, el dolor, la belleza. Quizás esta sea la razón más profunda de por qué necesitamos, más allá del principio de justicia, del principio ético de solidaridad.

5.- Solidaridad entre justicia y beneficencia

Desde la bioética principalista, existe un amplio debate en torno a la posición de la solidaridad, como principio que estaría entre justicia y beneficencia, o que formaría parte de la justicia y/o de la beneficencia. Si nos atenemos a la ampliación de la bioética del ámbito clínico al ámbito de la salud pública y las políticas de salud, es indudable que la solidaridad debe estar presente de modo complementario, y que es el principio adecuado para una ética de la salud pública³⁹⁶.

³⁹⁵ *Ibidem*: 113.

³⁹⁶ Callahan D. *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*. New York: Simon & Schuster; 1998.

Pero veamos antes algunas opiniones. Algunos autores tienden a remarcar que la solidaridad sola no basta en las políticas públicas y es necesario establecer relaciones de justicia. Veamos una cita un poco amplia de López de la Vieja:

“Existen, no obstante, razones de peso para desaconsejar el altruismo como parte de las políticas sanitarias. Dicho de otro modo: la generosidad y la solidaridad no deben reemplazar a las instituciones, ni anteponer las ventajas de la conducta digna de mérito a la planificación racional de los recursos sanitarios. De la misma forma que el comportamiento moral de los ciudadanos no exime a la administración de distribuir de forma equitativa los cuidados de la salud, ni de realizar aquellas actuaciones que garantizarán los derechos de los pacientes... La norma de reciprocidad es necesaria para que funcionen correctamente las instituciones y, en general, los sistemas sociales. Para que funcionen de modo equitativo. Sin embargo, la asimetría o la reciprocidad resultan insuficientes cuando se trata de organizar relaciones más sutiles y más complejas. La enfermedad es una de esas ocasiones en las cuales se necesita de toda la ayuda y de la solidaridad que puedan brindar los demás. De manera generosa. Situaciones como ésta demuestran que hace falta atemperar el criterio de igualdad y reciprocidad con otro bien distinto, la norma de beneficencia”³⁹⁷.

La beneficencia también se conoce como ‘algo por nada’, y obliga a prestar ayuda a quien la necesita sin esperar beneficios por ello, con una actitud de cuidado, altruismo y generosidad, que estarían evidentemente en el polo opuesto de la justicia. La justicia sería universal, la solidaridad y la beneficencia particulares, conforme a los valores del paciente.

Pero es necesario aunar ambas en la acción concreta y, sobre todo, en la acción social y en la ética social. Justicia y solidaridad son complementarias e insolubles. Estamos en un proceso de juridificación de las relaciones sociales, que también puede aplicarse al ámbito de la bioética. Si la justicia es el principio clave del orden social, estaríamos abocados sin remedio a unas relaciones centradas en los derechos y

³⁹⁷ López de la Vieja MT. Salud y género. En: García Gómez-Heras JM, Velayos C (Editores) *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 82-83.

deberes, o –como denuncia Lipovetsky– más bien en una sociedad de sujetos solamente con derechos³⁹⁸.

Adela Cortina expone muy adecuadamente la necesidad de aunar justicia y solidaridad. “En la familia, en los grupos tradicionalmente tenidos como grupos de ‘solidaridad primaria’, en las escuelas, en los hospitales, en las instituciones religiosas, en las universidades, en cualquier ámbito social cada vez más los diferentes miembros que los componen interpretan sus relaciones en términos de derechos, deberes, pactos, grupos de interés ... sin percatarse de que el ‘humus’ de la vida familiar (y social) debería ser el cariño mutuo, la ternura, la preocupación constante, ‘obligaciones’ todas ellas que, a pesar de los esfuerzos de los jueces y los psicólogos americanos, no pueden ser exigidas por ley”³⁹⁹.

“Configurar esa mentalidad ambiente según la cual nadie está ligado a otros si no es por lazos contractuales de derechos y deberes es una forma infalible de secar las fuentes de vida compartida, un modo implacable de borrar poco a poco el gozo de la mutua relación. Cuando justamente los vínculos entre los seres humanos son felicitantes cuando su permanencia no viene exigida por la coacción, ni siquiera por la coacción voluntariamente admitida... El discurso del contrato y de los derechos necesita presuponer para tener sentido el relato de la alianza y de la obligación nacida del reconocimiento recíproco”⁴⁰⁰.

Es necesario escuchar la voz de la justicia y a la vez la voz de la compasión, porque estamos en tiempo de sumar, no de restar; debemos articular la ética civil y las éticas de máximos para potenciar el tono moral de las sociedades, en vez de debilitarlo⁴⁰¹.

La solidaridad es precisamente el puente de unión de los deberes éticos de justicia y de los deberes éticos de beneficencia. No podemos reducir el principio de justicia a mera justicia legal, ni reducir la beneficencia a pura actuación gratuita. La justicia es un principio ético en bioética, y la beneficencia forma parte de lo que

³⁹⁸ Lipovetsky J. *El crepúsculo del deber*. Barcelona: Anagrama, 3ª edic.; 1996.

³⁹⁹ Cortina A. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Editorial Trotta, 2ª ed.; 2005: 25.

⁴⁰⁰ *Ibidem*: 26.

⁴⁰¹ *Ibidem*: 142-144.

Maliandi ha llamado “principio de convergencia”⁴⁰², que lleva a maximizar los cuatro principios fundamentales en cada acción: no actuaríamos de modo correcto éticamente si no procuráramos maximizar los cuatro.

Terminamos con una cita espléndida de Adela Cortina: “En cuanto a los bienes, habría, pues, dos grandes esferas en el haber de las sociedades, los bienes de justicia y los bienes de gratuidad... la historia de Occidente puede contarse, como aquí hemos hecho, como la paulatina conversión de los deberes de beneficencia en deberes de justicia, como el desarrollo de la idea de justicia... (hay) necesidades que pueden convertirse en derechos y cuya satisfacción puede, por tanto, exigirse en justicia, y otras necesidades que jamás podrán exigirse en justicia, porque sólo pueden satisfacerse desde la abundancia del corazón. Por eso no las llamamos de ‘beneficencia’, sino de ‘gratuidad’: porque jamás podrán ser objeto de contrato, sino que sólo podrán nacer de la alianza”⁴⁰³.

⁴⁰² Maliandi R. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.

⁴⁰³ Cortina A. *Ob.cit.*: 170.

Capítulo 6

Bioética, biopolítica y políticas de salud en Latinoamérica

Introducción

La bioética se ha desarrollado especialmente en el ámbito de la ética clínica y más recientemente en el ámbito de la ecología y medio ambiente con la denominada bioética global. Pero hay un aspecto en que se está insistiendo y que es fundamental en Latinoamérica: la necesidad de una bioética social, que más allá del ámbito clínico, analice los problemas de la ética de las instituciones de salud, la ética en salud pública y atención primaria, las políticas públicas y las reformas de los sistemas de atención en salud⁴⁰⁴. Son sobre todo aspectos de justicia social los que llevan a la bioética a relacionarse con la biopolítica.

Hemos desarrollado ya en un capítulo anterior la relación de la bioética con la justicia, que por una parte es la equidad en el acceso a la atención de salud de los sectores de población más vulnerables. En muchas ocasiones, en nuestros países, también están excluidos del acceso universal a la atención en salud, o sufren desigualdades graves entre los sistemas privados y públicos de salud, mientras los esfuerzos y los medios económicos se centran en el sector privado, que atiende a una minoría de ciudadanos. Es un deber ético promover la justicia en la atención de salud, y también respetar los derechos de los pacientes, que deben estar garantizados en la legislación. Elaborar esta legislación protectora de la vida y la salud es parte de la misión de la biopolítica, como veremos, pero la bioética va más allá: promueve la justicia como principio ético y también propone el deber ético de solidaridad, más allá de la justicia. Centraremos nuestro análisis en las implicaciones que tienen en bioética estos dos principios, de justicia y de solidaridad, y la relación entre bioética y biopolítica.

⁴⁰⁴ León F.J. Una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, Mar del Plata, 2005; 11: 19-26.

La biopolítica, en su origen, y tal y como la desarrollan Foucault y otros autores⁴⁰⁵, es una reflexión sobre el bio-poder, del poder que el estado ha ejercido y ejerce en la modernidad sobre la vida humana en todas sus funciones y significaciones, los poderes impulsan la vida, desde la concepción de Foucault⁴⁰⁶, o terminan con ella —lo que constituye el motivo de reflexión de Agamben⁴⁰⁷—, y se convierte así muchas veces la biopolítica en tanato-política, con políticas de muerte y discriminación, como bien ha sufrido Europa en su propia historia contemporánea⁴⁰⁸. Algunos autores entienden la biopolítica desde la dominación y la liberación, como insurrección anticapitalista opuesta al biopoder y a la soberanía⁴⁰⁹. La concepción de Foucault es más amplia, en toda relación humana y social existe poder porque existe libertad, y puede o no existir dominación, pero más que procesos de liberación —que pueden ser en ocasiones la condición política o histórica para la libertad— lo necesario es desarrollar las prácticas de libertad que deben controlar siempre las relaciones de poder⁴¹⁰.

Pero en su versión más amplia, la biopolítica se ocupa de la política del “bios”, de la vida, y en especial de las políticas de salud pública, el medio ambiente, etc, muy estrechamente unidas a la Bioética. “De lo que se trata —según Teresa de la Garza— es de revertir el proceso, de modo que se trascienda la tanato-ética y se despliegue una bio-política inseparable de la bioética”⁴¹¹. Es la posibilidad y la necesidad de abrir la biopolítica a la vida, “no tanto pensar la vida en función de la política, sino pensar la política en la forma misma de la vida”⁴¹², en expresión del filósofo italiano Espósito, y de fundamentar la política en la ética⁴¹³.

⁴⁰⁵ Ugarte Pérez J, Agamben G. *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*. Madrid: Anthropos Editorial; 2005.

⁴⁰⁶ Foucault M. *El nacimiento de la biopolítica. Curso el College de France (1978-1979)*. Madrid: Akal; 2009.

⁴⁰⁷ Agamben G. *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos; 1998.

⁴⁰⁸ De la Garza T. Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Perspectivas de bioética*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM y Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2008.

⁴⁰⁹ Hardt M, Negri A. *Imperio*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005. Hardt M, Negri A. *Multitud: Guerra y democracia en la era del Imperio*. Madrid: Debate; 2004.

⁴¹⁰ Foucault M. La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. Entrevista en la revista *Concordia*; 1984; nº 6: 99-116.

⁴¹¹ De la Garza T. *Ob.cit.*

⁴¹² Espósito R. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006: 21-22.

⁴¹³ Bunge M. *Filosofía política: solidaridad, cooperación y democracia*. Barcelona: Gedisa; 2009.

Algunos de los intentos por abordar este aspecto político de la Bioética han surgido desde posiciones de confrontación política, con peticiones de una Bioética de intervención, que se acerque decididamente a la biopolítica o se confunda con ella⁴¹⁴. El mismo Potter, en una de sus últimas intervenciones públicas, insistió en su concepto de “bioética global” sosteniendo que “para un futuro a largo plazo tendremos que inventar y desarrollar una bioética política... la bioética mundial debe evolucionar hacia una bioética social a escala mundial políticamente activa”⁴¹⁵.

En general, estamos de acuerdo en que la bioética tiene implicaciones políticas, pero son ámbitos distintos —el de la reflexión y deliberación de una ética práctica, y el de la política referente a la vida humana y la salud—, que no deben confundirse⁴¹⁶. Por eso, en la segunda parte, desarrollaremos la idea de que la bioética debe abordar los dilemas éticos de justicia desde su propia metodología, y con sus referentes conceptuales, mostrar y denunciar los problemas y sugerir posibles soluciones justas y dar contenido a las reglamentaciones y leyes que regulen este ámbito, basadas en el respeto al ser humano y su dignidad, también como ser social. Pero no debe entrar —al menos en nuestro parecer— en la elaboración concreta de las diferentes opciones políticas y técnicas posibles, pues éste es el campo propio de la política.

1.- Justicia como base del ordenamiento jurídico y de la bioética

La mayoría de los textos constitucionales, en nuestros países, han incorporado un amplio elenco de derechos y libertades, con distinto nivel de garantías a grupos específicos de derechos. Así, los máximamente tutelados suelen ser los derechos fundamentales: el derecho a la vida y a la integridad física y moral,

⁴¹⁴ Garrafa V. O novo conceito de Bioética. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. São Paulo: Cátedra UNESCO Brasilia y Red Bioética UNESCO; 2006. Osorio S.N. De la pro-vocación bioética a la provocación biopolítica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, Bogotá, 2007, 7 (12): 76-91.

⁴¹⁵ Potter V.R. Conferencia inaugural del Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 2000, citado por Parenti F. Bioética y Biopolítica en América Latina. En: José Acosta Sariago. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.

⁴¹⁶ Kottow M. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, vol. 1, 2: 110-121.

la proscripción de la tortura y de las penas o tratos inhumanos o degradantes, y la abolición de la pena de muerte. Pero el contenido dogmático de la Constitución suele incorporar también los que en la española se denominan valores superiores del Ordenamiento jurídico: libertad, igualdad, justicia y pluralismo político. “Los valores constitucionales, principalmente los tres primeros citados, tienen mucho de ideal ético y representan los pilares sobre los que una comunidad basa y asienta su organización socio-política, y en cuyas coordenadas el estado debe desarrollar su actividad”⁴¹⁷.

La dignidad de la persona, su libertad, y la justicia, son valores jurídicos fundamentales, cimiento del orden político y de la paz social, y a ellos se vinculan otros derechos inviolables que le son inherentes: el libre desarrollo de la personalidad, los derechos a la integridad física y moral, a la atención justa en salud, a la libertad de ideas y creencias, a la intimidad. “Del sentido de estos preceptos puede deducirse que la dignidad es un valor espiritual y moral inherente a la persona, que se manifiesta singularmente en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás de los legítimos y justos derechos de la persona”⁴¹⁸.

La base del ordenamiento jurídico los deberes éticos de respeto a la dignidad de la persona y su libertad, y la necesidad de crear una sociedad fundamentada en la justicia. Toda la legislación y las políticas de salud que regulen los temas relativos a la vida humana y la salud debe tener también esto muy presente, pues el derecho a la vida y el derecho a la salud son los bienes que, en el ámbito de la bioética, fundamentan la obligatoriedad ética de los principios y de las normas concretas.

Deberemos establecer un consenso previo al debate, en torno a los bienes humanos básicos y a los derechos humanos fundamentales. No importa sólo la referencia teórica y general, constitucional muchas veces, a estos derechos, sino el análisis de las conclusiones prácticas que la experiencia de estas últimas décadas ha

⁴¹⁷ Gómez Sánchez Y. La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida. En: Feito L (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 75-97.

⁴¹⁸ Gómez Sánchez Y. *Ob.cit.*: 87

aportado a cada país de Latinoamérica sobre el ejercicio, la protección y la promoción de estos derechos.

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas, etc., nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones. Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando y es fundamental desarrollar la bioética en el ámbito de la salud pública y los sistemas de salud.

Ya hemos desarrollado en capítulos anteriores algunas de las implicaciones que tiene la bioética en el impulso de una justicia sanitaria, y también la articulación de los principios bioéticos desde una posición fundamental del principio de justicia en Latinoamérica. Veremos ahora su relación con la biopolítica, exponiendo primero la fundamentación desde la ética filosófica de la acción política.

2.- Ética y política

Desde hace algunas décadas, la ciencia política privilegia los factores de orden y gobernabilidad en detrimento de los factores de la acción y la creatividad democráticas, y tiende a encuadrarse en los esquemas preestablecidos de equilibrio socio-político. La aportación de la ética a la política se entiende desde el lado opuesto, desde la fundamentación del sentido y deber ser de la acción humana en el ámbito social, que se discute desde las grandes perspectivas filosóficas. La ética interroga a la política pues quiere fundamentar racionalmente la vida práctica, las relaciones entre moral, derecho y política, las correlaciones entre la sociedad civil y el Estado en nuestras democracias complejas, así como los conceptos de libertad, igualdad y

solidaridad. Se trata, en definitiva, de reencontrar la fundamentación filosófica de la política⁴¹⁹.

En Aristóteles, la política aparece unida a la felicidad, fin de la vida moral y también de la vida política: “La felicidad es la meta de la política y el bien supremo entre todos los que pueden realizarse”⁴²⁰ y “a causa de ella hacemos todas las demás cosas”⁴²¹. La felicidad debe consistir en una actividad denominada de modo general como “vivir bien”, y hay tres géneros de vida que se proponen como felices: la vida del placer, la vida política y la vida contemplativa⁴²². Algunos interpretan que la felicidad debe ser entendida como un fin dominante que consiste en el ejercicio exclusivo de la contemplación, pero otros sostienen que la felicidad “es un fin inclusivo que comprende la actividad de las virtudes ordenadas en el contexto armonioso de la vida política y el ejercicio de la contemplación en el conjunto de la vida ordenada”⁴²³.

La política debe regirse, por tanto, por la ética, y ésta por el conocimiento teórico de la naturaleza del hombre, y por el conocimiento práctico —propriadamente ético-político—, que trata con los “asuntos humanos”, caracterizados por la contingencia, y que la experiencias ha ido acumulando. La actividad política se define, por tanto, en la actividad del hombre prudente en las circunstancias particulares, basada en la experiencia social surgida de las relaciones de amistad, que son el fundamento de la vida de la polis⁴²⁴.

La amistad es uno de los bienes humanos básicos, es un sentimiento de benevolencia mutua, manifiesta y recíproca, que se da en diferentes grados. El grado más alto es la relación íntima con una persona sola, con la que se comparte lo que más se ama en la vida, pero también en su grado más extenso, está la amistad política, que es “el fundamento de las ciudades: solamente con aquellos con los que estamos de acuerdo en cómo hay que vivir es posible la comunidad... y sólo con los iguales es posible desplegar las potencialidades humanas de la palabra y la acción. Así es que se

⁴¹⁹ Herrera H. *¿De qué hablamos cuando hablamos de Estado?* Santiago: Instituto de Estudios de la Sociedad; 2009.

⁴²⁰ Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Madrid: Gredos; 1995. I,4, 1095, a 15-20

⁴²¹ *Ibidem.*: I, 12, 1102 a 1-3.

⁴²² *Ibidem.*: I, 4, 1095 b 15-20.

⁴²³ Satne P. Nobleza y felicidad en la ética de Aristóteles. En: Naishtat F (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 17-36.

⁴²⁴ Salerno A. El hombre es, por naturaleza, un animal político. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*:37-50.

equiparan la amistad y la igualdad con la vida de la polis: la vida política es esa en la que el hombre libre trata con otros hombres libres... sin dominación ni gobierno”⁴²⁵.

Este aspecto de la igualdad y no dominación lo retomará con fuerza la filosofía política moderna, como, por ejemplo, Hanna Arendt en *La condición humana* y en *Qué es la política*, subrayando la libertad ligada a la igualdad, libertad de las necesidades, del trabajo, de la esclavitud, y la ausencia de violencia y dominación⁴²⁶. Arendt se esfuerza en diferenciar la autoridad del mero poder, de la persuasión y de la coacción por la fuerza. De la persuasión se distingue por ser jerárquica, de la coacción, porque la demanda de obediencia no se apoya en medios externos, sino en los valores compartidos⁴²⁷.

La filosofía política moderna se basa en la idea de legitimidad del ejercicio del poder, la política se basa en el contrato social, donde todos los ciudadanos obtienen seguridad a costa de la obediencia al estado, como vemos en Hobbes⁴²⁸. “Una determinada idea de identidad nacional, un régimen, un partido, una institución o un sistema de propiedad son legítimos —cada uno en su nivel— si un número crítico del total de agentes que deben acatar las normas que supone su vigencia lo hace por razones y motivos que exceden la pura coerción, la necesidad material o la conveniencia. Dicho de otra manera, se puede decir que hay crisis de legitimidad si la obediencia a las pautas vigentes de comportamiento y de intercambio no está acompañada por la convicción profunda de los participantes”. No es suficiente desde luego la mera existencia del poder de coacción o el temor al desorden. “Se diferencia así el ejercicio del poder —de iure— del uso desnudo de la fuerza —de facto—, es la existencia de un discurso de legitimación, que apela a la conciencia de los integrantes de un público para persuadirlos acerca de la justicia del reclamo”⁴²⁹.

⁴²⁵ *Ibidem.*: 46-47.

⁴²⁶ Arendt, H. *La condición humana*. Barcelona: Paidós; 1996. Arendt, H. *¿Qué es la política?* Barcelona: Paidós; 1997.

⁴²⁷ Martínez Massola RH. Poder constituyente, fundación y vanguardia. En: Naishtat F(Comp.) *Ob.cit.*: 215-236.

⁴²⁸ Hobbes, T. *Leviatán, o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. 1651. Madrid: Editora Nacional: 1983.

⁴²⁹ Galimidi JL. El Leviatán de Hobbes y la legitimidad moderna. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*: 53-76; 54.

El derecho kantiano basado en el deber, más allá de su aparente formalismo, desemboca en una política de libertad: la autonomía del sujeto es la base de la ética y también de la política⁴³⁰. Más adelante, Weber ve asimismo la política como el esfuerzo por dotar de valor la existencia humana, que se ha vuelto rutina o sistema, más allá de la forma extrema de capitalismo dominada por el cálculo y el interés que implica un agotamiento de los valores compartidos⁴³¹. “La dignidad de la persona reside en que para ella existen valores a los cuales refiere su propia vida... son los juicios de valor últimos y supremos que determinan nuestra acción y confieren sentido y significado a nuestra vida... y que parten de la elección del individuo de una cosmovisión determinada”⁴³².

La acción política, la acción colectiva, no es la acción de un sujeto colectivo que suma la acción de los sujetos individuales, ni fruto de una estructura independiente que esté por encima de los individuos y sus acciones dotada de personalidad propia. La acción colectiva se basa en la relación social con contenido de sentido entre actores que interactúan socialmente con libertad —frente a la visión política marxista—, y con expectativas recíprocas que dan continuidad y duración a esa relación, a los ordenamientos institucionales, a la dominación social y a las asociaciones humanas. Es decir, esa relación con contenido es la que sustenta a la ‘comunidad’, inspirada en los sentimientos y valores subjetivos, y a la ‘sociedad’, basada en la compensación de los intereses por motivos racionales de fines y valores compartidos. La política, por tanto, es una acción racional con arreglo a valores y con arreglo a fines, basada en la racionalidad común de los individuos y en su relación intersubjetiva en un esquema social de interacción⁴³³.

⁴³⁰ Ver especialmente: Kant I. Idea de una historia universal en sentido cosmopolita. 1784. En: Kant I. Filosofía de la historia. México: FCE; 1981: 39-65. Kant I. Hacia la paz perpetua. 1795. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.

⁴³¹ Weber M. El problema de la irracionalidad en las ciencias sociales. Madrid: Tecnos; 1985. Kitzberger P, Núñez E. El individualismo metodológico y los escritos políticos de Max Weber. En: Naishtat F (Comp.). Max Weber y la cuestión del individualismo metodológico en las ciencias sociales. Buenos Aires: Eudeba; 1998.

⁴³² Marina Farinetti. Nietzsche en Weber: las fuentes del sentido y del sinsentido de la vida humana. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*:119-142; 127.

⁴³³ Francisco Naishtat. La teoría weberiana de la acción en clave pragmática: del Weber ‘oficial’ al Weber ‘no oficial’. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*: 143-167.

Es fácil así ver el siguiente paso que efectúa Habermas desde la teoría de la acción comunicativa⁴³⁴. “El argumento central puede ser resumido como sigue⁴³⁵:

“1) En general, la mayoría de los procesos de coordinación involucran en alguna medida la práctica del uso del lenguaje; y 2) la práctica del uso lenguaje involucra en alguna medida la presencia de un compromiso con los ideales de inteligibilidad, verdad, justicia o rectitud moral y autenticidad (“la base de validez del habla”); se sigue que 3) en general, la mayoría de los procesos de coordinación social se encuentran en alguna medida afectados críticamente en su misma facticidad por la fuerza práctica de los ideales de una comunicación libre, igualitaria y cooperativa”, que deben ser normativamente maximizados tanto como el contexto lo permita.

Maximizar estos ideales de comunicación es la única forma de minimizar el uso de los recursos inevitables del dinero y el poder en relaciones estratégicas. “El modelo liberal de democracia no se orienta a esta minimización. Y el modelo republicano tiende a ni siquiera reconocer la existencia de estos problemas. El desafío de la política deliberativa es, así, generar mecanismos de compromiso entre discursos prácticos y discursos éticos, por un lado, y negociaciones pragmáticas, por el otro... de acuerdo a estándares de validez ganados en procesos basados en deliberaciones autónomas, cooperativas, e igualitarias”⁴³⁶, que nos llevan a un consenso procedimental basado en el principio de universalización, en la fuerza del mejor argumento que proporciona la justificación racional, y en la situación ideal del habla de todos los interlocutores válidos, en situación de libertad de coacción e igualdad⁴³⁷.

Gran parte de la reflexión filosófica en Europa —incluida la de Habermas— se debe a la profunda experiencia del mal durante la primera mitad del siglo XX. El “nunca más Auschwitz”, que fundamenta la ética de Adorno⁴³⁸ es la base del rechazo filosófico a la modernidad y a la política como biopoder, que sigue actualmente en la

⁴³⁴ Habermas J. *El discurso filosófico de la modernidad*. Buenos Aires: Taurus; 1989. Habermas J. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós; 1998.

⁴³⁵ Gilabert PD. La reformulación de Habermas de la Teoría Crítica en términos de una teoría de la acción comunicativa. Una breve exposición. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*: 171-172.

⁴³⁶ *Ibidem.*: 193-194.

⁴³⁷ Nardacchione G. Los límites del consenso racional argumentativo en Habermas. En: Naishtat F (Comp.) *Ob.cit.*: 204-206.

⁴³⁸ AdornoTW. *Dialéctica negativa*. Madrid: Taurus; 1992: 365.

expresión de un mundo contemporáneo hostil a la verdad, que encubre la verdad: “Cultura anula a arte. La palabra técnica anula a la palabra ciencia. Sexualidad anula a amor. El sistema cultura-técnica-gestión-sexualidad... es el encubrimiento nominal moderno del sistema ‘arte-ciencia-política-amor’, que identifica tipológicamente los procedimientos de verdad”⁴³⁹, dirá Badiou, rechazando de paso toda interpretación de la política que no vaya unida a la original y rompedora búsqueda de la verdad, como fin ético: “Si la política es consenso, mejor sería decir que es legislación, administración del estado de cosas; en tal caso, puede ser más o menos agradable, más o menos buena. Pero la política que nos interesa a nosotros es inventiva: tengo que inventar algo distinto, más allá de lo que hay, en ruptura. Nada de esto se puede hacer en la continuidad. La política es un proceso de verdad: ese es el debate”.

La reflexión desde el personalismo, finalmente, “se suma a la preocupación compartida por otros en la filosofía política por el retorno del agente, es decir, de un sujeto identificable en el contexto de lo colectivo, capaz de decirse y de responsabilizarse ante los demás. Esta vuelta del agente reinstala en el tratamiento de lo social, después de un prolongado dominio sociológico, la cuestión de los motivos y las intenciones de los actores, bien como fuente o como recurso de la acción colectiva”⁴⁴⁰.

En las filosofías de la subjetividad, se da una racionalidad monológica que lleva a la entronización del tipo estratégico de relación como modo específico de la relación intersubjetiva, expresada en un cálculo de la acción y de sus consecuencias, y regulada por la maximización de utilidades... La pragmática de Paul Ricoeur, por ejemplo, quiere dar una alternativa, partiendo de la interlocución en la cual un ‘ego’ se refiere a un ‘alter’, en una interacción comunicativa cuyo objeto es el entendimiento⁴⁴¹. Así, Ricoeur reformula la identidad en términos de intersubjetividad, del “ser con otros”

⁴³⁹ Badiou A. *Reflexiones sobre nuestro tiempo. Interrogantes acerca de la ética, la política y la experiencia de lo inhumano*. Buenos Aires: Ediciones del Cifrado; 2ª ed. 2006: 95.

⁴⁴⁰ Villavicencio S. Paul Ricoeur: identidad y responsabilidad. La articulación hermenéutica del sí mismo y del otro. En: Naishtat F (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 237-253; 239.

⁴⁴¹ Ricoeur P. *Soi-même comme un autre*. París: Seuil; 1990. Trad española *Sí mismo como otro*. México: Siglo XXI; 1996.

que constituye al sujeto y hace emerger la dimensión ética y política a la vez de la responsabilidad del agente libre en su acción espontánea⁴⁴².

Si Max Weber concebía la responsabilidad como cálculo de las consecuencias de la acción, paradigmático de la ética política en el mundo moderno, partiendo de la irracionalidad del mundo y de la lucha de valores, Ricoeur —y también Habermas— inscriben su reflexión en el punto de partida más optimista de la prioridad de una ‘vida buena’, en una visión de la racionalidad del mundo práctico, “concebida de una forma esencialmente intersubjetiva... La mediación del otro es la constitución personal... y es constitutiva asimismo del espacio político. A nuestro entender, el aspecto dialógico de la responsabilidad, no sólo hace patente la dimensión ética del sí mismo, sino el aspecto público de la promesa. Toda promesa se hace en un medio social al que consiento, y con el que establezco, al prometer, una suerte de contrato para el buen funcionamiento de las instituciones... El espacio público aparece como otra figura del sí mismo. No hay pactantes que constituyan este espacio desde una individualidad predada, sino que nos reponsabilizamos con otros en sostener —performativamente— ese espacio”⁴⁴³.

Hoy en día, en que se extiende cada vez más una lógica de expertos que restan capacidad de juicio y de participación política a los ciudadanos, cada vez más pasivos, es importante este punto de vista en la consideración de lo político. “La aparición del otro no como exterior, sino en el despliegue de una dimensión dialogal del sí mismo, es una hipótesis cargada de consecuencias que afirma la posibilidad de una teoría política basada en la pluralidad humana y se aproxima a las teorías de la deliberación y del consenso”⁴⁴⁴ en una democracia bien constituida, no puramente formal.

“Esta experiencia ambigua de sentirse interpelado y saberse a la vez finito es el umbral por el que se accede a un tipo de deberes, que ya ni utiliza el lenguaje imperativo del poder sino el de la solicitud... Este debería ser el cambio fundamental en nuestra sociedad, sustituir el imperio del poder por el de la solicitud, el cuidado, el amor, esa ‘revolución del corazón’ que Mounier (otro de los fundadores de esta

⁴⁴² Ricoeur P. *El discurso de la acción*. Madrid: Cátedra; 1988.

⁴⁴³ Villavicencio. *Ob.cit.*: 251.

⁴⁴⁴ *Ibidem*: 252.

filosofía personalista, con Ricoeur) supo poner en el lugar más alto de las prioridades humanas”⁴⁴⁵.

En el ámbito jurídico, es necesario desde la filosofía del derecho personalista “abandonar la categoría de sujeto de derecho y readueñarse de aquella de la ‘persona’... más allá de cualquier deformación economicista... más que ‘homo economicus’ que toma del derecho tutela y garantía de sus ‘intereses’ es más bien la conciencia de la corporeidad que nace en la cultura postmoderna con nuevas necesidades materiales, nuevas instancias, nuevas exigencias de tutela y promoción”⁴⁴⁶. Así, los juristas —según D’Agostino— deben sustituir la lógica impersonal de la ‘biología’ por la personalísima de la ‘biografía’, y ésta no reside ya solamente en la corporeidad, sino en nuestra ‘carnalidad’: tenemos una biografía porque nos ha sido dada una ‘carne’. Así podemos salir de una biopolítica que está atenta a dominar los cuerpos, pero que no puede dominar la biografía personal, ni sabe qué hacer ante la fragilidad y vulnerabilidad de la carne, noción hermenéutica fundamental en el saber de la medicina.

3.- Aportaciones desde la bioética a la biopolítica

Todos estamos de acuerdo en que la bioética tiene implicaciones políticas, pero en general se admite que son ámbitos distintos —el de la reflexión y deliberación de una ética práctica, y el de la política referente a la vida humana y la salud—, que no deben confundirse. Especialmente si hablamos de la biopolítica en sentido estricto histórico, las diferencias son fundamentales, pues la bioética se basa en la justificación racional de la relación entre vida y libertad, obtenida mediante la deliberación, mientras “la biopolítica desconoce toda norma ética y legal que no sea unilateralmente erigida por ella... y en ocasiones dará preferencia a la vida sin

⁴⁴⁵ Riego de Moine I. Prólogo. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 9-11.

⁴⁴⁶ D’Agostino F. Biopolítica: fundamentos filosófico-jurídicos. *Medicina y Ética*, 2010, 21 (1): 35-44.

importar su calidad, en otras a la libertad sin preocuparse para qué”⁴⁴⁷.

En este sentido, la Bioética juega un papel fundamental al establecer los criterios éticos para evitar una instrumentación técnico-política de la vida humana. Su finalidad propia es promover el respeto a la dignidad de la persona y de la vida en general frente a la racionalidad técnico-científica dominadora del hombre y de la naturaleza; y en este sentido, es fundamental su incidencia en poner la dignidad de la persona como centro del debate sobre el ejercicio del poder político en lo referente a la vida, desplazando la prescripción normativa de las relaciones de dominación o violencia a las de respeto y cuidado.

Al poner en el centro de la atención en salud a la persona humana y su dignidad, la bioética nos recuerda que “el hombre es ‘persona’, porque su fragilidad no es mecánica (como aquella de las máquinas) , ni inconscientemente biológica (como aquella de otros seres vivientes): nuestra fragilidad o sólo constituye heideggerianamente nuestro yo como ‘ser para la muerte’, es decir como asunción de la finitud, sino como anhelo a la superación de la finitud, anhelo de vida y de abundancia de vida”⁴⁴⁸. Por esto, la biopolítica no puede ponerse al servicio de formas abstractas de autodeterminación subjetiva —como tiende a veces a interpretarse también el principio de autonomía en algunas corrientes bioéticas—, ni a formas de manipulación del cuerpo que solicita un ilusorio ser-diferente, incapaz de aceptar la propia identidad, y llevan a eliminar el ‘ser-real’. Desde la visión bioética personalista, la biopolítica debe abrirse finalmente a la fragilidad humana como el horizonte de lo no manipulable.

Si analizamos la biopolítica desde un sentido más general, como la política del “bios”, de la vida, y en especial de las políticas de salud pública, el medio ambiente, etc., podemos observar las diferencias, pero también las oportunidades de relación con la bioética.

⁴⁴⁷ Kottow M. *Ob.cit.*:110-112.

⁴⁴⁸ D’Agostino F. *Ob.cit.*: 43.

Cuadro 1

Diferencias entre bioética y biopolítica

Bioética	Biopolítica
- Comité interdisciplinar	- Gabinetes de Expertos
- Justificaciones racionales éticas	- Intereses políticos legítimos + justificación ética
- Consenso ideal universal práctico	- Consenso pragmático posible de mayorías
- Denunciar situaciones con crítica positiva y propuestas fundamentadas	- Implementar política salud y ecológica concreta
- Valores, principios, normas éticas	- Leyes, reglamentos, planes de acción

Por un lado, la bioética puede apoyar la construcción de consensos sociales en sus temas propios, que ayuden a superar los disensos políticos en la medida de lo posible⁴⁴⁹. La meta ideal de la discusión política sería efectivamente el diálogo social entre interlocutores válidos que respetan mutuamente sus diferentes racionalidades y sistemas de valores. La bioética tiene el reto de intentar crear esa comunidad de diálogo racional, primero en su propio ámbito académico, y después en el debate social y político en torno a la salud.

La propuesta desde la bioética no es pensar la vida en función de la política, sino al revés, pensar la política en función de forma misma de la vida. “Se trata de invertir el signo negativo que, con el paradigma inmunitario, acompañó hasta ahora a la biopolítica... la relación entre protección y negación de la vida parece la forma constitutiva de la modernidad política. El reto actual de la filosofía es ser capaz de desarmar una política sobre la vida y construir una *política de la vida*. Y estamos hablando de biopolítica. Una biopolítica afirmativa es la que establece una relación productiva entre el poder y las personas. La que en lugar de someterlas y objetivarlas, busca su expansión y potenciación”⁴⁵⁰.

⁴⁴⁹ Hottois G et al. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González J (Coord.) *Dilemas de Bioética*. México: FCE; 2007: 183-266.

⁴⁵⁰ Marta Cicalese de Sarquis. Ser protagonista de un mundo más humano. En: M^a Cristina Roth (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 29-38; 44.

4.- Bioética y política

Pero la relación entre bioética y política es más compleja. La ética ha de dar los fundamentos de la bioética y también de la política y de las normativas que rigen el orden social. Pero la bioética no es la ética filosófica general, sino una ética práctica, sobre temas biomédicos, ecológicos y de investigación con seres vivos. Como bioética no sólo clínica sino también social, tiene un compromiso importante en materias colectivas y sociales, de salud pública y políticas de salud⁴⁵¹, pues va más allá de la ética profesional, y se constituye como parte de la filosofía política al ocuparse de los valores involucrados en salud y enfermedad.

La bioética debe orientar en cuanto a la valoración social de la vida y la salud, en su relación con la biomedicina, pero tiene que respetar el ámbito de la política, que debe fundamentarse en una ética más general sobre el ser social de la persona y la justicia⁴⁵².

En nuestro mundo latinoamericano existe una intensa falta de confianza en los sistemas políticos, con crisis de la representatividad y credibilidad de los partidos políticos. “Por eso es urgente moralizar el ejercicio de la política y del poder político, promoviendo su sensibilidad social... Nos preguntamos qué le pasó al modelo democrático que dejó de contribuir al desarrollo humano, cuando su propia definición lo supone. Una posible respuesta es que existe una combinación mínima de derechos sociales, civiles y políticos, propia de cada contexto social, político y nacional, por debajo del cual la insatisfacción de cualquiera de estos derechos implica el fracaso del sistema”⁴⁵³.

El acceso a los bienes y servicios que garantizan la subsistencia, la salud, la educación, la comunicación y la información, la participación política, la incidencia en las decisiones que afectan a la propia vida, son requisitos cuya satisfacción universal es necesaria para considerar al sistema político democrático como salvaguarda del

⁴⁵¹ León Correa FJ. De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*; 2008; 1136: 1084-1088.

⁴⁵² MacIntyre A. *Justicia y racionalidad*. Madrid, EIUNSA, 2ª ed., 2001.

⁴⁵³ Cicalese M. *Ob.cit.*: 30-31.

desarrollo humano⁴⁵⁴. La bioética tiene el deber de promover la equidad en el acceso a la atención en salud, denunciando situaciones e impulsando políticas de salud justas desde el ámbito político.

También entra en el ámbito de la bioética ayudar a implementar unas regulaciones públicas que respeten los derechos fundamentales de la vida humana, la salud y la libertad de conciencia⁴⁵⁵. La bioética ayudará en esto a que exista una amplia participación social en el diálogo previo al consenso político democrático.

“Las demandas de la sociedad, diversas y muchas veces contradictorias, no son escuchadas por los partidos políticos. La calidad de vida y los valores universales son reclamos que se expresan en el marco de una sociedad consumista, individualista, que valora la eficiencia y la competitividad, postergando valores propios de la auténtica república como la solidaridad, la equidad y la cooperación”⁴⁵⁶. El nuevo ciudadano se configura y edifica en lo social, en la comunidad, como constructor de una vida digna⁴⁵⁷, y esto es parte también del cambio de visión que se promueve desde la bioética, de centrar la atención social de salud en la dignidad de la persona.

La comunidad política deja de ser, entonces, aquello que sus miembros tienen en común, algo positivo de lo que son propietarios; comunidad es el conjunto de personas que están unidas por un deber, por una deuda, por una obligación de dar. La comunidad se vincula así, con el servicio y con el sacrificio⁴⁵⁸.

En el mismo sentido, Adela Cortina habla de la complementación entre la visión racional de los derechos y deberes, de la ley, y la visión de la alianza. “Configurar esa mentalidad ambiente según la cual nadie está ligado a otros si no es por lazos contractuales de derechos y deberes es una forma infalible de secar las fuentes de vida compartida, un modo implacable de borrar poco a poco el gozo de la mutua relación. Cuando justamente los vínculos entre los seres humanos son felicitantes cuando su

⁴⁵⁴ O'Donnell G. *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires: Paidós; 1997.

⁴⁵⁵ Lolos F (Editor) *Dimensiones éticas de las regulaciones en salud*. Santiago: CIEB Universidad de Chile y Programa de Bioética OPS/OMS; 2009.

⁴⁵⁶ Cicalese M. *Ob.cit.*: 32-33.

⁴⁵⁷ Bobbio N. *El futuro de la democracia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.

⁴⁵⁸ Espósito R. *Comunitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.

permanencia no viene exigida por la coacción, ni siquiera por la coacción voluntariamente admitida... El discurso del contrato y de los derechos necesita presuponer para tener sentido el relato de la alianza y de la obligación nacida del reconocimiento recíproco”⁴⁵⁹. “Hay una ‘ob-ligación’ más profunda que la del deber, aunque por desgracia se nos haya educado en la cultura del deber, Hay una ‘ob-ligación’ que nace cuando descubrimos que estamos ‘ligados’ unos a otros y por eso estamos mutuamente ob-ligaos, que los otros son para nosotros ‘carne de nuestra carne y sangre de nuestra sangre’, y por eso nuestra vida no puede ser buena sin compartir con ellos la ternura y el consuelo, la esperanza y el sentido”⁴⁶⁰.

Quizás una de las mejores aportaciones desde la bioética a la política sea el acento en la necesidad de complementar la justicia con la solidaridad en nuestra sociedad actual. Ya hemos tratado de la solidaridad en un capítulo anterior. Aquí solamente queremos poner de relieve que estamos en el surgimiento de una serie de relaciones inéditas entre economía, política y sociedad, y que la crisis política del Estado de bienestar responde finalmente a una crisis de solidaridad y responsabilidad, en una sociedad con derechos y sin deberes. Los viejos modelos de protección social están en crisis y, sin rechazar por completo las experiencias del pasado, se requieren nuevos paradigmas para enfrentar los problemas endémicos de desigualdad y pobreza que persisten, y se han exacerbado, en la nueva economía global⁴⁶¹.

“Si la política se adscribe a la deliberación en forma de una democracia ética dispuesta a legitimar su proceder, estará en un terreno común y fructífero con la bioética. Es menester que la política reconozca sus raíces éticas y la proveniencia moral de su legitimidad, más que pedirle a la bioética que intente desarrollar un discurso político”⁴⁶².

“Se trata de pensar desde una ética de la responsabilidad y el compromiso la lógica misma de lo político para poner de relieve que lo imposible de la política... es

⁴⁵⁹ Cortina A. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Editorial Trotta, 2ª ed.; 2005: 26

⁴⁶⁰ Cortina A. *Ob.cit.*: 170-171.

⁴⁶¹ Tokman V, O'Donnell G (Comp.) *Pobreza y desigualdad en América Latina. Temas y nuevos desafíos*. Buenos Aires: Paidós; 1999.

⁴⁶² Kottow M. *Ob.cit.*: 121.

posible, si las decisiones se basan en valores que avalen una política de la vida”⁴⁶³.

⁴⁶³ Cicalese M. *Ob.cit.*: 47.

Capítulo 7

Ética y responsabilidad social de las instituciones de salud

Introducción

La actividad de atención de la salud se presta actualmente, en su mayor parte, en instituciones complejas, con equipos de salud, regidos por políticas públicas de salud o por idearios institucionales. Es fundamental que las instituciones pongan en un primer plano los valores éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención que va más allá de los criterios de excelencia y gestión empresarial⁴⁶⁴, por encima de los criterios economicistas o de rentabilidad económica⁴⁶⁵, en lo que García Marzá ha denominado una fundamental “apuesta ética en las organizaciones sanitarias”⁴⁶⁶.

En este espacio dedicado a la ética institucional, veremos en primer lugar la responsabilidad social de las organizaciones, y la dimensión ética de esta responsabilidad, para centrarnos posteriormente en lo que más nos interesa: las organizaciones que promueven y atienden el cuidado de la salud y su ética institucional.

1.- Responsabilidad social de las organizaciones

Desarrollo sustentable, según Amartya Sen, no sólo es la satisfacción de las necesidades sociales actuales y futuras, sino que involucra también la libertad humana

⁴⁶⁴ Amor JR, Ferrando I, Ruiz J (Ed.) *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.

⁴⁶⁵ Conill J. *Horizontes de economía ética*. Madrid: Tecnos; 2004. Cortina A (Ed.) *Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones*. Madrid: Trotta; 2003.

⁴⁶⁶ García Marzá D (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.

en el sentido de una verdadera participación democrática y el ejercicio de las libertades individuales juntamente con las oportunidades sociales⁴⁶⁷. Esto implica una nueva forma de pensamiento, en la que no cabe el mero asistencialismo ejercido por la comunidad internacional ante las graves crisis ambientales y sociales que sufren los países subdesarrollados. “Significa comprender que las personas pueden ser protagonistas de su propio cambio, y no sólo considerarlas como clientes o pacientes con necesidades que deben ser satisfechas”⁴⁶⁸.

El concepto de desarrollo sustentable tiene un origen axiológico, y el desempeño del mismo se encuentra estrechamente ligado al valor de la solidaridad, al compromiso del hombre con el prójimo, primero a nivel individual y luego a nivel corporativo. “Un modelo de desarrollo sustentable que asegure una mejor calidad de vida para todos *se construye desde una actitud ética y comprometida de todas las organizaciones* que conforman una comunidad; no se logra a través de mecanismos de imposición”⁴⁶⁹.

El Estado ausente en nuestros días: la generación de la función social empresarial y corporativa⁴⁷⁰ y la exigencia ética de una responsabilidad también social de las instituciones⁴⁷¹.

La sociedad está formada por organizaciones y éstas se desarrollan a través de las relaciones interpersonales de quienes las conforman. La responsabilidad que les compete debe llevarles, según Kliksblerg⁴⁷², a lo siguiente:

- La toma de decisiones fundamentada en la honestidad y la capacidad para aceptar la realidad tal cual es y la responsabilidad que le corresponde.
- Desarrollar una cultura de trabajo donde se privilegie lo que se debe hacer en cuanto a la perfección del aspecto humano por sobre la especulación económica.

⁴⁶⁷ Sen A. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999. Traducción española: *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta; 2000.

⁴⁶⁸ Denadei M. Responsabilidad social de las organizaciones: obligación de hacer o actitud ética responsable de los sujetos. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009:107.

⁴⁶⁹ *Ibidem.*: 110.

⁴⁷⁰ Paladino M (ed.) *La responsabilidad de la empresa en la sociedad*. Buenos Aires: Emecé; 2007.

⁴⁷¹ Navarro García F. *Responsabilidad social corporativa: teoría y práctica*. Madrid: ESIC Editorial; 2008.

⁴⁷² Kliksblerg B. *Hacia una economía con rostro humano*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.

- Pensar a largo plazo permitiendo el desarrollo de proyectos individuales, comunitarios y nacionales, dejando a un lado la visión del corto plazo.
- Asumir un rol activo de participación proactiva y responsable evitando actitudes de pasividad que importan comodidad.
- Respetar las regulaciones existentes como actitud moral no sólo desde la conducta manifiesta sino como forma de pensamiento.

2.- La dimensión ética de la responsabilidad social de las instituciones

Al hablar de responsabilidad social de las empresas, la dimensión a la que curiosamente se le da menos espacio y reflexión a la dimensión ética y los valores de carácter moral asociados a la misma. La responsabilidad es una noción central de la dimensión moral, que nos lleva a prever las consecuencias que se derivan de nuestras acciones y al cuestionamiento crítico de las causas y razones que las propician.

Qué es objeto de responsabilidad en las instituciones, cómo pueden llevarlo a la práctica, y sobre todo, por qué deben hacerlo, son las preguntas fundamentales. “Según sean las razones por las que se decide implementar políticas de responsabilidad social de opta por un modelo u otro de empresa, se persiguen unos objetivos u otros, se adoptan unas u otras herramientas y se evalúan unos u otros aspectos. Lejos de ser indiferentes, las razones que subyacen a la puesta en práctica de la responsabilidad social, representan los motivos por los cuales las empresas y, por supuesto, sus gestores asumen el compromiso ético”⁴⁷³, más allá de los límites de la responsabilidad puramente legal.

Tanto los sujetos como las instituciones tienen capacidad de actuar y libertad de elección, aunque ésta pueda estar en parte condicionada en ambos casos. Pero los que toman las decisiones pueden siempre tratar de minimizar los riesgos y evitar peores consecuencias: ser consciente de esto y actuar en consecuencia es la manera adecuada de ejercer la responsabilidad. Y precisamente este medir, analizar y prever

⁴⁷³ Arrieta B, de la Cruz C. *La dimensión ética de la responsabilidad social*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005: 13-15.

las posibles consecuencias de la acción es quizás el rasgo más característico que podemos aplicar a las instituciones, que deben seguir por tanto, un proceso deliberativo sobre lo que está en su poder y es modificable, sobre los medios a poner, las alternativas de acción y las consecuencias, de modo similar a como llegan a un consejo prudente los comités de ética en las instituciones de salud.

Esta responsabilidad social de las empresas, concebidas como ‘empresas ciudadanas’, comenzó al advertir que no podían reducirse única y exclusivamente a su función económica, que debían atender a todos los grupos incluidos en su actividad, y que debían implicarse en la solución de los problemas sociales. Así se expresó en la Declaración Tripartita de la OIT sobre empresas multinacionales y políticas sociales⁴⁷⁴, destinada a conformar un desarrollo sustentable, en el compromiso ético firmado por empresas de la Red Pacto Global creada a instancias del secretario general de la ONU en 1999⁴⁷⁵, dirigido a respaldar el respeto a los derechos humanos, mejorar las relaciones laborales, cuidar el medio ambiente y luchar contra la corrupción; en el Consejo Europeo reunido en Lisboa en el 2000⁴⁷⁶, y el posterior Libro Verde sobre Responsabilidad Social de la Comisión de Comunidades Europeas⁴⁷⁷; en las Normas sobre Derechos Humanos para las Sociedades transnacionales de la ONU, en 2003⁴⁷⁸; en los llamados Principios de Ecuador⁴⁷⁹ y en numerosas declaraciones posteriores.

Un primer rasgo de la responsabilidad social de las instituciones es su carácter global e integrador de todos los elementos que intervienen en la institución. Un segundo rasgo es el irrenunciable papel que juega la sociedad, que demanda la

⁴⁷⁴ Organización Internacional del Trabajo. *Declaración Tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales*, adoptada por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo en su 204.ª reunión (Ginebra, noviembre de 1977) en la forma enmendada en su 279.ª reunión (Ginebra, noviembre de 2000).

⁴⁷⁵ ONU. *Global Compact. Building a new era of sustainability*. En: www.pactomundial.org (Revisado agosto 2010).

⁴⁷⁶ Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000. *Conclusiones de la Presidencia*. Lisboa; 2000.

⁴⁷⁷ Comisión de Comunidades Europeas. *Libro Verde sobre Responsabilidad Social de las Empresas: Una contribución empresarial al desarrollo sostenible*. 2001. Ver análisis de este documento en: Arrieta B, de la Cruz C. *Ob.cit.*: 51-71.

⁴⁷⁸ ONU. Subcomisión de Promoción y Protección de Derechos Humanos. *Normas sobre Derechos Humanos para las Sociedades transnacionales y otras empresas*. Sesión agosto 2003.

⁴⁷⁹ *Los Principios de Ecuador*. Acuerdo Internacional de junio 2003. En: <http://www.equator-principles.com/> (Revisado agosto 2010).

adopción de políticas de responsabilidad institucional. Y un tercer rasgo, bien definido en el modelo norteamericano, es la gestión de esta responsabilidad social a través de los llamados stakeholders⁴⁸⁰, donde participan en la toma de decisiones todos los implicados en ellas, como veremos un poco más adelante aplicado a las organizaciones de la salud.

Junto con asegurar el no hacer daño —principio ético de no maleficencia—, las instituciones deben organizarse y actuar conforme al principio de justicia, y del respeto a la autonomía. Deben actuar conforme a reglas sociales y normas de responsabilidad, pero su sentido social se fundamenta asimismo en una ética de la convicción voluntaria: “Exigir regulación, y el deber de actuar conforme a ella es la única manera de impedir que la gestión empresarial se ejerza desde la exclusiva búsqueda del beneficio económico en la medida que podemos contar con un principio que orienta éticamente la acción... Defender la voluntariedad es el único modo de dejar que los directivos ejerzan las políticas socialmente responsables”⁴⁸¹.

3.- Ética institucional de las organizaciones de salud

Adela Cortina y Jesús Conill han dedicado amplia atención a este tema de la ética de la empresa y de la organización, y destacan que sólo en ámbitos cerrados las empresas pueden moverse regidas por normas únicamente; la mayoría de los grupos humanos y de las empresas, por tanto, deben orientarse por valores, que pueden ser más o menos morales, más o menos humanizadores o deshumanizadores, No existen empresas “amorales” como no existen tampoco personas “amorales”⁴⁸².

Se ha desarrollado enormemente en estos últimos años la ética de la empresa al igual que otras éticas aplicadas⁴⁸³, y gran parte de las propuestas se han aplicado

⁴⁸⁰ Arrieta B, de la Cruz C. *Ob.cit.*: 51-58.

⁴⁸¹ *Ibidem.*: 74-71.

⁴⁸² Cortina A, Conill J. Ética, empresa y organizaciones sanitarias. En: Simón P. *Ética de las organizaciones sanitarias*. Madrid: Triacastela; 2005: 15-36.

⁴⁸³ Cortina A. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993.

también a las empresas de salud⁴⁸⁴, aunque difieran en algunos aspectos de las demás. Es, en definitiva, una vuelta del humanismo a la actividad empresarial, parecida a la ligazón entre humanidades y ciencia biomédica que realiza la bioética.

“El humanismo se convierte en uno de los medidores de todos aquellos discursos que hablan de calidad para expresar la valía —bondad o valor— de las diversas actividades en las que el ser humano lleva a cabo su vida de una manera excelente; es decir, digna de ser llamada humana. Considerado así, el humanismo es una categoría a integrar, de manera urgente e ineludible, en todo el marco de lo que hoy se denomina ‘moral institucional’, lugar de referencia de las diversas ‘éticas aplicadas’. En las acciones institucionales vamos a encontrar una expresión de sentido de las distintas prácticas sociales que comportan una compleja dinámica ética... en todas ellas se visualizan valores; en todas ellas se produce un intento de legitimarse, también, por relación con dichos valores”⁴⁸⁵.

Desde la ética dialógica, podemos fundamentar la ética institucional en salud en esas relaciones sociales en sociedades que no sean de masas y de consumidores, sino de personas e instituciones que dan sentido y legitimidad, solamente si tienen como fin la solidaridad: “La finalidad del humanismo es hacer de las personas (sujetos morales) ‘gestores’ del sentido, y de las sociedades de personas, ‘gestoras’ de la legitimidad”, a través de la generación de los bienes generales que satisfagan las necesidades de todos. Las ‘interrelaciones personales’ pasan a ser un intercambio comunicacional que es el lugar de gestión del sentido y de la legitimidad de las aspiraciones, necesidades o productos, que tienen que conservar, al menos como tensión, una estructura universal de solidaridad”⁴⁸⁶.

Esos valores dominantes que han moldeado nuestro mundo, deben ser promovidos en la atención de salud y forman el fundamento sobre todo de una ética

⁴⁸⁴ Hall, R.T. *An introduction to healthcare organizational ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2000. Ozar, D., B.J.; P. Werhane; L. Emanuel. *Organizational Ethics in Health Care: Toward a model for ethical decision making by provider organizations*. Chicago: Institute for Ethics, AMA; 2000. Spencer, E.M.; Mills, A.E.; Rorty, M.V.; Werhane, P.H. *Organization Ethics in Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

⁴⁸⁵ González R. G. Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético. En: G^a Gómez-Heras JM, Velayos C (Editores) *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 115-144; 122.

⁴⁸⁶ *Ibidem.*: 140.

organizacional e institucional básicas en la salud pública⁴⁸⁷, que considere tanto los derechos como las necesidades humanas, y los deberes de las instituciones públicas de salud⁴⁸⁸.

El primero de esos deberes éticos es la responsabilidad institucional. “Aunque Jonas no se preocupa directamente de la cuestión del papel del Estado, podemos detectar vínculos profundos entre la responsabilidad individual y la social, puesto que el Estado —a través de los funcionarios públicos, y en particular, de los gestores de la salud pública— es responsable por el bien público y por el bien de la colectividad, inclusive lo que se refiere a sus aspectos de salud”⁴⁸⁹. Las deliberaciones de las políticas públicas tienen que ver con decisiones colectivas, que tornan cualquier programa sanitaria en una política pública de tipo impersonal, pues está limitada por vínculos institucionales. Por tanto, “se deben analizar éticamente estas políticas públicas, atribuirles claramente responsabilidad, al menos de la misma forma que se le atribuyen a las responsabilidades parentales, lo que implica la pregunta de cómo realizarlo con acciones determinadas y legitimadas colectivamente”⁴⁹⁰.

4.- Ética institucional y conflictos de interés: primero, la no maleficencia

El bien interno o deber ético básico del médico es “respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad”⁴⁹¹, y “el fin último de la práctica sanitaria consiste en realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente... de forma que muchos de los conflictos que impiden alcanzar el bien social, la salud en nuestro caso, derivan de la confusión de este bien interno con los bienes externos que necesariamente acompañan a toda práctica, como son el dinero, el poder o el reconocimiento. Ambos

⁴⁸⁷ Waymack M. Ética organizacional en el cuidado médico. En: *I Simposio Internacional de Ética en las Instituciones de Salud*. Monterrey, NL, México; 2006. Web: http://www.pulsobinario.com/ws/emc/eventos_Etica.asp (revisado 15 septiembre 2010).

⁴⁸⁸ Benatar SR Salud pública y ética en salud pública. *Acta Bioethica* 2003; 9 (2): 195-207.

⁴⁸⁹ Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes PA de C, Pavone Zoboli ELC. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 75.

⁴⁹⁰ *Ibidem.*: 76.

⁴⁹¹ Organización Médica Colegial de España. *Código Deontológico*. Madrid: OMC; 1999.

tipos de bienes son necesarios, pero el problema aparece cuando se confunden y los bienes externos ocupan el lugar de los internos”⁴⁹², tanto en el plano del ejercicio profesional, como en los objetivos de las instituciones.

El primer deber ético de la responsabilidad institucional es evitar la corrupción, la ineficiencia y la mala resolución de los conflictos de intereses, de modo perjudicial para los pacientes. Lo primero, es no hacer y evitar la maleficencia.

5.- Ética institucional y modelos de calidad: justicia y beneficencia

Como vimos en el primer capítulo, sobre los fundamentos de una bioética institucional y social, la no maleficencia es el nivel básico de la ética, también para una institución. Las instituciones, y más las de la salud, son actores con responsabilidad propia en la atención y prestación de salud⁴⁹³, y la responsabilidad exige en primer lugar responder por los errores o la maleficencia causada, y enseguida, dar a cada uno lo que le corresponde, con igual consideración para todos los pacientes, con justicia distributiva.

Pero más allá de cumplir con la justicia, toda institución de salud tiene la necesidad de desarrollar un modelo de calidad y acreditación de la excelencia en la asistencia prestada, que es hoy en día uno de los pilares básicos para generar la confianza de los pacientes-usuarios: “cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente”⁴⁹⁴.

La calidad se puede definir de varias maneras, como expresamos ya en el primer capítulo al hablar de los principios éticos de las instituciones⁴⁹⁵:

- Como excelencia, la institución debe conseguir el mejor de los resultados en sentido absoluto.

⁴⁹² García Marzá D. *Ob.cit.*: 18.

⁴⁹³ *Ibidem.*: 30.

⁴⁹⁴ González Esteban E. Los restos éticos de la medicina gestionada. En: García Marzá D. *Ob.cit.*: 63.

⁴⁹⁵ Fernández Beltrán F. La perspectiva ética de la calidad. En: García Marzá D. *Ob.cit.*: 93-94.

- Como valor, debe analizar los costes que supone seguir determinados criterios de calidad y, al mismo tiempo, no quedarse fuera de lo que puedan estar dispuestos a pagar por su producto o servicio los usuarios.
- Como ajuste a unas determinadas especificaciones, cumpliendo los criterios que se fijan como estándares.
- Como satisfacción de las expectativas del usuario, que incluye un juicio subjetivo del mismo y equivale a la diferencia entre lo inicialmente esperado de un determinado servicio y lo que finalmente se recibe.

Para esto se han desarrollado modelos de calidad y de acreditación muy variados, y en todos encontramos criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y con los derechos de justicia de los pacientes. Ha surgido así una ética de las organizaciones sanitarias, más allá de la bioética clínica⁴⁹⁶, centrada en los modelos de acreditación de la calidad asistencial e institucional, a partir de las iniciativas de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations⁴⁹⁷.

Cada uno de los diferentes modelos de acreditación de las instituciones de salud tiene incorporados de un modo u otro determinados valores éticos. Las más utilizadas son: el EFQM, de autoevaluación de la calidad; JCIA/JCAHO, de evaluación externa con estándares e indicadores internacionales centrados en los pacientes y en la gestión de la organización sanitaria; ISO, mediante evaluación externa de la gestión de la calidad, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, y medición, análisis y mejora del producto obtenido; CCHSA, evaluación externa con definición de estándares y actividades a realizar para alcanzarlos; HQS, con 52 normas de estándares sobre gobierno corporativo y clínico, gestión operativa, el itinerario del paciente y sus derechos, y las normas específicas de servicios⁴⁹⁸.

⁴⁹⁶ Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (4): 247-259.

⁴⁹⁷ JCAHO: www.jointcommission.org/ (Revisado 17 agosto 2010).

⁴⁹⁸ Perspectiva ética de algunos modelos internacionales de acreditación de la calidad. En: Simón P (Ed.). *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005: 73-141.

6.- Concretar la calidad ética de las instituciones de salud: autonomía y participación

Pero además, las empresas de salud tienen unas características especiales, que provocan problemas éticos específicos⁴⁹⁹: quien paga los servicios no es generalmente el usuario, sino una agencia gubernamental o una empresa de seguros. Los servicios que se ofertan no los deciden libremente los médicos de la institución, les vienen determinados en muchas ocasiones; el usuario es especialmente vulnerable por la propia enfermedad; el bien que se oferta. La salud, es un bien básico de la persona: existe una gran asimetría entre la oferta de servicios de salud y la demanda de una medicina del deseo sin límites. Y finalmente, en toda organización de salud intervienen los gestores, en busca de la eficiencia, y el personal sanitario que ven en el bien del paciente el fin de su profesión y actuar, con dos tipos de ética diferente, como bien señala Dworkin⁵⁰⁰: una guiada por el ‘principio del rescate’, de la convicción ideal del bien —el médico—, y otra —el gerente— guiada por el ‘principio del asegurado prudente’, de la responsabilidad ante los costes.

La propuesta metodológica desde la ética de la empresa ha sido la de los “stakeholders” para la definición de las buenas prácticas institucionales entre todos los interesados o afectados. Una organización sanitaria tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no sólo de sus accionistas (“shareholders”) sino de sus “stakeholders”, o partes interesadas: cualquier individuo o grupo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la organización⁵⁰¹. “Esta teoría es relevante porque desde ella se pueden abordar no sólo las buenas prácticas sanitarias en el ámbito profesional, sino también en el ámbito organizacional, ayudando a comprender y explicar los posibles conflictos de valores, de lealtades, de compromisos y de intereses”⁵⁰².

La institución y todas las partes interesadas forman una comunidad moral compartida y delibera sobre los principios morales mínimos de justicia cuando evalúa

⁴⁹⁹ Cortina A, Conill J. (2005) *Ob.cit.*: 28-32.

⁵⁰⁰ Dworkin R. *Taking Rights Seriously*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1977.

⁵⁰¹ Cortina A, Conill J. *Ob.cit.* (2005): 19. Arrieta B, de la Cruz C. *Ob.cit.*: 54-58.

⁵⁰² González Esteban E. *Ob.cit.*: 79.

las decisiones y prácticas organizacionales⁵⁰³, con la participación de todas las partes interesadas, en una fase analítico-descriptiva, y la generación posterior de estrategias ético-normativas que todos puedan sumir como propias.

Y esto, en tres niveles de deliberación ética que necesitan de ayuda concreta. A nivel de valores: declaración de valores de la institución. A nivel de principios éticos: Códigos de ética profesionales. A nivel de normas: Guías de buenas prácticas clínicas y guías éticas específicas sobre los problemas más corrientes en la asistencia de salud en la institución, con ayuda de los comités de ética asistencial.

Para aplicar la responsabilidad social en una institución de salud, hay que realizar prácticas éticas transparentes, establecer criterios de referencia claros y verificables, exigir la comprobación de los datos por agentes independientes, delimitar bien el tipo de información que como institución debe facilitarse, y garantizar la fiabilidad del procedimiento de evaluación y establecer auditorías⁵⁰⁴. Es lo que se denomina en el modelo norteamericano la “accountability”, la transparencia de rendir cuentas, la responsabilidad por los actos y omisiones, y el cumplimiento de los compromisos o requerimientos en relación con las políticas empresariales.⁵⁰⁵

Como actuaciones específicas propuestas desde la bioética están, entre otras, las siguientes:

- Constitución y apoyo en las instituciones de salud de los Comités de Ética Asistencial, que defienden los derechos de los pacientes, prestan asesoría a los profesionales y también a la dirección y gerencia de las organizaciones.
- Elaboración y evaluación del cumplimiento dentro de la institución de una Carta de Derechos de los Pacientes.
- Compromiso explícito con la Carta de Servicios o Código ético propio o con los Códigos éticos de los diferentes profesionales.
- Plan de humanización de la atención en salud dentro de la propia institución.

⁵⁰³ García Marzá D. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*. Madrid: Trotta; 2004.

⁵⁰⁴ Arrieta B, de la Cruz C. *Ob.cit.*: 76-83.

⁵⁰⁵ Social Accountability International 8000. www.sa8000.org Organización AccountAbility. <http://accountability.org.uk>

- Acreditación: contar primero con los aspectos éticos del cumplimiento del respeto a los derechos de los pacientes en la institución como parte importante de la calidad de la atención en salud.

Capítulo 8

Bioética y educación para la salud

Introducción

Veremos en este capítulo uno de los temas generalmente olvidados en la bioética actual. Nos preocupamos mucho de la enseñanza de la bioética y de las mejores metodologías para conseguir transmitir conocimientos, actitudes y valores, pero no hemos reflexionado suficientemente en la importancia de los valores éticos en la educación para la salud, y en la educación en valores de los educadores en salud, que deben ser los propios profesionales.

Analizaremos primero el problema de la educación, en general, y su situación en Latinoamérica. Los recursos humanos son imprescindibles para un desarrollo social sostenible, y entre ellos, la formación y educación de los profesionales de la salud. Se ha señalado en numerosas instancias la importancia de la prevención en salud, como función de todos los profesionales de la salud, y especialmente en el ámbito de la atención primaria. Es fundamental la unidad entre prevención y educación para la salud, y tener presentes también los principios éticos que deben inspirar la educación para la salud.

1.- Educación y recursos humanos. Problema social

“El acceso a la educación en América Latina ha aumentado muy significativamente en los últimos 10 o 15 años, al igual que los gastos en educación. La mayoría de los países, sin embargo, parecen haber topado con una barrera difícil: la calidad de la educación básica no está mejorando, gran cantidad de estudiantes abandonan las escuelas a la edad de 14 o 15 años, queda poco espacio para seguir

umentando la cantidad de recursos públicos destinados a la educación, y subsisten problemas graves de equidad, que afectan a las personas de estratos sociales más bajos y a las minorías. Existe un sentimiento generalizado de que los contenidos de la educación no son adecuados, sea para cumplir con las exigencias del mercado laboral o para fortalecer los valores de cohesión social, emprendimiento y pensamiento crítico, que son partes integrantes de una educación completa y ética. La educación superior también se ha expandido, pero tiene graves problemas de calidad, relevancia y un costo cada vez mayor. Finalmente, la investigación científica, cuando existe, se ha desarrollado sobre todo en las universidades, con una fuerte inclinación académica en el mejor de los casos, con pocas vinculaciones e impacto en la capacidad de innovación de la economía y en la modernización de las instituciones públicas”⁵⁰⁶.

Esta visión general de la situación de la educación, de Schwartzman, nos coloca en la realidad de nuestros países. Existen indudables mejoras, pero aún es un punto principal y urgente de todas las agendas políticas⁵⁰⁷. El nivel de educación es básico en el acceso al bien de la cultura, y la cultura es una de las claves del desarrollo de un país y de una región. “Si no incluimos la cuestión de la cultura, difícilmente comprenderemos qué es lo que ha pasado en América Latina y qué es lo que puede pasar”⁵⁰⁸, nos dice Kliksberg. Dentro de una visión integrada del desarrollo, la cultura ocupa un lugar, incide en el llamado “capital social”, formado a base de la confianza en las relaciones interpersonales, que construye formas de cooperación elementales, la conciencia cívica que respeta y cuida el interés colectivo, y finalmente, y muy importante desde la visión bioética, los valores éticos predominantes en una sociedad.

La cultura de una sociedad puede legitimar o deslegitimar valores éticos como, por ejemplo, la corrupción y las desigualdades, la falta de igualdad de oportunidades, la exclusión o la inclusión étnica o socioeconómica, la ostentación o el ahorro, la insolidaridad individualista o la solidaridad de los emigrantes latinoamericanos que

⁵⁰⁶ Schwartzman S. Educación y recursos humanos. En: Cardoso FH, Foxley A (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009: 554.

⁵⁰⁷ Bonal X (Ed.) *Globalización, educación y pobreza en América Latina ¿Hacia una nueva agenda política?* Barcelona: Fundación CIDOB; 2006.

⁵⁰⁸ Kliksberg B ¿Por qué la cultura es clave para el desarrollo? En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto; 2007: 263.

aportan decisivamente a sus familias en el lugar de origen, la responsabilidad social de las empresas y los empresarios y trabajadores, la credibilidad y —unida a ella— la gobernabilidad.

2.- Bioética y educación en valores de los futuros profesionales de la salud: capacitar a los futuros educadores

“Se propone una concepción de la educación en valores como ‘construcción de la personalidad moral’, es decir, una acción pedagógica que junto con reconocer ciertos valores mínimos universales, persigue como acción principal, la educabilidad de un grupo de dimensiones de la personalidad, las cuales permitirían a los individuos afrontar de mejor manera las disyuntivas éticas y los desafíos a la convivencia e inmaculado de diversidad y pluralismo. Entre estas dimensiones de la personalidad moral cabe mencionar el desarrollo del juicio moral, la autonomía, la capacidad de diálogo y el reconocimiento del otro”⁵⁰⁹.

Es posible e imprescindible metodológicamente abordar una tarea de educación en valores. Las experiencias y las estrategias metodológicas son muy variadas: discusión de dilemas morales, análisis ético de casos clínicos, escritura autobiográfica, ejercicios de construcción conceptual, los métodos socioafectivos, etc⁵¹⁰.

Todo profesional de la salud debe ser un educador. En primer lugar, educador del paciente: está claro en el ámbito de la prevención y la atención primaria⁵¹¹, pero también en el ámbito de la atención especializada, con una nueva concepción del hospital como centro de actividades en salud con programas amplios de cobertura de un área: el médico tratante, todo el equipo, las enfermeras en los hospitales, el equipo

⁵⁰⁹ Águila E. Educar en valores en sociedades y escuelas pluralistas. En: Villarroel R (Ed.) *Ética aplicada*. Santiago: Editorial Universitaria; 2009: 186.

⁵¹⁰ León FJ. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética*, 2008, Vol. 14 (1): 11-18.

⁵¹¹ Durante E. Capacitación de recursos humanos en Atención Primaria de Salud: una visión desde la educación médica. En: Maceira D (Comp.) *Atención Primaria de Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós; 2007: 97-120.

de una UCI, el equipo de cuidados paliativos, etc⁵¹². Y, asimismo, educadores de los estudiantes futuros profesionales: muchos médicos y enfermeras realizan esta tarea de docentes o guías clínicos, y es imprescindible que vivan los valores éticos que los alumnos deben después incorporar como profesionales⁵¹³: los alumnos —y todos— aprendemos más de los modelos vividos por los cercanos a nosotros, que de exposiciones teóricas. Es por ello importante desarrollar la ética del profesional de la salud como docente.

3.- De la prevención a la promoción de la salud

“Es difícil conciliar las diversas exigencias asistenciales —expone Berlinguer en su libro *Ética en salud*—: la regulación de los costos, la calidad e igualdad para acceder a los servicios, la libertad de elección. Se podría, incluso, decir que es casi imposible. Pero se volverían ciertamente menos difíciles: a) si los medios técnicos fueran usados de un modo más apropiado, b) si más allá de pensar en los recursos monetarios se pensara en los recursos científicos y humanos, que comprenden las funciones profesionales pero también los que puede poner sobre el terreno cada grupo y organización social en cualquier movimiento colectivo, e incluso personalmente cualquier ciudadano; c) si además de apuntar a los servicios sanitarios para conseguir sus prestaciones directas, se pensara también en sus funciones como vehículo para conseguir una ‘cultura de la salud’; d) si fuesen utilizados más ampliamente los recursos de *la solidaridad* espontánea y organizada; e) si además de reparar los daños, se trabajase para maximizar el impacto positivo que cada actividad humana, a partir de *la educación*, del trabajo y de la producción, puede tener a favor de la salud”⁵¹⁴.

⁵¹² Mazzaferro VE, Giacomini H, Fernández Iriarte M. *Salud pública y política*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 2007: 123-144.

⁵¹³ Donato M, Buonanotte MG, Gelpi RJ, Rancich AM. *Los docentes de Medicina ¿cumplen compromisos morales con los alumnos?* Unesco Montevideo. Web: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/20.%20%C2%BFLos%20Docentes%20en%20medicina.pdf> (Revisado 13 septiembre 2010).

⁵¹⁴ Berlinguer G. Ética de la prevención. En: *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 85.

Promoción y prevención en salud

La promoción de la salud surge como reacción a la acentuada medicalización de la salud en la sociedad y en el interior del sistema de salud. Hoy en día este término está ligado a una serie de valores: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros. Y también a una serie de estrategias por parte del estado —políticas públicas saludables—, de la comunidad —refuerzo de la acción comunitaria—, de los individuos —desarrollo de habilidades personales—, del sistema de salud —reorientación del propio sistema—, y de asociaciones intersectoriales. Responsabilidad múltiple, no solamente individual en la salud⁵¹⁵.

“La idea de la promoción de la salud se traduce en expresiones propias referentes a la realidad actual, como ‘políticas públicas saludables’, ‘colaboración intersectorial’, ‘desarrollo sostenible’. Se rescata la perspectiva de relacionar salud y condiciones de vida, y se resalta la cantidad de múltiples elementos —físicos, psicológicos y sociales— que están vinculados a la conquista de una vida saludable, destacándose la importancia tanto del desarrollo de la participación colectiva como del de las habilidades individuales”⁵¹⁶.

Se refiere al fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para enfrentar los múltiples condicionantes de la salud, construir en definitiva “capacidad de elección” y va por tanto, unida al reconocimiento de los valores de la subjetividad, la autonomía, y la diferencia. Se habla así de conceptos de vulnerabilidad y ‘empowerment’ en salud. Los conceptos de la promoción de la salud se pueden reunir en dos grupos⁵¹⁷:

- Actividades dirigidas a transformar los comportamientos de los individuos, apuntando hacia sus estilos de vida, sobre todo familiares, y del ambiente de las comunidades en que se encuentran. Actividades se concentran en componentes educativos.

⁵¹⁵ Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 20.

⁵¹⁶ *Ibidem*: 11.

⁵¹⁷ Buss PM. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado de Freitas. *Ob.cit.*: 23-24.

- Papel protagonista de los determinantes sociales en salud. Actividades orientadas a la colectividad de individuos y al ambiente, por medio de políticas públicas y para refuerzo de la capacidad y participación de los individuos y de las comunidades⁵¹⁸

Prevención y riesgos

Sandra Caponi concuerda con el punto de vista de que la salud es un estado singular, imposible de ser definido y generalizado por medio de un concepto científico⁵¹⁹. Compete a los programas de salud colectiva crear estrategias de prevención de las enfermedades capaces de evitar la exposición a riesgos innecesarios, pero esos programas deben considerar, al mismo tiempo, la necesidad de políticas de promoción de la salud que permitan a los sujetos maximizar la capacidad que cada uno posee para tolerar, enfrentar y corregir las infidelidades del medio, que inevitablemente conforman sus historias.

La salud no es solamente seguridad contra riesgos, sino también la posibilidad de superación de las condiciones y capacidades iniciales, la capacidad de enfrentarse a los desafíos que implican riesgos. Hay que repensar críticamente la noción de riesgo, central en la epidemiología y en el discurso de promoción de la salud de la llamada “nueva salud pública”, pues con frecuencia “la dimensión cultural del concepto de riesgo tiende a estimular la primacía del individualismo, con el descrédito en relación a la autoridad política de los gobiernos y el énfasis en el mercado como instancia reguladora de la economía, adecuando la nueva salud pública al proyecto neoliberal vigente”⁵²⁰.

⁵¹⁸ Menéndez, Eduardo L.; Spinelli, Hugo G. *Participación social, ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.

⁵¹⁹ Caponi S. La salud como abertura al riesgo. En: Czeresnia D, Machado de Freitas. *Ob.cit.*: 65-92.

⁵²⁰ Castiel LD. Dédalo y los dédalos: identidad cultural, subjetividad y los riesgos para la salud. En: *Ibidem*: 93-112.

La vigilancia como función esencial de las prácticas de salud pública

Con una recopilación sistemática de datos, consolidación y análisis de los datos recopilados, y diseminación de la información por medio de informes epidemiológicos, la vigilancia es un elemento informativo estratégico para las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales en curso. “Por un lado, posibilitaría, en un contexto de ajustes fiscales, subsidiar toma de decisiones, evaluar la relación costo-efectividad de los programas de intervención y establecer prioridades en la ubicación de los recursos financieros gubernamentales en las políticas de salud. Por otro, permitiría la planificación de programas de intervención”⁵²¹.

El desafío es, por tanto, también bioético: formular propuestas de vigilancia no sólo epidemiológica, sino de la salud, unidas a valores relacionados con la promoción de la salud: calidad de vida, solidaridad, equidad, democracia, desarrollo, participación y colaboración. Mucho más allá por tanto de la lógica fundamentalmente economicista presente hoy en día.

Es preciso desarrollar políticas públicas saludables a través de la conquista de la equidad, combatiendo simultáneamente las enfermedades causadas por la exclusión social y por la pobreza, y las derivadas de la industrialización y urbanización desmedida. A la vez, es preciso desarrollar habilidades y actitudes personales dirigidas no sólo a cambios de comportamientos, sino también, y principalmente, a fortalecer los lazos de solidaridad y el incremento de la autonomía y competencia de las comunidades en los procesos decisivos que las afectan. Y finalmente, reorientar los servicios de salud dirigidos a la superación de las complejas y profundas desigualdades relativas a la cobertura, al acceso y a la calidad de los servicios de salud.

La vigilancia de la salud debe estar asociada a la reorientación de los modelos asistenciales vigentes. Las acciones programáticas de la salud y la oferta organizada en establecimientos de salud, podrían articularse con las acciones de vigilancia sanitaria, epidemiológica y de asistencia médico-hospitalaria, integrarse a la intervención social organizada y a las políticas públicas intersectoriales que

⁵²¹ Machado de Freitas C. La vigilancia de la salud para la promoción de la salud. En: *Ibidem*: 169.

configuran el espacio de la promoción de la salud⁵²². Puede ayudar en esto el aporte de la medicina basada en evidencia, pues utiliza fundamentalmente criterios y métodos epidemiológicos para sistematizar resultados de investigaciones aplicadas, experiencias clínicas y de salud pública, aunque no resuelve sin duda el problema de cómo articular la 'best evidence' con la experiencia clínica o el problema de salud pública.

Lo normal en salud

No podemos confundir los dos aspectos del concepto de normalidad, cuando hablamos de salud: la media estadística, constantes y tipos, por un lado, y el concepto valorativo de normal, por otro lado, que se refiere a lo que es considerado como deseable en un determinado momento y una determinada sociedad. Este segundo concepto vincula la normalidad a valores sociales o vitales: nos dice cómo una función o proceso debería ser: "La norma —comenta Foucault— es el elemento que marcha de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica al cuerpo y a las poblaciones, y que permite controlar el orden del cuerpo y los hechos de una multiplicidad humana"⁵²³.

Este concepto valorativo de lo normal nos acerca a una mejor comprensión del concepto de salud de la OMS, como un ideal que va más allá de la mera ausencia de molestia o enfermedad, aunque está claro que "es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar nuestra capacidad de administrar en forma autónoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y por qué no decir de malestar, con el que inevitablemente todos debemos convivir"⁵²⁴.

Concepto de vulnerabilidad en salud pública

El concepto de vulnerabilidad es contrapuesto a riesgo, entendemos los grupos vulnerables como opuestos a los grupos de riesgo, los determinantes sociales que llevan a la condición de vulnerabilidad se enfrentan a actuación libre de las personas

⁵²² Paim JS. Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En: *Ibidem*: 185-199.

⁵²³ Foucault M. *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira; 1992: 181.

⁵²⁴ Caponi S. *Ob.cit.*: 80.

con hábitos y conductas de riesgo. Este concepto surge de la atención a pacientes con Sida a mediados de los 90's⁵²⁵:

- Concepto en contra de la proyección paralizante: jerarquización y seguimiento para conseguir efectividad, operatividad y progresividad, junto a la democratización de la elección y seguimiento de objetivos y estrategias.
- Contra la victimización y la tutela. La vulnerabilidad no es binaria —vulnerables a algunos males y no a otros—, no es unitaria —admite siempre graduación—, y no es estable, muda constantemente a lo largo del tiempo.

Las personas no son vulnerables, están vulnerables siempre a algo, en algún grado y forma, y en un cierto punto del espacio y del tiempo. No podemos convertir las en víctimas y tutelarlas, sino empoderarlas como sujetos autónomos. Y para esto, es necesaria la educación en salud, más allá de campañas publicitarias informativas.

4.- Bioética y educación para la salud

En la Conferencia del Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, se recomendaron ocho elementos esenciales. El primero era la “educación dirigida a los problemas de salud prevalentes y métodos para su prevención y control”⁵²⁶. Pocos años después, en la Declaración de la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa⁵²⁷, se postula la idea de la salud como calidad de vida resultante de un complejo proceso condicionado por diversos factores: alimentación, justicia social, ecosistema, renta y educación.

El concepto analizado anteriormente de promoción de la salud conlleva de modo explícito el deber ético de realizar educación en salud de la población. Desde la bioética de protección se insiste en integrar la responsabilidad moral con la eficacia pragmática, y ambas nos llevan a respetar la pluralidad de intereses y valores que presentan las colectividades, “sin imponer comportamientos que podrían infringir los

⁵²⁵ Mesquita Ayres JR, Franca Junior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho HC. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: *Ibidem*: 152-155.

⁵²⁶ Conferencia del Alma Ata. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.

⁵²⁷ *Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa*. Ginebra: OMS; 1986.

derechos fundamentales de las personas, sino ofreciendo modelos de comportamiento considerados válidos desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud”⁵²⁸. Este respeto a la autonomía o empoderamiento del sujeto agente, es el fin primordial de toda educación en salud. La atención en salud no se puede separar de la educación en salud⁵²⁹.

En uno de los pocos trabajos de investigación cualitativa sobre este tema, Alejandrina Arratia ha analizado las implicaciones que tiene la bioética en la educación para la salud⁵³⁰, referida de modo especial a los profesionales de Enfermería, pero con relevancia para todo el equipo asistencial. Resumimos aquí algunas de sus conclusiones. La educación para la salud es una meta primaria y la principal estrategia para promover la salud, a través de la cual se ayuda al usuario/paciente a alcanzar un estado favorable, maximizando su potencial individual. Uno de sus objetivos es abordar los problemas con diversos métodos de aprendizaje, para facilitar el autocuidado en salud: “esta conducta lleva implícita una dimensión ética, que desde la perspectiva educativa, implica tener en cuenta la libre voluntad del usuario... Por lo que es necesario la consideración de diversas decisiones, que exigen una determinada preparación, conocimiento y compromiso por parte de los profesionales”. Lo anterior, para evitar conductas autoritarias o coercitivas, por un lado, y para considerar, por otro lado, las carencias económicas, ambientales, políticas y de comportamiento de los individuos y la comunidad. “Esto lleva a implementar programas educativos descontextualizados de los actuales requerimientos de la población; procesos educativos en salud que se desenvuelven en sistemas tradicionales, que favorecen la coerción por parte de los profesionales y la pasividad y la desmotivación en el usuario; procesos comunicacionales empobrecidos, en los que se observa el predominio del profesional sobre la participación del

⁵²⁸ Schramm FR. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes PA de C, Pavone Zoboli ELC. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 83.

⁵²⁹ Garrafa V. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde a luz da bioética. En: Fortes PA de C, Pavone Zoboli ELC. *Ob.cit.*: 54-55.

⁵³⁰ Arratia A. *A bioética e sua presença na educação para a saúde*. Tesis de Doctorado en Filosofía de Enfermería. Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. Edición e-book: Madrid: Asociación Española de Bioética; Colección de Investigaciones en Bioética; nº 302199; 1999a.

usuario/comunidad”⁵³¹.

El aporte de la bioética en la educación para la salud es, precisamente, “... la generación de espacios de respeto por el otro, permitiendo que los usuarios crezcan y actúen en un ambiente de exigencias, con libertad y autonomía. Esto requiere planificar procesos educativos que consideren los deseos, requerimientos y preferencias de los mismos, aceptando sus decisiones frente a lo que quieren en sus vidas, en relación con la enfermedad y la salud. Las conductas éticas manifestadas en este contexto, legitiman y favorecen ambientes saludables y estimulan una educación responsable, más humana y digna”⁵³².

ANEXOS

Anexo 1

América Latina: gastos públicos y privados en educación

Nivel	Público: % del PNB	Público: monto billones US\$	Privado: % PNB	Privado: monto billones US\$
Preescolar	0,23	4,4	0,11	2,1
Primario	1,65	31,3	0,21	4,0
Secundario	1,15	21,8	0,26	4,9
Terciario	0,74	14,4	0,48	9,1
Total	3,90	73,9	1,06	20,1

Fuente: Simon Schwartzman. Educación y recursos humanos. En: Cardoso, Fernando Henrique; Foxley, Alejandro (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009: 563.

⁵³¹ Arratia A. Bioética y toma de decisiones en Enfermería. *Cuadernos de Bioética*; 1999b, 39 (3): 512-521.

⁵³² Arratia A. 1999a, *ob.cit.*: 4-5.

Anexo 2

Financiamiento público y privado como porcentaje del PNB

País	Público	Privado	Total
Argentina	3,5	1,2	4,7
Brasil	4,4		
Chile	3,5	3,3	6,8
México	5,6	1,2	6,8
Paraguay	4,3	1,6	5,9
Perú	2,9	0,9	3,8
Uruguay	2,3		
Prom. Mundial	4	1,6	5,6
Prom. OCDE	5,2	0,7	5,9

Fuente: UNESCO, Institute for Statistics; 2007.

Anexo 3

Escolaridad en América Latina

País	Promedio de años de escolaridad	Región	Años escolaridad más de 25 años
Argentina	10,33	<i>Promedio Latinoamérica</i>	5,9
Bolivia	7,63	Medio oriente y Norte de África	6,3
Brasil	8,38	África subsahariana	3,4
Chile	10,27	Este asiático y Pacífico	7,3
Colombia	7,19	Sur de Asia	3,0
Costa Rica	7,90	Países desarrollados	9,5
Dominicana	7,47	<i>Promedio mundial</i>	6,1
Ecuador	8,12		
El Salvador	6,56		
Guatemala	4,58		
Haití	3,93		
Honduras	5,95		
México	7,78		
Nicaragua	5,57		
Panamá	9,52		
Paraguay	7,26		
Perú	8,76		
Uruguay	9,41		
Venezuela	8,29		

*Fuente: Banco Mundial. World Development Report; 2006.

Anexo 4

Personal sanitario mundial por densidad

Región OMS	Total salud N°	densidad x1000	dispensadores N°	total salud %	administración aux N°	total salud %
Américas	21.740.000	24,8	12460000	57%	9280000	43%
África	1.640.000	2,3	1360000	83%	280000	17%
Todo Mundo	59.220.000	9,3	39470000	67%	19750000	33%

Fuente: OMS Global Atlas of the Health Workforce, 2006.

Anexo 5

Proporción de gasto público en salud destinado a sueldos de trabajadores sanitarios

Américas	49,8
Africa	29,5
Asia Sudoriental	35,5
Europa	42,3
Mediterráneo Oriental	50,8
Pacífico Occidental	45
Todo Mundo	42,2

Fuente: OMS Global Atlas of the Health Workforce, 2006.

Capítulo 9

Bioética, religión y doctrina social de la Iglesia

Introducción

La bioética es un diálogo plural entre diversas ciencias y entre las diferentes corrientes de pensamiento presentes en la sociedad acerca de los aspectos éticos de la atención de la salud y el cuidado de la vida humana en el ámbito biomédico. Parte de los que entran en el diálogo, lo hacen sin dialogar, o bien en algunos casos porque piensan que la luz de la fe resuelve ya los problemas planteados a la razón y el sentido moral del hombre, y por lo tanto ya está preestablecida la solución a los dilemas éticos, o bien porque piensan que la religión y, más ampliamente, el mundo de las creencias, afectos y sentimientos, estorba y entorpece la reflexión racional, es irracional, y debe dejarse totalmente fuera del estricto diálogo bioético.

Es posible el diálogo, si se reconoce el aporte desde la ética cristiana a la bioética, por un lado, y se respeta la diversidad de racionalidades y cosmovisiones presentes en la sociedad, por otro.

1.- Distintas visiones de la relación bioética-religión en el mundo actual postmoderno

Una parte de la Bioética norteamericana se ha presentado, en efecto, como un intento de conseguir una ética de consenso, basada en principios emanados de un “sentido común moral”, que no tiene por qué estar cerrado a la trascendencia — aunque lo esté en ocasiones—, y donde los interlocutores del debate bioético debieran dejar de lado sus creencias y convicciones religiosas o morales, a favor de lograr

acuerdos de mínimos⁵³³.

Así, por ejemplo, Max Charlesworth, en su conocida obra *La Bioética en una sociedad liberal*, comenta que sólo podemos ponernos de acuerdo en que no vamos a ponernos de acuerdo, y critica que no se deje a los individuos elegir su propia muerte, que se limite el arriendo de úteros en la fecundación in vitro, o que “el enfoque utilitarista de coste-beneficio adoptado en el presente por muchos economistas sanitarios, burócratas y políticos (enfoque que se presta al paternalismo burocrático y el 'dirigismo') va directamente en contra de estos valores neoliberales. Por lo tanto, todavía existen dudas, pasos hacia atrás e incoherencias en el reconocimiento y la aceptación de los valores liberales en la bioética, con reliquias de criterios antiguos respecto a las cosas, como cuando el estado se consideraba como refuerzo de la moralidad pública básica (...) en una sociedad liberal, la única moralidad común o consenso ético posible sería aquél fundado en los valores liberales primarios” (autonomía moral, igualdad y justicia basadas en la autonomía, y sus valores anexos). En dicha sociedad, no puede haber ningún consenso sobre valores de segundo orden, 'parciales' o confesionales”⁵³⁴. Se critica el “paternalismo” y el relativismo del utilitarismo, y a la vez, se rechaza todo intento de introducir cualquier valor de tipo religioso o moral en el espacio público.

Otro conocido autor, H. Tristram Engelhardt comenta: “Las diferencias entre las visiones morales (entre ateos o creyentes, o también entre los mismos ateos) son reales, fundamentan concepciones sustancialmente diferentes de la bioética, y tienen su origen en que los participantes en las controversias morales disponen de premisas y de reglas de evidencia diferentes, de tal modo que las controversias no se pueden resolver *por medio de argumentos racionales lógicos*, ni mediante *la apelación a una autoridad moral reconocida por todos*. Sólo la moralidad secular general carente de contenido puede salvar este abismo y permitir la colaboración cuando no se alcanza la concurrencia de pareceres moral dotada de contenido”⁵³⁵. Por eso puede compatibilizar su personal moral cristiana ortodoxa —que comparte con sus “amigos

⁵³³ Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: 33-36.

⁵³⁴ Charlesworth M. *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press; 1996: 1-10.

⁵³⁵ Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995: 104-105.

morales” — con su posición liberal secular, de ética de consenso, cuando actúa como un ciudadano más entre “extraños morales”.

Se da la paradoja de que muchos de los impulsores de la bioética han partido precisamente desde distintas posiciones de fe⁵³⁶: protestantes y católicos en USA, en el Hasting Center de New York, o el Kennedy Institut, dentro de la Georgetown University de Washington, dirigida por los jesuitas. Más aún en Europa: el primer Centro de Bioética fue el Instituto Borja de Bioética en Cataluña, de los jesuitas; y es conocida la labor que en bioética han desarrollado instituciones universitarias católicas desde diferentes posiciones. En los medios de comunicación, en la elaboración y aprobación política de la legislación, y en el debate académico han chocado con fuerza muchas veces la llamada en Italia “Bioética laica” y “la Bioética católica”, especialmente, por las exigencias éticas derivadas del mensaje cristiano sobre el hombre y la vida humana.

En Latinoamérica también han sido y son importantes tanto la aportación académica al desarrollo de la Bioética desde instituciones católicas⁵³⁷ como, a la vez, los intentos de diálogo racional entre las diversas fundamentaciones existentes⁵³⁸.

La confrontación es clara en algunas posturas. En un trabajo conjunto entre Institutos de Essen, en Alemania, y Morelia, México, sobre el humanismo en la era de la globalización, se evalúa el papel de la religión de un modo bastante negativo⁵³⁹: “La religión siempre ha jugado un papel significativo en el proceso de construcción de las identidades culturales del hombre, pero se ha convertido hoy, por desgracia, en un preocupante obstáculo en el intento de desarrollar un sistema de valores lo suficientemente universal, de manera que éste pueda llegar a tener relevancia transcultural. Debido a que la perspectiva humanista se ve acompañada frecuentemente de un modo de vida secular, el fundamentalismo religioso se opone violentamente a cualquier intento por establecer un humanismo universalista como

⁵³⁶ García Capilla DJ. *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nuova; 2007.

⁵³⁷ *Fe y Ciencias*. Jornada del 8 de octubre de 1997. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina; 1998.

⁵³⁸ Pessini L, Paul de Barchifontaine Ch, Lolas F (coords.). *Perspectivas de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago: Programa Bioética OPS; 2007.

⁵³⁹ Rösen J, Kozlarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 23-24.

principio regulador del entendimiento en el campo de la diversidad cultural”. La religión, en definitiva, descalifica las otras verdades que proclaman validez universal, como las de la ciencia, cualquier otro sistema de creencias, “descalificando también con ello los presupuestos en que se sustenta el funcionamiento de la verdad. La única solución pareciera ser la superación de las formas específicas y peculiares del fervor religioso a favor de una moral universalista común o de un sistema ético”, como la propuesta de Hans Küng⁵⁴⁰, que mencionan los autores.

Recientemente, Javier Sádaba acusa a las religiones en general, y en particular a la católica, de secuestrar el bienestar y el ideal de vida buena, con las falsas garantías de su moral. La felicidad de una “sociedad laica” debe estar en lo cotidiano, sin falsas esperanzas trascendentes⁵⁴¹. Se trata de una visión excluyente de la función social de la religión, cuando —salvo extremos de fundamentalismos reprobables por todos—, ésta debe jugar un papel incluyente.

Gianni Vattimo y Richard Rorty, desde la racionalidad hermenéutica europea y desde el neopragmatismo norteamericano, han debatido recientemente sobre el futuro de la religión después de la metafísica, en nuestro mundo postmoderno de “pensamiento débil”, que se rebela contra la violencia de cualquier dogma autoritario, tanto de la religión como de la ciencia⁵⁴²: “Donde quiera que haya una autoridad que, en nombre de una comunidad científica o eclesiástica, imponga algo como verdad objetiva, la filosofía tiene la obligación de operar en la dirección contraria, para mostrar que la verdad nunca es objetividad, sino un diálogo interpersonal que tiene lugar en un lenguaje compartido”. “Si la tarea de la filosofía tras la muerte de Dios —lo cual equivale a decir tras la deconstrucción de la metafísica— consiste en volver a juntar las piezas, en volver a agruparlas, entonces la secularización es el modo más apropiado de dar testimonio de la relación que vincula a la civilización europea contemporánea con su propio pasado religioso; una relación que no comporta únicamente la superación y la emancipación, sino también la conservación”⁵⁴³. Pero es la conservación de una fe religiosa siempre que ésta se private, no de una fe religiosa

⁵⁴⁰ Küng H, Rinn-Maurer S. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Madrid: Trotta; 2008.

⁵⁴¹ Sádaba J. *La vida buena. Cómo conquistar nuestra felicidad*. Barcelona: Península; 2009: 39-52.

⁵⁴² Rorty R, Vattimo G. *El futuro de la religión. Solidaridad, caridad e ironía*. Barcelona: Paidós; 2006: 25.

⁵⁴³ Rorty R, Vattimo G. *Ob.cit.*: 16-17.

“que funde iglesias y adopte posiciones políticas”, pues parten del laicismo anticlerical que asume la total autonomía de la vida social, cultural y política respecto de cualquier iglesia: “la religión debe transformarse en algo privado”⁵⁴⁴.

Diego Gracia, dentro del ámbito filosófico, ha escrito sobre la relevancia de las tradiciones religiosas para el discurso bioético, con un análisis filosófico, donde expone de nuevo sus conocidas tesis de la separación radical entre las éticas de la fe y las de la autonomía⁵⁴⁵, apoyándose fundamentalmente en la obra de Rahner, Fuchs y Demmer, para concluir que los mandatos morales específicamente cristianos no pueden formularse nunca de modo absoluto y sin excepciones, pues lo único que tendría este sentido sería la “opción moral fundamental”, y por tanto, como conclusión, habría que ir a una autonomía religada, en el mismo sentido pero más allá de los promotores del “proyecto de ética mundial”, como Hans Küng o John E. Hare⁵⁴⁶.

Es una posición contestada desde dentro de la propia bioética por los defensores de los absolutos morales, desde diferentes perspectivas filosóficas y no sólo teológicas: la opción moral fundamental —importante en el desarrollo moral personal— debe aplicarse en las acciones humanas concretas según un esquema de valores previo a la propia opción, la opción autónoma no es la base última de fundamentación, sino la conciencia moral que aplica a lo particular y concreto los imperativos categóricos, bienes humanos básicos o valores, fundantes de la obligatoriedad moral, ya sea desde la exploración racional o desde la aceptación supraracional —y no irracional— de las consecuencias morales de una fe religiosa⁵⁴⁷.

De un primer momento de confrontación, se está pasando a un convencimiento de la necesidad de un diálogo fecundo entre bioética y religión, presente en algunas publicaciones recientes de estos últimos años. Se ha profundizado, en el ámbito católico, en las relaciones entre religión y ciencia⁵⁴⁸, y fe y razón, dentro del ámbito

⁵⁴⁴ Rorty R, Vattimo G. *Ob.cit.*: 32.

⁵⁴⁵ Gracia D. Religión y ética. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.

⁵⁴⁶ Gracia D. Fundamentaciones de la bioética. En: Juan Vélez (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 31-55.

⁵⁴⁷ Laun A. *La conciencia*. Barcelona: EIUNSA; 1993. Finnis J. *Cuestiones de ética*. Barcelona: EIUNSA; 1992. Pérez-Delgado E. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca-Madrid: EDIBESA; 2000.

⁵⁴⁸ Dou A (Ed.) *Pensamiento científico y trascendencia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1998.

bioético⁵⁴⁹, con diferentes conclusiones, por una parte. Y por otra, como veremos, también se ha profundizado en el ámbito de la ética filosófica en la superación de la confrontación entre creyentes y no creyentes en nuestras plurales sociedades.

2.- La aportación de la moral católica a la bioética

Es bien conocida la posición oficial de la Iglesia Católica a través de la Encíclica “Fides et Ratio” de Juan Pablo II, de la armonía y complementariedad de ambas⁵⁵⁰: “es posible reconocer, a pesar del cambio de los tiempos y de los progresos del saber, un núcleo de conocimientos filosóficos cuya presencia es constante en la historia del pensamiento. Piénsese, por ejemplo, en los principios de no contradicción, de finalidad, de causalidad, como también en la concepción de la persona como sujeto libre e inteligente y en su capacidad de conocer a Dios, la verdad y el bien; piénsese, además, en algunas normas morales fundamentales que son comúnmente aceptadas. Estos y otros temas indican que, prescindiendo de las corrientes de pensamiento, existe un conjunto de conocimientos en los cuales es posible reconocer una especie de patrimonio espiritual de la humanidad. Es como si nos encontrásemos ante una *filosofía implícita* por la cual cada uno cree conocer estos principios, aunque de forma genérica y no refleja. Estos conocimientos, precisamente porque son compartidos en cierto modo por todos, deberían ser como un punto de referencia para las diversas escuelas filosóficas... La Iglesia, por su parte, aprecia el esfuerzo de la razón por alcanzar los objetivos que hagan cada vez más digna la existencia personal. Ella ve en la filosofía el camino para conocer verdades fundamentales relativas a la existencia del hombre. Al mismo tiempo, considera a la filosofía como una ayuda indispensable para profundizar la inteligencia de la fe”. Y es significativo que dos de los capítulos se titulen “Credo ut intellegam” e “Intellego ut credam”, creer para conocer más por la fe,

⁵⁴⁹ Gafo J (ed.). *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000. Varios autores. *Bioética, religión y derecho*. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2006. Kottow M, Anguita V. *Bioética Católica. Márgenes de interpretación de las enseñanzas magisteriales*. Santiago: CINBIO (Centro Interdisciplinario Bioética Universidad de Chile); 1995.

⁵⁵⁰ Juan Pablo II. *Encíclica Fides et Ratio*. Santa Sede, 1998.

y razonar para llegar a fundamentar mejor la propia creencia religiosa. Por otro lado, en sus obras como filósofo, Karol Wojtyła ofrece una significativa aportación para la fundación de una ética racional de tipo personalista desde el diálogo con parte de la filosofía del siglo XX⁵⁵¹.

También desde la reflexión moral católica se realiza un esfuerzo por profundizar en el sentido del Magisterio de la Iglesia y en su interpretación, desde variadas posiciones, pero siempre desde la posibilidad de complementar fe y razón en la búsqueda de soluciones a los dilemas planteados en bioética. Elio Sgreccia, al analizar la aportación de la moral católica a la bioética⁵⁵², señala que el aporte específico realizado comprende cuestiones de método, de epistemología y de fundamentación, a partir del “personalismo cristológico” del Vaticano II y —como señalan otros muchos autores— de la extensa aportación magisterial de Juan Pablo II⁵⁵³.

“Siempre se ha afirmado —comenta Javier Gafo⁵⁵⁴— que las exigencias éticas no sólo tienen validez para el creyente, sino que representan los valores éticos que todo hombre, cristiano o no, tiene grabados en su conciencia”. El modelo ético de la ley natural, de carácter predominantemente deontológico, según Flecha, “es el mejor reflejo y exponente de esta pretensión de universalidad de la moral católica en general y, en concreto, en los temas de ética de la vida”, pero no es el único⁵⁵⁵.

“El discurso racional ético es fundamental en una bioética ‘católica’. La moral católica (...) debe utilizar también las mismas herramientas del discurso racional ético (...) Nuestra forma de percibir los valores humanos básicos y de relacionarnos con ellos está configurada por nuestra cultura y nuestra forma de ver el mundo. Esta forma de ver el mundo puede distorsionar los valores humanos básicos y afectar

⁵⁵¹ Wojtyła K: *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Ediciones Palabra; 1997.

⁵⁵² Sgreccia E. *Aportes de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética*. Ars Medica, Santiago; 2008, 16: 215-230.

⁵⁵³ Herranz, G. Some Christian Contributions to the Ethics of Biomedical Research. A Historical Perspective. En: Vial Correa J, Sgreccia E. *The Ethics of Biomedical Research. A Christian View. Proceedings of the Ninth General Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Vatican City: Rome; 2003.

⁵⁵⁴ Gafo J. Bioética y Tradición Católica. En: Vélez J (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 79-110; 97.

⁵⁵⁵ Flecha JR. *Teología Moral Fundamental*. Madrid, 1994: 135-138.

consecuentemente a nuestras opciones éticas. Es en este punto donde se puede inscribir el significado de la bioética cristiana. La fe ilumina al creyente para hacerle sensible a los genuinos valores humanos. La tradición cristiana ilumina esos valores, los apoya y les proporciona un contexto para saber leerlos en las circunstancias concretas de la vida; *sirve para subrayar los verdaderos valores humanos* contra todos los intentos culturales de distorsionarlos”⁵⁵⁶.

Este sería el papel principal que debe tener la moral católica en países con o sin mayorías cristianas, aunque se pueda disentir del adjetivo de “católica” o de “cristiana” aplicado a la bioética, que es ampliamente rechazado desde muy diferentes posiciones por contradictorio⁵⁵⁷⁵⁵⁸.

¿Cuáles serían los valores cristianos de especial relieve en bioética? Javier Gafo nos ofrece una sugestiva enumeración, que resumimos:

- El valor y la intrínseca dignidad de todo ser humano por encima de las circunstancias externas y personales.
- La vida humana constituye un valor fundamental, del que se puede disponer arbitrariamente.
- La ética de Jesús es una ética en la libertad constituye un valor básico.
- La ética evangélica está basada en el amor, en el don gratuito, en el dar sin esperar respuesta. Tiene una marcada predilección por el pobre, por el débil, por el marginado.
- El mensaje de Jesús insiste en la esencial solidaridad humana. No es una ética individualista, que prescinde de las repercusiones sociales de nuestro quehacer, en busca de una autoperfección personal.
- La ética cristiana supone una superación de la espiral de la violencia: no se vence al mal con el mal sino con el bien.

“Todos estos valores, genuinamente evangélicos, son asumibles desde una ética no-creyente. Permiten un diálogo no sólo interdisciplinar, siempre necesario en los

⁵⁵⁶ Gafo J. Ob.cit.: 97-98.

⁵⁵⁷ Lolás F. *Bioética y antropología médica*. Santiago: Mediterráneo; 2003: 47-48.

⁵⁵⁸ Guerra R. Por una bioética sin adjetivos en el contexto de la crisis moderno-ilustrada. *Medicina y Ética*, 2007, 18 (2): 133-149.

temas de bioética, sino también entre distintas cosmovisiones y concepciones de la vida”⁵⁵⁹. Y son valores que concretan y profundizan en el principio bioético de beneficencia, que no puede ser el eterno olvidado: “La reflexión bioética cristiana tiene que seguir subrayando sus propios valores y su propio carisma, centrados especialmente en torno al principio de beneficencia: el valor del débil, la importancia de la generosidad y del altruismo, en énfasis en la relación de amistad personal sanitario-enfermo, que surgen de una ética que hunde sus raíces en el mensaje evangélico”⁵⁶⁰.

3.- La aportación de la teología cristiana a la bioética

En los últimos años, existe un verdadero interés en señalar cuál es la óptima aportación de la teología moral en el debate bioético, desde el diálogo constructivo⁵⁶¹. “La intención de fondo en todo ello —comenta Francisco J. Alarcos— no es sino estimular la búsqueda, el diálogo y la cooperación de los bioeticistas, tanto de índole secular como teológica, en la tarea ineludiblemente humana de cuidar la fragilidad vital en todas sus dimensiones”⁵⁶².

Entre los pensadores de nuestro tiempo, Hans Küng aboga por la conciliación de racionalidad y fe cristiana en una apuesta común, con su propuesta de una ética universal⁵⁶³. En un nuevo libro, aborda temas centrales: ¿Dios como principio?, ¿creación o evolución?, ¿es todo azar?, ¿es el libre arbitrio una ilusión? Pero no se limita a mostrar las respuestas específicas que a estas preguntas dan ciencia, filosofía y teología, sino que, superando antagonismos a menudo teñidos de ideología, se hace cargo de la cuestión fundamental: de la luz que “sigue irradiando el testimonio de la Biblia, siempre y cuando sea entendido de forma acorde con los tiempos; luz como la que, desde la humilde confianza en sí mismas, hoy pueden transmitir a los seres

⁵⁵⁹ Gafo J. Ob.cit.: 98-99.

⁵⁶⁰ Gafo J. Ob.cit.: 100-101.

⁵⁶¹ Bochatey A. *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Edcs Paulinas, Pontificia Universidad Católica Argentina; 1994.

⁵⁶² Alarcos FJ. *Bioética Global, Justicia y Teología Moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005.

⁵⁶³ Küng H. *Proyecto de una ética mundial*. Madrid: Trotta; 1991.

humanos una filosofía y una teología ilustradas”⁵⁶⁴.

Hans Kûng hace hincapié en la apertura de cada religión a las demás y a una ética universal común, aunque otros autores priorizan como valor el mantenimiento de la propia identidad religiosa en un mundo respetuoso con la diversidad cultural.

Marciano Vidal ha estudiado por extenso estos temas⁵⁶⁵, y también su relación con la bioética: “Hoy parece que estamos de acuerdo en tener que afirmar que... el que cree en una moral religiosa, que haga la moral religiosa pensando como si Dios no se diera. Y el que haga una moral no religiosa, que piense, por si acaso, ‘etsi Deus daretur’. Al menos por esta razón, aceptamos una moral religiosa y una no religiosa, y que convivan. El cómo queda abierto y es, en gran parte, el problema más serio de la fundamentación y de la epistemología ética y, sobre todo, de la teológica que nos afecta más en este momento”⁵⁶⁶. En un reto para la propia teología católica: “cómo se constituye una epistemología teológica hoy, qué puede aportar a la racionalidad común de la humanidad, y cómo se puede o se debe hacer presente hoy de forma pública y operante”⁵⁶⁷. La ética religiosa debe aportar, en el aspecto metodológico, una apertura al diálogo en el discurso bioético. En la fundamentación de la bioética, lo que debe aportar la teología católica es “una antropología integral”, relacionando el horizonte de sentido con la verdad científico-técnica, y ofreciendo la conexión perdida con la sabiduría tradicional⁵⁶⁸.

Los principios bioéticos se entienden de manera distinta desde la fe, se jerarquizan también de otro modo, y se pueden desarrollar con una profundidad diferente: por ejemplo, la justicia o la autonomía, que están complementadas por la solidaridad, también en la reflexión teológica⁵⁶⁹.

Algunos autores —desde posiciones más o menos cercanas a una teología de la

⁵⁶⁴ Kûng H. *El principio de todas las cosas. Ciencia y religión*. Madrid: Trotta; 2007.

⁵⁶⁵ Vidal M. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos. Entre la Escila del relativismo y la Caribdis del fundamentalismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.

⁵⁶⁶ Vidal M. Ética cristiana y toma de decisiones en Bioética. En: Vélez J (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 111-122.

⁵⁶⁷ Vidal. *Ob.cit.* (2007): 112.

⁵⁶⁸ Vidal. *Ob.cit.* (2003): 119.

⁵⁶⁹ De Velasco JM. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.

liberación⁵⁷⁰— hablan de una “filosofía de la liberación”, y del papel liberador de una bioética emancipadora de Latinoamérica, en un contexto de injusticias persistentes⁵⁷¹: “evitando caer en el individualismo, la teología latinoamericana y la bioética — comenta Marco Fabri dos Anjos⁵⁷²— van hacia una intersubjetividad capaz de dialogar, de ser parte de una red, de buscar y encontrar razones compartidas, compartir significados y vivirlos en la sociedad”, pasando del “mero consenso al buen sentido”⁵⁷³. Son voces presentes en el debate bioético latinoamericano, en Brasil y Argentina especialmente, y la raíz parte de la teología católica también, y de la interpretación de la justicia como principio moral básico, y también como filosofía primera, en el sentido que le da Dussel⁵⁷⁴.

La religión sufrió una dura crítica de parte de la cultura moderna y se anunció su fin, pero se está viviendo una vuelta en este siglo XXI, especialmente en Latinoamérica. “La modernidad mostró su límite. La razón pudo explicar y transformar el mundo. La ciencia puede ser fuente creadora de progreso y bienestar. Pero no puede dar respuesta a todas las preguntas del hombre. Las más profundas quedaron hasta hoy en el plano del misterio. Aquí está el lugar de la religión. El salto a la trascendencia... La técnica y la ciencia son indiscutibles pero no son capaces de instituirse como factores generadores de fines últimos, no son creadoras de valores... La vuelta a la religión tiene que ser una posibilidad para la humanidad de reencontrar los valores que le dan pleno sentido a la vida. Es un bien para el hombre una religión que lo libera”⁵⁷⁵.

En gran parte de Latinoamérica se vive esta liberación de la religión, inserta en las culturas de cada pueblo, comprometida con la justicia y promotora de una solidaridad entre iguales. “Es una liberación que se va realizando en la historia, la de

⁵⁷⁰ Boff L. *A voz do Arco-Iris*. Brasília: Letraviva Editorial; 2000.

⁵⁷¹ Cruz N. Trascendencia y libertad para una plena humanización. América Latina y una religión que transforma y libera. En: Roth MC (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 113-123.

⁵⁷² Dos Anjos MF. Bioética y religión en América Latina. En: Pessini L, Paul de Barchifontaine Ch, Lolas F (Coord.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamerica*. Ed. en castellano, Santiago: Programa Bioética OPS; 2007: 219-232.

⁵⁷³ Moser A, Soares AM. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.

⁵⁷⁴ Dussel E. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.

⁵⁷⁵ Trías E. *Pensar la religión*. Buenos Aires: Altamira; 2001: 116-117.

nuestros pueblos y la nuestra personal, y que abarca las diferentes dimensiones de la existencia: lo social, lo político, lo económico, lo cultural y el conjunto de las relaciones. Es una liberación que no acude a ninguna clase de violencia ni a la dialéctica de la lucha de clases, sino a la vigorosa energía y acción de los cristianos”⁵⁷⁶.

4.- El papel de la doctrina social de la Iglesia

La Doctrina Social de la Iglesia es “la cuidadosa formulación del resultado de una atenta reflexión sobre las complejas realidades de la vida del hombre en la sociedad y en el contexto internacional, a la luz de la fe y de la tradición eclesial”⁵⁷⁷ y forma parte de la teología moral⁵⁷⁸. Aporta algunas nociones básicas en el debate bioético actual: el sentido de la dignidad humana, la sacralidad de la vida humana, la igualdad radical de derechos de toda persona humana, la complementación de la justicia y la solidaridad, la opción preferencial por los más vulnerables, y un sentido humano del desarrollo social, entre otras.

“En el centro de la ética social cristiana está la concepción de la dignidad de la persona y de la sociedad como una comunidad de personas. El punto de partida de la moral es siempre la persona, como sujeto y fin de la actividad social... Y se trata, también, de mirar a la sociedad como ámbito de desarrollo y liberación de la persona: en ella es en donde ha de ser tutelada su dignidad y reconocidos y respetados sus derechos, fundados en esa misma dignidad”⁵⁷⁹. De la fundamentación sagrada de la dignidad humana —como imagen y semejanza de Dios— surge el imperativo moral de la inviolabilidad de la vida humana, así como el de respetar y promover la igualdad justa de todos los seres humanos, y una visión de un “personalismo solidario” esencial hoy en día por contraposición a un cada vez mayor individualismo liberal⁵⁸⁰.

⁵⁷⁶ *Ibidem*: 122.

⁵⁷⁷ Juan Pablo II, *Sollicitudo Rei Socialis*. 1987: n. 41.

⁵⁷⁸ Juan Pablo II. *Centesimus annus*. 1991: n. 43.

⁵⁷⁹ Martínez J. La dignidad humana en la doctrina social de la Iglesia. En: Martínez J, Perrotin C, Torralba F. *Repensar la dignidad humana*. Lleida: Editorial Millenium; 2005: 93-193.

⁵⁸⁰ Vidal M. *Para comprender la solidaridad: virtud y principio ético*. Estella: Verbo Divino; 1996. Martínez J. *Ob.cit.*: 127-136.

También desde el comienzo del debate sobre el desarrollo social y económico, surgieron posiciones que quieren ampliar la visión y entender lo como un proceso más amplio que el mero progreso económico, un “desarrollo integral armónico” como proponía tempranamente Lebret⁵⁸¹, con un papel fundamental de la ética como articuladora del desarrollo de todos los seres humanos y en todo el ser humano, no sólo en el aspecto económico. “Aunque no se desconoce la importancia del progreso de la humanidad, tampoco es posible pasar por alto la situación en que van quedando miles de seres humanos en el mundo. Por esta razón, la Iglesia llama a un nuevo orden político, social y económico que promueva la dignidad del ser humano. Necesariamente el desarrollo debe tener como presupuesto la dignidad humana, el carácter social y comunitario de las acciones de las personas. De esta manera, el desarrollo estaría al servicio del ser humano y no de un grupo o una nación económicamente poderosos. El desarrollo debe ser el esfuerzo de todos los seres humanos y de todas las naciones”⁵⁸².

Sobre este tema comenta Pablo VI en la *Gaudium et Spes*: “No se puede confiar el desarrollo ni al sólo proceso casi mecánico de la acción económica de los individuos, ni a la sólo decisión de la autoridad pública. Por este motivo hay que calificar de falsas tanto las doctrinas que se oponen a las reformas indispensables en nombre de una falsa libertad, como las que sacrifican los derechos fundamentales de la persona y los grupos en aras de la organización colectiva de la producción”⁵⁸³. Y en la Encíclica *Populorum Progressio* se extiende en el deber moral de conseguir un desarrollo integral del ser humano y un desarrollo solidario de la humanidad. Llama a realizar transformaciones audaces, profundas e innovadoras. El desarrollo exige reformas urgentes, sin el uso de la violencia⁵⁸⁴. Un año después, en 1968, el CELAM (Conferencia de Obispos de Latinoamérica) subrayaba: “El subdesarrollo genera tensiones entre las clases y colonialismo interno, tensiones internacionales y neocolonialismo externo, y tensiones entre los propios países latinoamericanos. Frente a esta realidad, los cristianos no pueden optar por la violencia, sino por “la

⁵⁸¹ Lebret LJ. *Ética y desarrollo*. Buenos Aires: Latinoamérica Libros; 1966.

⁵⁸² Roa J. *Desarrollo y liberación*. Madrid: Dykinson; 2009: 87.

⁵⁸³ Pablo VI. *Constitución Pastoral “Gaudium et Spes”*. Sobre la Iglesia en el mundo actual. 1965: n. 65.

⁵⁸⁴ Pablo VI. *Encíclica “Populorum Progressio”*. Santa Sede; 1967.

energía fuerte y pacífica de las obras constructivas”⁵⁸⁵.

Juan Pablo II desarrolló ampliamente la Doctrina Social de la Iglesia anterior, a través de sus Encíclicas, fundamentadas en la visión teológica y en su visión filosófica del “personalismo solidario”. En la *Centesimus annus*, comentará⁵⁸⁶: “Nuestra tarea es hacer de la solidaridad una realidad. Debemos crear un movimiento mundial que entienda la solidaridad como un deber natural de todas y cada una de las personas, las comunidades y las naciones. La solidaridad debe ser un pilar natural y esencial de todos los grupos políticos, no una posesión privada de la derecha o la izquierda, ni del Norte o el Sur, sino un imperativo ético que busca reinstaurar la vocación a ser una familia global. Dios, en realidad, nos ha dado la tierra para el conjunto de la raza humana, sin exclusiones ni favoritismos”.

La solidaridad aparece en la reflexión ética cristiana como un deber moral, un imperativo ético, con tres niveles: ético-personal, ético-comunitario y ético político⁵⁸⁷. La solidaridad personal supera la lógica del altruismo, a través del encuentro entre personas y del don mutuo que se produce, se realiza en la mutualidad del dar y recibir. La solidaridad comunitaria exige hacerse cultura, con comunidades e instituciones abiertas, y se realiza en la generación de valores y prácticas sociales que proponen una forma alternativa de vivir. La tercera, la solidaridad política, unida a la justicia social, necesita de instituciones locales y globales solidarias, tanto públicas como privadas, y se realiza al poner las condiciones sociales para la participación y la inclusión.

5.- La necesidad de diálogo en el ámbito de la bioética

Sobresale en el ámbito de las ciencias sociales y de la filosofía actual la necesidad de un diálogo. En una de las últimas obras de Alain Touraine, muestra que para intentar comprender el mundo de hoy es necesario volver a descubrir al sujeto

⁵⁸⁵ CELAM. *Documentos finales de Medellín*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas; 1968: 17-18.

⁵⁸⁶ Juan Pablo II. *Centesimus annus*. 1991: n. 31.

⁵⁸⁷ Martínez J. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana. En: Villar A, García-Baró M (Eds.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: UPCO; 2004: 47-114.

como actor de lo social, y para ello, es necesario contar con la religión, la cultura y el arte⁵⁸⁸: “Espero que este trabajo contribuya a renovar el interés de los sociólogos por los hechos religiosos, los movimientos sociales y el universo del arte. Pues cada vez son menos numerosos quienes piensan que la modernidad consiste solamente en hacer triunfar la racionalización y la secularización”.

En el último libro editado de Habermas, con el significativo título “Entre naturalismo y religión”⁵⁸⁹, insiste desde la ética del discurso en la necesidad del diálogo entre dos tendencias contrapuestas, que caracterizan hoy la situación intelectual de la época: por un lado, la creciente implantación de “imágenes naturalistas del mundo”, y por otro, el “recrudescimiento de las ortodoxias religiosas”. Habermas sondea las tensiones entre el naturalismo y la religión, y defiende una comprensión adecuadamente naturalista de la evolución cultural que rinda cuentas del carácter normativo del espíritu humano. Además propone una interpretación adecuada de las consecuencias secularizadoras de una racionalización cultural y social que, de modo creciente, los defensores de las ortodoxias religiosas se resisten a aceptar como la verdadera senda histórica de Occidente.

Lo interesante de esta obra es la nueva sensibilidad con la que se aproxima al choque actual entre la fría visión que aportan las ciencias respecto a lo que es el ser humano y la imagen legada por la tradición religiosa. Habermas aboga por entrar en una sociedad “postsecular”, donde las argumentaciones religiosas puedan competir en plano de igualdad con las explicaciones científicas a la hora de interpretar la vida en común.

También desde la ética del discurso, Micheli elabora una propuesta sobre el bien común, que tiene entre sus presupuestos la complementariedad entre la ética cívica y la moral cristiana: “Esta complementariedad tiene que ser comprendida en el sentido que, más allá de las divergencias en la fundamentación y la metodología, ni la ética cívica puede renunciar justificadamente a examinar los aportes críticos que provienen de las éticas religiosas y, específicamente, de la moral cristiana, ni las

⁵⁸⁸ Touraine A. *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005: 156.

⁵⁸⁹ Habermas J. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.

exigencias de la moral cristiana pueden ser cumplimentadas legítimamente al margen o a espaldas de las exigencias básicas de la ética cívica. Por lo demás, ambas pueden realizar aportes insustituibles en el proceso de humanización y en la búsqueda conjunta del bien común (...).(La ética cívica) no puede renunciar sin más al potencial de sentido y humanización que está presente en las éticas religiosas, y que refiere no sólo al inicio, sentido y destino final de la vida humana, sino también a la comprensión de la relevancia del cuidado de la naturaleza y de una vida articulada racional y razonablemente con el medio ambiente natural y social”⁵⁹⁰.

La religión en definitiva complementa a la filosofía, pues ésta aporta lo que debemos hacer, la ética, mientras la religión, más allá, aporta lo que debemos esperar: “La religión alberga los símbolos en que la humanidad ha fantaseado sus esperanzas de redención y de plenitud. En la medida en que, sin arbitrariedad, pero sin claudicaciones, se muestre la posible razonabilidad de esas esperanzas, ellas pueden dibujar un tercero entre la tentación del que delira, abandonando la realidad porque ésta no se ajusta a sus deseos, y la tentación del que se resigna desconsoladamente ante ella y pretende negar el propio deseo porque cree que no se va a cumplir”⁵⁹¹.

Un doble reto de aportación y aprendizaje se plantea desde la bioética a la religión y viceversa. La tensión entre ciencias y religiones se acentúa cuando las dos se convierten en ideologías, por lo que la filosofía, crítica frente a ambas, puede y debe mediar en la discusión hoy más que nunca. Las controversias de bioética se bloquean a veces por la presión de intereses políticos y prejuicios religiosos. Hay que recuperar desde la filosofía la capacidad dialogante de una bioética construida como conversación a un doble nivel: los debates interdisciplinarios académicos y el diálogo cívico en el seno de una sociedad plural y democrática⁵⁹², sabiendo que “no existe incompatibilidad entre una bioética laica y la ética de las religiones, entre la revolución biogenética y las religiones. Para ello es necesario que las religiones cambien de paradigma y lenguaje. Religiones, bioética y biogenética tienen que

⁵⁹⁰ Michelini DJ. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Editorial Bonum; 2008: 23.

⁵⁹¹ Gómez Sánchez C. Problemas éticos en la religión. En: Guariglia O (Ed.) *Cuestiones morales*. 1ª reimp. Madrid: Trotta; 2007.

⁵⁹² Masiá J. *Bioética y religión*. Barcelona: Síntesis; 2008.

caminar a la par con sentido crítico y autocrítico, sin desconocerse, pero sin entorpecerse”⁵⁹³.

Pero también es necesaria una apertura desde la neutralidad religiosa del Estado actual: “Durante las últimas décadas, muchos acontecimientos nos obligaron a reconsiderar no los fundamentos de la separación entre la política y la religión, sino determinados aspectos de su institucionalización. El papel de la religión dentro del espacio público y, en consecuencia, el significado del ideal de neutralidad religiosa en lo que Habermas ha dado en llamar “sociedad postsecular”, parecen requerir un examen más detenido”⁵⁹⁴. “La demanda, tanto dentro como fuera de las sociedades democráticas occidentales, de que la fe religiosa tenga un papel más público, o al menos de que sea desprivatizada, merece ser considerada y nos obliga a atender a tres cuestiones: el logro de la total igualdad entre los ciudadanos creyentes y no creyentes; el diferente ritmo en el que evolucionan la conciencia religiosa y la secular; y la diferencia antropológica entre las diversas formas de religiosidad para adaptarse a la separación entre la Iglesia y el Estado”⁵⁹⁵.

Es necesaria una “laicidad plural consistente con las implicaciones de un estado laico, pero capaz de gestarse y sostenerse desde tradiciones culturales y religiosas diversas” de forma que debemos “pensar la religión para repensar la laicidad” en términos de interculturalidad⁵⁹⁶.

En sociedades pluralistas como las nuestras, cada vez más multiculturales, en las que debemos actuar según un principio de justicia, “la vía para ello no puede atascarse en poner entre paréntesis las convicciones particulares acerca del *sentido* y de los valores en que se encarna —hasta que salten, señalando el tope de lo tolerable desde ellas—, sino que ha de situarse la “verdad moral” de la exigencia de justicia como horizonte de sentido que todos pueden compartir como marco de los acuerdos posibles. Sólo así es posible que cuaje socialmente, desde los individuos, una

⁵⁹³ Tamayo JJ. *Bioética y religión*. Madrid: Dykinson; 2007.

⁵⁹⁴ Ferrara A. La religión dentro de los límites de la razonabilidad. En: *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008: 245-267.

⁵⁹⁵ Tamayo JJ. *Ob.cit.*: 35.

⁵⁹⁶ Ferrara A. *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008: 318-319.

responsabilidad solidaria efectiva y universalistamente abierta, más allá de los intereses del “nosotros” inmediato⁵⁹⁷.

Antes de este debate actual sobre la globalización y el choque de civilizaciones, y después de analizar las relaciones entre la filosofía y la especificidad del lenguaje religioso, y el reto que supone a ambas la existencia del mal, Ricoeur hacía hincapié en el carácter hermenéutico común a la fe bíblica y a la filosofía⁵⁹⁸: “Es perfectamente inútil oponer Jerusalén a Atenas. Es por ello que la inteligencia de la fe, de la que no se ha cesado de hacer cuestión en este epílogo, no puede no integrar los instrumentos reflexivos e intelectuales que debe a esta cultura de origen griego. En este sentido, es en su mismo seno que una fe pensante debe continuar el diálogo de la representación y el concepto”.

En definitiva, se ha reiniciado definitivamente el diálogo —y a ello ha aportado también el desarrollo de la bioética— entre fe y razón, entre religión y ciencia, más allá de los extremismos propios de la sociedad postmoderna y secularista del siglo XX, y de las posiciones intolerantes, más bien ideológicas que religiosas. En la confrontación se pierden de vista las razones del otro y se intenta construir un mundo a la medida de nuestras personales razones excluyentes. La historia del cristianismo es la historia de un diálogo fructífero entre fe y razón, superador de ideologías irracionales. En el diálogo, al entender y respetar —aunque no se compartan— las razones del otro, entenderemos también mejor nuestras propias ideas, y podremos ofrecer entre todos soluciones positivas en un mundo necesitado de clarificación y profundización en los valores morales. La reflexión bioética —a través del diálogo— puede aportar mucho a esta tarea en este siglo XXI, marcado por el multiculturalismo y los choques entre civilizaciones y culturas religiosas.

⁵⁹⁷ Pérez Tapias JA. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Editorial Trotta; 2007: 87.

⁵⁹⁸ Ricoeur P. *Fe y Filosofía. Problemas del lenguaje religioso*. Buenos Aires: Editoriales Alnagosto y Docencia 2ª ed.; 1994: 221-229.

Bibliografía

Capítulo 1. Propuesta de fundamentos de una Bioética social

- Acosta, José Ramón. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
- Beauchamp, Tom L; Childress, James F. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999 (que traduce la 4ª edición norteamericana de 1994).
- Belmont Report*. National Commission for the Protection of Human Subjects on Biomedical and Behavioral Research; 1978.
- Bergel, Salvador Darío. Responsabilidad social y salud. *Revista Latinoamericana de Bioética*. Bogotá, 2007, 7 (12): 10-27.
- Berlinguer, Giovanni. *Ética, salud pública y medicina*. Montevideo: Nordan-Comunidad; 1994.
- Berlinguer, Giovanni. *Bioética cotidiana*. México DF: Siglo XXI; 2002.
- Burgos, Juan Manuel. *El personalismo*. Madrid: Palabra; 2000:168-180.
- Burgos, Juan Manuel. *Repensar la naturaleza humana*. Madrid: EIUNSA; 2007.
- Cecchetto, Sergio; Pfeiffer María Luisa; Estévez Agustín (Comp.) *Peligros y riesgos en las investigaciones. (Bio)Ética en la investigación con seres vivos*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia; 2009.
- Cely Galindo, Gilberto. *Ecología humana, una propuesta bioética*. Bogotá: CEJA; 1998.
- Cely Galindo, Gilberto. *Bioética global*. Bogotá: Universidad Javeriana; 2007.
- Cortina, Adela. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993: 236-240.
- Chalmeta, Gabriel. La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético. *Medicina y Ética*, 2007; 18: 15-26
- Chomalí, May; Mañalich, Jaime. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago: Mediterráneo; 2006.

- Fernández Martorell, Mercedes. *Antropología de la convivencia. Manifiesto de antropología urbana*. Madrid: Cátedra; 1997.
- García Marzá, Domingo (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.
- Gómez-Lobo, Alfonso. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- González R. Arnaiz, Graciano. Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético. En: José M^a G^a Gómez-Heras JM, Carmen Velayos (Editores) *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 115-144.
- Goulet, Denis. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.
- Gracia, Diego. Prólogo. En: Beauchamp T, Childress JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Gracia, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1989.
- Gracia, Diego. Calidad y excelencia en el cuidado de la salud. En: Lolas, Fernando (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 35-52.
- Guariglia, Osvaldo. *Una ética para el siglo XXI. Ética y derechos humanos en un tiempo postmetafísico*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006: 79-95.
- Guerra, M^a José. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 15-33.
- Guerra, Rodrigo. Por una bioética sin adjetivos. Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural. *Medicina y Ética*, 2008; 19 (3): 245-257.
- Kliksberg, Bernardo. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen A, Kliksberg B. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 121-186.
- Kottow, Miguel. Salud pública, genética y ética. *Revista de Saúde Pública* 2002; 36 (5): 537-544.

- León Correa, Francisco Javier. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolás F, ed. *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago: OPS-OMS; 2004: 145-152.
- León Correa, Francisco Javier. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Revista Médica de Chile* 2008; 136: 1084-1088.
- Lolás, Fernando; Martín, Douglas K; Quezada, Álvaro (Ed.) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB Universidad de Chile; 2007.
- Lolás, Fernando (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, Calidad, Derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2000.
- López de la Vieja, Teresa. *La mitad del mundo, ética y crítica feminista*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2004.
- Mainetti, José Luis. ¿Economía de la salud o salud de la economía? Un enfoque bioético de la micro y macro asignación de los recursos. En: Cecchetto S, Pfeiffer ML, Estévez A (Comp.) *Peligros y riesgos en las investigaciones. (Bio)Ética en la investigación con seres vivos*. Buenos Aires: Editorial Antropofagia; 2009: 217-233.
- Maliandi, Ricardo. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.
- Maliandi, Ricardo. Esbozo de fundamentación desde la ética convergente. En: Zavadivker, Nicolás (Compilador) *La ética en la encrucijada*. Buenos Aires: Prometeo Libros; 2007: 63-80.
- Martínez Navarro, Enrique. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.
- Ministerio de Salud. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Organización Médica Colegial de España. *Código Deontológico*. Madrid: OMC; 1999.
- Parenti, Francisco. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta, José Ramón. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002:171-184.
- Pérez Tapias, José Antonio. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007.

- Putnam, Hilary; Habermas, Jürgen. *Normas y valores*. Madrid: Trotta; 2008.
- Ricoeur, Paul. *Soi Même Comme un Autre*. París: Editions du Seuil; 1990.
- Ricoeur, Paul. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.
- Salas, Ricardo. *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. Santiago: Ediciones UCSH; 2003.
- Saldaña, Javier. El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis. En: Da Silva, Ives Gandra. Ed. *Direito Fundamental a Vida*. Sao Paulo: Quartier Latin; 2005: 51-54.
- Schramm, Fermin Roland; Kottow, Miguel. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saude Pública*, 2001; 17(4): 949-956.
- Schramm, Fermin Roland. A bioética da protecao em saúde pública. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 71-84.
- Schramm, Fermin Roland; Rego, Sergio; Braz Marlen; Palacios, Marisa. *Bioética, riscos e proteção*. Rio de Janeiro: UFRJ, Fiocruz; 2005.
- Sen, Amartia; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008.
- Simon, Pablo (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.
- Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Tauber, Alfred I. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
- Torralla, Francesc. *¿Qué es la Dignidad humana?*. Barcelona: Herder; 2005: 361-380.
- Valdebenito, Carolina; Lama, Alexis; Lolas, Fernando. Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética. *Acta Bioética*, 2006, 12 (2): 145-150.
- Wojtyla, Karol. *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Palabra; 1997.

Capítulo 2.- Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina

- Alarcos, Francisco Javier. *¿Vivir dependiendo? Ética, derecho y construcción biográfica en la dependencia*. Granada: Comares; 2007.
- Amate, E. Alicia; Vásquez, Armando J (Edit.) *Discapacidad, lo que todos debemos saber*. Washington: OPS/OMS; 2006.
- Arnson, Cynthia J; José Jara, José; Escobar, Natalia (Compiladores). *Pobreza, desigualdad y la 'nueva izquierda' en América Latina*. Santiago: Woodrow Wilson Center Update in the Americas y FLACSO Chile; 2009.
- Bauman, Zygmunt. *Miedo líquido*. Barcelona: Paidós; 2007.
- Benatar SR. Public health and public health ethics. *Acta Bioethica*, 2003, 9 (2): 195-207.
- Berlinguer, Giovanni. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Bermejo, José Carlos (Ed.) *Cuidar a las personas mayores dependientes*. Santander: Sal Terrae; 2002.
- Bernales, Manuel Ernesto; Flores García, Víctor. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004.
- Bonete, Enrique. *Ética de la dependencia*. Madrid: Editorial Tecnos; 2009.
- Brody, Howard; Avery, Eric N. Medicine's Duty to Treta Pandemic Illness: Solidarity and Vulnerability. *Hasting Center Report*, 2009; Vol. 39, 1: 40-48.
- Callahan, Daniel. La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes. En: Lolas, Fernando (Ed.) *Bioética y cuidados de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 91-100.
- Cárdenas, Ronald. La DUBDH de la UNESCO: Consideraciones en torno a sus alcances y naturaleza jurídica. En: Abellán J y otros. *Temas de Bioética y Derecho*. Lima: Cátedra UNESCO de Bioética y Biojurídica, Facultad de Derecho UNIFE; 2008: 71-95.

- Cayuela, Aquilino (coord.) *Ética, Bioética y desarrollo: el hombre como ser dependiente*. Granada: Comares; 2004.
- Cely Galindo, Gilberto. *La Bioética en la sociedad del conocimiento: los pobres del Tercer Milenio son los que no acceden al conocimiento*. Bogotá: 3R Editores; 1999.
- CEPAL. *Base de datos Pobreza en América Latina de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe*. División de Desarrollo Social, Proyecto: "Seguimiento del componente de pobreza del primer objetivo de desarrollo del Milenio (ODM)". En: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=14>
- Conill, Jesús. *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2006.
- Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud*. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. Santiago: OMS/OPS, Ministerio de Salud Chile, FLACSO Sede Chile; 2005.
- Cortina, Adela; Pereira, Gustavo (Editores) *Pobreza y libertad. Erradicar la pobreza desde el enfoque de Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2009.
- Daniels, Norman et al. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000, vol.78, n.6, pp. 740-750.
- Daniels, Norman. *Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications*: www.paho.org/English/BIO/Daniels.ppt
- De Velasco, José Manuel. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- Del Barco, José Luis. *La vida frágil*. Buenos Aires: EDUCA, Instituto de Bioética; 2000.
- Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO; 2005.
- Dieterlen, Paulette. *La pobreza: un estudio filosófico*. 1ª reimp. México: UNAM y Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Dussel, Enrique. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.
- Dussel, Enrique. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta; 2005.

- Dworkin, Ronald. Do Liberty and Equality Conflict? En: Barker P (Comp.) *Living as Equals*. Oxford: Oxford University Press; 1996: 23-57.
- Eguía, Amalia; Ortale, Susana (Coord.) *Los significados de la pobreza*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2007.
- Emanuel, Ezequiel. Inequidades, bioética y sistemas de salud. En: Lolas F (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética, OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 101-106.
- Estévez, Edmundo ; García Banderas Agustín. *Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana*. Quito: Terán; 2009.
- Fabri dos Anjos, Marcio; Siqueira José Eduardo de (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendencias e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.
- Feres, Juan Carlos; Mancero, Xavier. *Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión desde la literatura*. Santiago de Chile: CEPAL; 2001.
- Ferrer Jorge José; Alvarez, Juan Carlos. *Para fundamentar la bioética. Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. 2ª ed. Bilbao: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée de Brouwer; 2005.
- Garrafa, Volnei; Porto, Dora. Bioética de intervención. En: Tealdi, Juan Carlos (Director) *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Universidad Nacional de Colombia (Sede Bogotá), UNESCO Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, 2008: 177-180.
- Garrafa, Volnei. Reflexao sobre políticas públicas brasileiras de saúde a luz da bioética. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. Sao Paulo: Centro Universitario Sao Camilo y Edicoes Loyola; 2004: 49-61.
- Gorovitz, Samuel. Reflections on the vulnerable. En: Bankowsk Z, Bryant JH (Eds.) *Poverty, Vulnerability and the Value of Human Life: a global agenda for bioethics*. Ginebra: CIOMS; 1994.
- Goulet, Denis. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.
- Gracia, Diego. Ética de la calidad de vida. En: Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho; 1998: 155-173.
- Heller, Ágnes. *Theory of Needs in Marx*. London: Allison and Bussy; 1974

- Hooft, Pedro Federico; Chaparro, Estela; Salvador, Horacio (Compiladores). *Bioética, Vulnerabilidad y Educación*. VIII Jornadas Argentinas y Latinoamericanas de Bioética. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2003.
- Kliksberg, Bernardo. Diez falacias sobre los problemas sociales de América Latina. En: Bernales, Manuel Ernesto; Flores García, Víctor. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004: 29-67.
- Kohn R, Levav I, Caldas de Almeida JM, Vicente B, Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Saxena S, Saraceno B. Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;18(4/5):229-40.
- Kottow, Miguel. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética; 2005, 2: 110-121.
- Kottow, Miguel. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007.
- Kottow, Miguel. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009.
- MacIntyre, Alisdair. *Animales racionales y dependientes. Por qué los seres humanos necesitamos las virtudes*. Paidós Básica, Barcelona, 2001.
- Martínez Navarro, Emilio. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.
- Martínez Oliva, Luis. *Justicia y Medicina Pública. Del principio ético a los desafíos en su aplicación*. Santiago: LOM Ediciones; 1999.
- Masiá Clavel, Juan. *El Animal Vulnerable: Invitación A La Filosofía De Lo Humano*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1997.
- Meller, Patricio; Lara, Bernardo. Gasto social en América Latina: nivel, progresividad y componentes. En: Cardoso, Fernando Henrique; Foxley, Alejandro (Editores). *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y el desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009: 371-392.
- Michellini, Dorando J. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008.
- Montecino, Lismar (Ed.) *Discurso sobre la pobreza y la exclusión en América Latina*.

- Santiago: Editorial Cuento Propio; 2010.
- Moser, Antonio; Soares, André Marcelo. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis, Brasil: Editora Vozes, Petrópolis; 2006.
- Nussbaum, Martha; Sen, Amartya (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
- Nussbaum, Martha. Capacidades humanas y justicia social. Una defensa del esencialismo aristotélico. En: Riechman, Jorge (Coord.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Madrid: Los Libros de la Catarata; 1998: 43-104.
- O'Neill, Onora. *Toward Justice and Virtue*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998
- Pérez de Nucci, Armando. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008.
- Pérez Tapias, José Antonio. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Trotta; 2007.
- PNUD. *Informe mundial sobre el desarrollo humano, 1997*. París: PNUD; 1997: 16.
- PUND. *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*. Costa Rica: PNUD; 2010.
- Pogge, Thomas. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*. Barcelona: Paidós; 2005.
- Sen, Amartya. *Bienestar, justicia y mercado*. Barcelona: Paidós; 1997.
- Sen, Amartya. Capacidad y bienestar. En: Nussbaum N y Sen A (Comp.) *La calidad de vida*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996: 154-194.
- Sen, Amartia. Exclusión e inclusión. En: Sen, Amartia; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 27-42.
- Singer, Peter. *Practical Ethics*. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- Ponce León, F. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Vicente Durán, Juan Carlos Scanne, Eduardo Silva (Compiladores).

- Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006: 147-164.
- Ralston D Ch., Ho J (Eds.) *Philosophical reflections on Disability*. Springer; 2010.
- Rawls, John. Unidad social y bienes primarios. En: *Justicia como equidad. Materiales para una teoría de la justicia*. Madrid: Tecnos; 1986.
- Rawls, Jhon. *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1995
- Romero Cuevas, José Manuel. Humanismo, historia y crítica en Ignacio Ellacuría. En: Rösen J, Kpzlarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 129-144.
- Sánchez Escorial, Leticia; Verona Humet, Pilar. *Identidad, justicia y vulnerabilidad*. Editorial: Fundación Mapfre Medicina, 2005.
- Schramm FR. *A terceira margem da saúde*. Brasilia: Edit. UNB; 1996
- Schramm, Fermin Roland; Kottow, Miguel. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17.
- Schramm, Fermin Roland; Rego S, Braz M, Palacios M (org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- Simón, Pablo (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.
- Tealdi, Juan Carlos. *Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2008.
- Touraine, Alain. *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
- Valenzuela, María Elena; Rangel, Marta (Editoras) *Desigualdades entrecruzadas. Pobreza, género etnia y raza en América Latina*. Santiago: Organización Internacional del Trabajo; 2004.
- Victoria García-Viniegras, Carmen R. *Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós; 2008.

Capítulo 3.- Desigualdades en salud, justicia y bioética

- Acosta, José Ramón. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
- Affichard, Joëlle; de Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995.
- Alves, Paulo César; De Souza, María Cecilia. *Saúde e doença. Um olhar antropológico*. 1ª reimp. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.
- Amor Pan, José Ramón. Bioética y antropología: algunos elementos para la reflexión desde la realidad de las personas con retraso mental. En: Acosta José Ramón. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002: 395-416.
- Arpini, Adriana (Comp.) *América Latina y la moral de nuestro tiempo. Estudios sobre el desarrollo histórico de la razón práctica*. Mendoza: Universidad Nacional de Cuyo; 2000.
- Berlinguer, Giovanni. *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
- Bermejo, José Carlos; Martínez, Ana. *Motivación e intervención social. Cómo trabajar con personas resistentes al cambio*. Santander: Sal Terrae y Centro de Humanización de la Salud; 2006.
- Beuchot, Mauricio. Derechos humanos y ética. En: Beuchot, Mauricio. *Temas de ética aplicada*. México D.F.: Editorial Torres Asociados; 2007: 67-88.
- Carvalho Fortes, Paulo António de; Campos Pavone, Elma Lourdes (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo y Edições Loyola; 2003.
- Cayuela, Aquilino. *Vulnerables: pensar la fragilidad*. Madrid: Encuentro Ediciones; 2005.
- Cerutti Guldberg, Horacio. Filosofar para la liberación: quehacer intelectual y resistencia. En: Bernales, Manuel Ernesto; Flores García, Víctor. *La ilusión del buen gobierno*. Montevideo: Unesco-Most; 2004: 195-212.
- Cesilini, Gabriela A; Guerrini M^a Eugenia; Novoa Patricia L. *La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de la ciudadanía social*. Buenos Aires: Espacio Editorial; 2007.

- Conill, Jesús. *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*. Madrid: Tecnos; 2006.
- Cortina, Adela. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993.
- Cortina, Adela. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Trotta, 2ª ed.; 2005.
- Cortina, Adela. *Ética para el desarrollo: un camino hacia la paz. Sistema*, Madrid, 2006.
- Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Org.) 2006 *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Chomalí, May; Mañalich Jaime. *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- Dahlgren, Gôran; Whitehead, Margaret. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: OMS; 1991.
- Daniels, Norman et al. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bull World Health Organ*, 2000, vol.78, n.6, pp. 740-750.
- Daniels, Norman. *Benchmarks of Fairness for Health Sector Reform in Developing Countries: Overview and Latin American Applications*. OPS/OMS; 2009: www.paho.org/English/BIO/Daniels.ppt (revisado 6 enero 2010).
- Darder Mayer, Marta. Globalización y acceso a medicamentos en países de escasos recursos. *Humanitas. Humanidades médicas*, 46. Tema del mes on line, 2010.
- Díaz, Esperanza. *En torno a la enfermedad*. Madrid: Fundación Enmanuel Mounier; 2004.
- Dussel, Enrique. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta; 2005.
- Dussel, Enrique. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.
- Escardó, Florencio. *Carta abierta a los pacientes*. Buenos Aires: Fundación Sociedad Argentina de Pediatría Ediciones; 2004.
- Estévez M, Edmundo; García Banderas, Agustín. *Bioética de intervención. Los derechos humanos y la dignidad humana*. Quito: Terán; 2009.
- Fabri dos Anjos, Márcio; Siqueira, José Eduardo (Orgs) *Bioética no Brasil. Tendencias e perspectivas*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Ideias Letras; 2007.

- Faúndez, Alejandra (Ed.) *Construyendo la Nueva Agenda Social desde la Mirada de los Determinantes Sociales de la Salud*. Santiago: FLACSO-Chile, OPS, MINSAL, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de OMS; 2006.
- Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Org.) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Ferrara, Alessandro. *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008.
- Frenck, Julio; Gómez Dantés, Octavio. Bioética en acción: fundamentos éticos de las políticas públicas de salud. En: Soberón, Guillermo; Feinholz, Dafna (Compiladores) *Aspectos sociales de la Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética; 2009: 71-85.
- García Marzá, Domingo (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón: Universidad Jaume I; 2005.
- Garrafa, Volnei; Porto, Dora. Bioética de intervención. En: Tealdi, Juan Carlos 2008 (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008: 177-180.
- Godoy, Antonio. *Toma de decisiones y juicio clínico. Una aproximación psicológica*. Madrid: Pirámide; 1996.
- Gómez-Lobo, Alfonso. *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*. Santiago: Mediterráneo; 2006.
- Gómez Sánchez, Yolanda. La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004.
- Goulet, Denis. *Ética del Desarrollo. Guía teórica y práctica*. Madrid: IEPALA; 1999.
- Gracia, Diego. Prólogo. En: Beauchamp, T y Childress, JF. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Gracia, Diego. Spanish Bioethics Comes Into Maturity: Personal Reflections. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2009, 18: 219-227

- Guerra, M^a José. Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004.
- Habermas, Jûrgen. *La inclusión del otro. Estudios de teoría política*. Barcelona: Paidós; 1999.
- Hooft, Pedro Federico; Chaparro, Estela; Salvador, Horacio (Compiladores) *Bioética, vulnerabilidad y educación*. Mar del Plata: Ediciones Suárez; 2003.
- ICISS. *The Responsibility to Protect. Report of the International Commission on Intervention and State Sovereignty*. Ottawa: International Development Research Center; 2001.
- INSALUD. *Circular 3/1995 de 30 de Abril*. Madrid: Instituto Nacional de Salud; 1995.
- Kliksberg, Bernardo. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen, Amartya; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto, Barcelona, 2007: 121-186.
- Kottow, Miguel. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, 2: 110-121.
- Kottow, Miguel; Bustos, Reinaldo. *Antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2005.
- Kottow, Miguel. *Bioética en Salud Pública*. Santiago: Puerto de Pablos; 2005.
- Kottow, Miguel. *Ética de protección. Una propuesta de protección bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Escuela Salud Pública de la Universidad de Chile; 2007.
- Kottow, Miguel. Salud pública, genética y ética. En: *Revista de Saúde Pública*, São Paulo; 2008.
- Laín Entralgo, Pedro. *El médico y el enfermo*. Madrid: Triacastela; 2003.
- León Correa, Francisco Javier. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolas, Fernando (editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago: OPS-OMS; 2004.
- León Correa, Francisco Javier. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, Mar del Plata, 2005, 6 (11): 19-26.

- León Correa, Francisco Javier. Autonomía y beneficencia en ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva. *Biomedicina*, Montevideo, 2006, 2 (3) 257-260.
- León Correa, Francisco Javier. De los principios de una Bioética clínica a una Bioética social para Chile. *Rev Méd Chile*, 2008; 136: 1084-1088.
- León Correa, Francisco Javier; Arratia, Alejandrina. El consentimiento informado en los hospitales chilenos. En: Coordinación Académica de Bioética. *Salud e interculturalidad: desafíos y proyecciones*. Temuco, Chile: Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera; 2009: 201-202.
- León Correa, Francisco Javier (Coord.) *Cuidados al final de la vida. Bioética y Enfermería*. Santiago de Chile: Fundación Interamericana Ciencia y Vida; 2010.
- Lolas, Fernando. La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe. En: *III Congreso Nacional, Latinoamericano y del Caribe de Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética; 1999.
- Lolas, Fernando. *Bioética y Antropología médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.
- Lolas, Fernando (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000.
- Lolas, Fernando. Ciencias sociales empíricas y bioética. Reflexiones de circunstancia y un epílogo para latinoamericanos. *Acta Bioethica*, 2002, 8 (1): 47-54.
- Lolas, Fernando; Martín, Douglas K; Quezada, Alvaro (Editores) *Prioridades en salud y salud intercultural*. Santiago: CIEB Universidad de Chile, 2007.
- MacIntyre, Alasdair. *Tras la virtud*. Madrid: Editorial Crítica; 2004.
- MacIntyre, Alasdair. *Justicia y racionalidad: conceptos y contextos*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.; 1994.
- Maliandi, Ricardo. *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos; 2006.
- Maliandi, Ricardo; Thüer, Óscar. *Teoría y praxis de los principios bioéticos*. Lanús, Argentina: Ediciones de la UNLa; 2008.

- Martínez Navarro, Emilio. *Ética para el desarrollo de los pueblos*. Madrid: Trotta; 2000.
- Mazzáfero, Vicente Enrique; Giacomini, Hebe; Fernández Iriarte, Marta. *Salud pública y política*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 2007.
- Michellini Dorando J. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008.
- Ministerio de Salud. *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Morandé, Pedro. Bioética y organización funcional de la sociedad. *Acta Bioethica*, 2002, 8 (1): 101-110.
- Moser, Antonio; André Marcelo M. Soares. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
- OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo en 2008*. OMS; 2009.
- OMS. *Informe sobre la Salud en el Mundo*. OMS; 2006.
- OMS. *Global Atlas of the Health Workforce*. OMS; 2006.
- ONU. División de Población. *World Population Prospect, 2004 revision*. Nueva York, ONU; 2005.
- Oyarzún, Fernando. *Idea médica de la persona. La persona ética como fundamento de las antropologías y de la convivencia humana*. Santiago: LOM Ediciones; 2005.
- Pérez-Delgado, Esteban. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca: EDIBESA; 2000.
- Pérez de Nucci, Armando M. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008.
- Pérez Tapias, José Antonio. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Trotta, Madrid; 2007.
- Pérgola, Federico; Ayala, José María. *Antropología médica. Medicina para la persona*. Buenos Aires: CTM Servicios Bibliográficos; 2005.
- Ricoeur, Paul. *Amor y justicia*. Madrid: Caparrós; 1993.
- Ricoeur, Paul. El lugar de lo político en una concepción pluralista de los principios de justicia. En: Affichard, Joëlle; De Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Pluralismo y*

- equidad. La justicia social en las democracias*. Buenos Aires: Nueva visión; 1995: 65-75.
- Ricoeur, P. *Lo justo 2. Estudios, lecturas y ejercicios de ética aplicada*. Madrid: Trotta; 2008.
- Rodríguez Eduardo; Valdebenito, Carolina; Misseroni, Adelio, et al. Percepciones sociales sobre genómica en cuatro países latinoamericanos. Implicaciones ético legales. *Derecho y Genoma Humano*; 2004, 21:141-164.
- Romero Cuevas JM. Humanismo, historia y crítica en Ignacio Ellacuría. En: Rösen J, Kpżlarek O (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009: 129-144.
- Rosselot, Eduardo. Aspectos bioéticos comprendidos en la Reforma de la Atención de Salud en Chile. Los problemas del acceso y el costo de los recursos. *Rev Méd Chile* 2003; 131: 1079-1086.
- Rösen, Jörn; Oliver Kozłarek (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009.
- Salas, Ricardo. *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*. Santiago: Ediciones UCSH; 2003.
- Schramm, Fermin Roland; Kottow, Miguel. Principios bioéticos en Salud Pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saude Pública*, Río de Janeiro, 2001, 17.
- Schramm, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. Sao Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 71-84.
- Schramm, Fermin Roland; Rego, Sergio; Braz, Marlene; Palácios, Marisa (Org.) *Bioética, riscos e proteção*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
- Sen, Amartia ¿Por qué la equidad en salud? En: Sen, Amartia; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 61-78.
- Simón, Pablo (Editor) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

- Superintendencia de Salud. *Estudio de Satisfacción de Usuarios*. Santiago: Ministerio de Salud; 2007.
- Tauber, Alfred. *Patient Autonomy and the Ethics of Responsibility*. Massachusetts: MIT Press; 2005.
- Tealdi, Juan Carlos. *Bioética de los derechos humanos. Investigaciones biomédicas y dignidad humana*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM; 2008.
- Tealdi, Juan Carlos (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia; 2008.
- Thévenot, Laurent. La acción pública contra la exclusión a partir de enfoques pluralistas de lo justo. En: Affichard, Joëlle; De Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*. Buenos Aires: Nueva visión; 1995: 49-64.
- UNESCO. *Guía n° 1. Creación de Comités de Bioética*. París: UNESCO; 2005.
- Valdebenito, Carolina; Lama, Alexis y Lolas, Fernando. Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la Bioética. *Acta Bioethica*, 2006, 12 (2): 145-150.
- Valdés, Teresa; Enrique Gomáriz (Coord) *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Tomo comparativo. FLACSO-Chile e Instituto de la Mujer, Ministerio de Asuntos Sociales España, 1993. Tomo de Colombia. Instituto de la Mujer España y FLACSO, 1995.
- Vasallo, Carlos Alberto. Crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto. *Humanitas. Humanidades médicas*, 2003, 1 (3): 73-82.
- Vázquez, Rodolfo. La bioética en contexto. El derecho a la salud como derecho social. En: Soberón, Guillermo; Feinholz, Dafna (Compiladores) *Aspectos sociales de la Bioética*. México: Comisión Nacional de Bioética; 2009: 87-107.
- Walzer, Michael. *Moralidad en el ámbito local e internacional*. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
- Walzer M. *Las esferas de la justicia: una defensa del pluralismo y la igualdad*. México: Fondo de Cultura Económica; 2004.

- Walzer M. Exclusión, injusticia y estado democrático. En: Affichard, Joëlle; De Foucauld, Jean-Baptiste (Dir.) *Pluralismo y equidad. La justicia social en las democracias*. Buenos Aires: Nueva visión; 1995: 31-48.
- Weinstein, Marisa. *Participación social en salud. Acciones en curso*. Santiago: FLACSO; 1997.
- Whitehead, Margaret; Dahlgren, Gôran. *Conceptos y Principios de igualdad en salud*. Copenhage, Dinamarca: OMS, Oficina Regional para Europa; 1990.
- Wotling, Patrick (Dir.) *La justicia*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión; 2008.

Capítulo 4.- Bioética y desarrollo sustentable

- Allardt, Eric. Institutional welfare and state interventionism in the Scandinavian countries. Frankfurt am Main: Sonderforschungsbereich 3 Mikroanalytische Grundlagen der Gesellschaftspolitik; 1985.
- Arboleda-Flórez, Julio. Equidad y asignación de recursos: donde la ética y la justicia social se interceptan. En: Lolas, Fernando (Ed.) *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago: Programa Regional de Bioética OPS/OMS y LOM Ediciones; 2000: 53-68.
- Aula de Ética. *Eficiencia, corrupción y crecimiento con equidad*. Bilbao: Universidad de Deusto; 1996.
- Austin, S.E. *Medical Justice*. Nueva York: Peter Lang; 2001.
- Bielschowsky, Ricardo (Comp.) *60 años de la CEPAL Textos seleccionados del decenio: 1998-2008*. Buenos Aires: Siglo XXI; 2010.
- Cardoso, Fernando Henrique; Faletto, Enzo. *Dependencia y desarrollo en América Latina. Un ensayo de interpretación sociológica*. México: FCE; 1971.
- Cardoso, Fernando Henrique; Foxley, Alejandro (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009.
- Conill, Jesús. *Horizontes de economía ética*. Madrid: Tecnos; 2004.

- Conill, Jesús. Justicia sanitaria. En: G^a Gómez-Heras, José M^a; Velayos, Carmen (Editores) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 147-161.
- Cortina, Adela (Ed.) *Construir confianza*. Madrid: Trotta; 2003.
- Debate sanitario: Medicina, Sociedad y Tecnología*. Bilbao: Fundación BBV; 1992.
- Distribución de recursos escasos y opciones sanitarias*. Barcelona: Fundación Mapfre, Institut Borja de Bioética; 1996.
- Doménech, Antoni. Ética y economía de bienestar: una panorámica. En: Guariglia, Osvaldo (Ed.) *Cuestiones morales*. Buenos Aires: Trotta; 1^a reimp. 2007: 191-222.
- Domingo Moratalla, Agustín; Lisón Buendía, J. Francisco (eds) *Ética, ciudadanía y desarrollo*. Valencia: Patronat Sud-Nord, Universitat de Valencia; 2008.
- Dufour, Gabriela. Por una economía más humanizada. En: Roth, M^a Cristina (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 95-103.
- Durán, Vicente; Scanone, Juan Carlos; Silva, Ricardo (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006.
- Dworkin, Ronald. *Taking Rights Seriously*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1977.
- Dworkin, Ronald. Justice and the High Cost of Health. En: *Sovereign Virtue*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 2000: 307-319.
- Faletto, Enzo. *Dimensiones sociales, políticas y culturales del desarrollo*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y CLACSO; 2009.
- Ferrer, Marcela. Ética de la investigación en seres humanos., sociedad y desarrollo. En: Villarroel, Raúl (Ed.) *Ética aplicada*. Santiago: Editorial Universitaria; 2009: 211-234.
- Francés Gómez, Pedro. Justicia y gasto sanitario. En: G^a Gómez-Heras, José M^a; Velayos, Carmen (Editores) *Bioética. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos; 2005: 163-194.
- Friedman, Milton; Friedman, Rose. *La libertad de elegir*. Barcelona: Grijalbo; 1980.

- García-Marzá, Domingo. *Ética empresarial: del diálogo a la confianza*. Madrid: Trotta; 2004.
- Hayek, Friedrich. *Camino de servidumbre*. Madrid: Alianza Editorial; 1978.
- Hinkelammert, Franz. *Dialéctica del desarrollo desigual*. Buenos Aires: Amorrortu; 1974
- Holzapfel, Cristóbal. *A la búsqueda de sentido*. Santiago: Editorial Sudamericana; 2005.
- Jayasinghe, Saroj. Contracts to devolve health services in fragile states and developing countries: do ethics matter? *J. Med. Ethics* 2009; 35: 552-557.
- Kliksberg, Bernardo. América Latina. El caso de la salud pública. En: Sen, Amartia; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Deusto: Planeta; 2008: 121-185.
- Kottow, Miguel. *Bioética ecológica*. Bogotá: Universidad El Bosque; 2009.
- Lebret, Louis Joseph. *Ética y desarrollo*. Buenos Aires: Latinoamérica Libros; 1966.
- Limitación de prestaciones sanitarias*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, Doce Calles Ediciones; 1997.
- Lozano, J.F.. *Códigos éticos para las empresas*. Madrid: Trotta; 2004.
- Maceira, Daniel. Actores y reformas en salud en América Latina y el Caribe. Nota técnica de Salud nº 1. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo; 2007.
- Medici, André. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. *La hora de los usuarios: reflexiones sobre economía política de las reformas de salud*. Washington DC.: BID; 2000.
- Medici, André. Salud: de pacientes a ciudadanos. En: Cardoso, Fernando Henrique; Foxley, Alejandro (Edit.) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores; 2009: 487-549.
- Mella, Pablo. Un nuevo desafío de justicia política: definir la pobreza de manera universal. En: Durán, Vicente; Scanone, Juan Carlos; Silva, Ricardo (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006:165-181.
- Mujika Alberdi, Alazne (Coord.) *Conocimiento para el desarrollo*. San Sebastián:

- Universidad de Deusto; 2005.
- Nussbaum, Martha; Sen, Amartya (Coord.) *La calidad de vida*. México, Fondo de Cultura Económica, 1ª reimp.; 1998.
- Pfeiffer, M^a Luisa; Murguía, Diego. Ecología y sustentabilidad: el fantasma de la pobreza. *Rev. Medicina y Humanidades*. Vol. II N° 1 (Enero-Abril) 2010: 41-57.
- PNUD. Rapport mondial sur le développement humain, 1997. París: PNUD; 1997.
- Ponce León, Fernando. El principio cero de la sociedad justa: cómo la pobreza desafía a la justicia. En: Durán, Vicente; Scanone, Juan Carlos; Silva, Ricardo (Ed.) *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Buenos Aires: Siglo del Hombre Editores; Bogotá; 2006: 147-164.
- Reformas sanitarias y equidad*. Madrid: Fundación Argentinaria, Visor; 1997.
- Roa, Jairo. *Desarrollo y liberación*. Madrid: Dykinson; 2009.
- Rostow, Walt W. *Las etapas del crecimiento económico*. México: FCE; 1963.
- Roth, María Cristina. En la búsqueda de sentido en un mundo de desigualdades. En: Roth, María Cristina (Coord.) *Pensar-se humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 75-86.
- Sen, Amartya. *Development as Freedom*. Oxford University Press; 1999. Traducción española: *Desarrollo y libertad*. Barcelona: Planeta; 2000.
- Sen, Amartya; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente. Una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. Barcelona: Ediciones Deusto; 2007.

Capítulo 5.- Bioética y solidaridad

- Aguirre Zabala, Iñaki. Topología de la solidaridad y ética internacional: por un diálogo entre la acción voluntaria y la reflexión crítica. En: Kisnerman, Natalio (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 123-164.
- Badiou, Alain. *Reflexiones sobre nuestro tiempo*. Buenos Aires: Del Cifrado; 2006
- Bauman, Zygmunt. *Ética postmoderna*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina; 2004.

- Bauman, Zygmunt. *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias*. Barcelona. Paidós Ibérica. 2005.
- Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós; 1986.
- Buber, Martin. *¿Qué es el hombre?* México: Fondo de Cultura Económica: 1990.
- Callahan, Daniel. *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*. New York: Simon & Schuster; 1998.
- Caponi, Sandra. *Da compaixão à solidariedade: uma genealogia da assistência médica*. Río de Janeiro: Fiocruz; 2000.
- Etzioni, Amitai. *La nueva regla de oro*. Barcelona: Paidós; 1999.
- Figueroa, Maximiliano. Richard Rorty: idea y construcción pragmatista de la solidaridad. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007:153-198.
- Fornet-Betancourt, Raúl. *Resistencia y solidaridad. Globalización capitalista y liberación*. Madrid: Trotta; 2003.
- García Roca, Joaquín. La navegación y la fisonomía del naufragio. El aspecto moral de las profesiones sociales. En: Kisnerman, Natalio (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 15-43.
- Guerrero, Juan A. Vínculos y ciudadanía en la teoría de la justicia de John Rawls. En: Villar, Alicia; García-Baró, Miguel (Ed.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004: 381-440.
- Habermas, J. y Rawls, J. *Debate sobre el liberalismo político*. Barcelona: Paidós; 1998
- Hernández Aristu, Jesús. La filosofía del diálogo como fundamento ético-ecológico en las profesiones de ayuda. En: Kisnerman, Natalio (Comp.) *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós; 2001: 63-105.
- Levinas E. *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*. Valencia: Pre-Textos; (1986)1993.
- López, Gonzalo Andrés; Molina de la Torre, Ignacio. *Introducción a la solidaridad internacional. La cooperación para el desarrollo*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2006.
- Martínez, E. *Solidaridad liberal. La propuesta de John Rawls*. Granada: Comares; 1999.

- Martínez, Julio L. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana. En: Villar, Alicia; García-Baró, Miguel (Ed.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004: 47-114.
- Mena, Patricio. Solidaridad e invención del prójimo. Variaciones sobre el sí mismo como todo en la filosofía de Paul Ricoeur. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 59-90.
- Michelini, Dorando L. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Bonum; 2008.
- Michelini DJ. Discurso y solidaridad en Kant Otto Apel. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 13-35.
- Muñoz, Enoc. Emmanuel Lévinas y la solidaridad en cuestión. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 91-115.
- Pérez Adán, José. *Adiós Estado, bienvenida comunidad*. Madrid: EIUNSA; 2008.
- Pérez de Nucci, Armando M. *Antropoética del acto médico*. Tucumán: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional; 2008.
- Pérez Tapias, José Antonio. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Editorial Trotta; 2007
- Pérez Tapias, José Antonio. *Claves humanistas para una educación democrática*. Madrid: Anaya; 1996.
- Rawls, John. *A Theory of Justice*. Cambridge : Harvard University Press ; 1971.
- Ricoeur Paul. Responsabilité et fragilité. En : *Autres temps. Cahiers d'éthique sociale et politique "Paul Ricoeur"*, 2003, n° 76-77.
- Ricoeur, Paul. Sympathie et respect. Phénoménologie et éthique de la seconde personne. En : *Revue de métaphysique et de morale*, 1954, 59
- Rodríguez Duplá, Leonardo. *Ética de la vida buena*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2006.
- Romero, Eduardo. Solidaridad como parcialidad en la filosofía de la liberación de Enrique Dussel. En: Figueroa M, Michelini D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 117-129.
- Rorty, Richard. *Consecuencias del pragmatismo*. Madrid: Tecnos; 1996.

- Rorty, Richard. *Verdad y progreso*. Barcelona: Paidós; 2000.
- Rosanvallon, Pierre. *La nueva cuestión social. Repensar el Estado providencia*. 1ª ed. 4ª reimp. Buenos Aires: Manantial; 2007.
- Ruiz de Falcón, Norma. La solidaridad, camino y meta de un nuevo orden social. Buenos Aires: San Benito; 2009. (El pensamiento socioeconómico del P. José Kentenich)
- Salvat, Pablo. Teoría de la justicia y solidarismo liberal en John Rawls. En: Figueroa M, Micheline D (Comps.) *Filosofía y solidaridad*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado; 2007: 37-57.
- Schelkshorn, Hans. Prólogo. En: Dussel, Enrique; Apel, Karl Otto. *Ética del discurso y ética de la liberación*. Madrid: Trotta: 2005: 20 y ss.
- Sznaider, Natan. *The Compassionate Temperament: Care and Cruelty in Modern Society*. Oxford: Rowman&Littlefield; 2001.
- Toledo, Andrés. *De la justicia a la solidaridad. Hacia un nuevo paradigma. Vida y Ética*. Buenos Aires, 2008, año 9, nº 1: 35-64.
- Vattimo, Gianni. La edad de la interpretación. En: Richard Rorty, Gianni Vattimo. *El futuro de la religión. Solidaridad, caridad, ironía*. Barcelona: Paidós; 2006: 65-81.
- Vila-Châ, João J. O principio do amor ou amor como principio de justiça. En: Vicente Durán, Juan Carlos Scanne, Eduardo Silva (Compiladores). *Contribuciones filosóficas para una mayor justicia*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2006:199-221.
- Villar, Alicia; García-Baró. Miguel (Ed.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2004.

Capítulo 6.- Bioética, biopolítica y políticas de salud en Latinoamérica

- Agamben, Giorgio. *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos; 1998.

- Arendt, Hanna. *La condición humana*. Barcelona: Paidós; 1996.
- Arendt, Hanna. *¿Qué es la política?* Barcelona: Paidós; 1997.
- Aristóteles. *Ética Nicomaquea*. Madrid: Gredos; 1995
- Bobbio, Norberto. *El futuro de la democracia*. México: Fondo de Cultura Económica; 1996
- Bunge, Mario. *Filosofía política: solidaridad, cooperación y democracia*. Barcelona: Gedisa; 2009.
- Cicalese de Sarquis, Marta. Ser protagonista de un mundo más humano. En: M^a Cristina Roth (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 29-38.
- Cortina, Adela. *Alianza y contrato. Política, ética y religión*. Madrid: Editorial Trotta, 2^a ed.; 2005.
- D'Agostino F. Biopolítica: fundamentos filosófico-jurídicos. *Medicina y Ética*, 2010, 21 (1): 35-44.
- Espósito, Roberto. *Comunitas. Origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu; 2003.
- Espósito, Roberto. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires, Amorrortu, 2006.
- Farinetti, Marina. Nietzsche en Weber: las fuentes del sentido y del sinsentido de la vida humana. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002:119-142; 127.
- Foucault, Michel. La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. Entrevista en la revista *Concordia*; 1984; n^o 6: 99-116.
- Foucault, Michel. *El nacimiento de la biopolítica. Curso el College de France (1978-1979)*. Madrid: Akal; 2009.
- Galimidi, José Luis. El Leviatán de Hobbes y la legitimidad moderna. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 53-76; 54.
- Garrafa, Volnei; Kottow, Miguel; Saada, Alya (Coord.) *El estatuto epistemológico de la Bioética*. Sao Paulo: Cátedra UNESCO Brasilia y Red Bioética UNESCO; 2006.
- Garza, Teresa de la. Bioética y Biopolítica. En: González, Juliana (Coord.) *Perspectivas de bioética*. México: Fondo de Cultura Económica, UNAM y Comisión Nacional

- de los Derechos Humano; 2008.
- Gilabert, Pablo D. La reformulación de Habermas de la Teoría Crítica en términos de una teoría de la acción comunicativa. Una breve exposición. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002:171-194; 171-172.
- Gómez Sánchez, Yolanda. La dignidad como fundamento de los derechos: especial referencia al derecho a la vida. En: Feito, Lydia (Ed.) *Bioética: la cuestión de la dignidad*. Madrid: Universidad de Comillas; 2004: 75-97.
- Hardt, Michael; Negri, Antonio. *Imperio*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
- Hardt, Michael; Negri, Antonio *Multitud: Guerra y democracia en la era del Imperio*. Madrid: Debate; 2004.
- Kitzberger, Philip; Núñez, Eduardo. El individualismo metodológico y los escritos políticos de Max Weber. En Francisco Naishtat (Comp.). *Max Weber y la cuestión del individualismo metodológico en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Eudeba; 1998.
- Kottow, Miguel. Bioética y biopolítica. *Bioética*, Sociedade Brasileira de Bioética, 2005, vol. 1, 2: 110-121.
- Habermas, Jürgen. *El discurso filosófico de la modernidad*. Buenos Aires: Taurus; 1989.
- Habermas, Jürgen. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós; 1998.
- Hobbes, Thomas. *Leviatán, o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. 1651. Madrid: Editora Nacional: 1983.
- Hottois, Gilbert et al. Consensos y disensos en Bioética y Biopolítica. En: González, Juliana (Coord.) *Dilemas de Bioética*. México: FCE; 2007: 183-266.
- Kant, Immanuel. Idea de una historia universal en sentido cosmopolita. 1784. En: Kant, Immanuel. *Filosofía de la historia*. México: FCE; 1981: 39-65.
- Kant, Immanuel. *Hacia la paz perpetua*. 1795. Madrid: Biblioteca Nueva; 1999.
- León Correa, Francisco Javier. Una Bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica*, Mar del Plata, 2005; 11: 19-26.
- León Correa Francisco Javier. De los principios de la Bioética Clínica a una Bioética Social para Chile. *Revista Médica de Chile*; 2008: 1136: 1084-1088.
- Lolas, Fernando (Editor) *Dimensiones éticas de las regulaciones en salud*. Santiago:

- CIEB Universidad de Chile y Programa de Bioética OPS/OMS; 2009.
- MacIntyre, Alasdair. *Justicia y racionalidad*. Madrid, EIUNSA, 2ª ed., 2001.
- Martínez Massola, Ricardo H. Poder constituyente, fundación y vanguardia. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 215-236.
- Naishtat, Francisco. La teoría weberiana de la acción en clave pragmática: del Weber 'oficial' al Weber 'no oficial'. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 143-167.
- Nardacchione, Gabriel. Los límites del consenso racional argumentativo en Habermas. Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 195-212; 204-206.
- O'Donnell, Guillermo. *Contrapuntos. Ensayos escogidos sobre autoritarismo y democratización*. Buenos Aires: Paidós; 1997.
- Osorio, Sergio N. De la pro-vocación bioética a la provocación biopolítica. *Revista Latinoamericana de Bioética*, Bogotá, 2007, 7 (12): 76-91.
- Potter, V.R. Conferencia inaugural del Congreso Mundial de Bioética, Gijón, 2000, citado por Parenti, Francisco. Bioética y Biopolítica en América latina. En: José Acosta Sariego. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Centro Félix Varela; 2002.
- Ricoeur, Paul. *Soi-même comme un autre*. París: Seuil; 1990. Trad española *Sí mismo como otro*. México: Siglo XXI; 1996.
- Ricoeur, Paul. *El discurso de la acción*. Madrid: Cátedra; 1988.
- Riego de Moine, Inés. Prólogo. En: Mª Cristina Roth (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 9-11.
- Salerno, Andrea. El hombre es, por naturaleza, un animal político. En: Naishtat, Francisco (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002:37-50
- Satne, Paula. Nobleza y felicidad en la ética de Aristóteles. En: Naishtat, Francisco (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002:17-36.

- Tokman, Víctor; O'Donnell, Guillermo (Comp.) *Pobreza y desigualdad en América Latina. Temas y nuevos desafíos*. Buenos Aires: Paidós; 1999.
- Ugarte Pérez, Javier; Agamben, Giorgio. *La administración de la vida. Estudios biopolíticos*. Madrid: Anthropos Editorial; 2005.
- Villavicencio, Susana. Paul Ricoeur: identidad y responsabilidad. La articulación hermenéutica del sí mismo y del otro. En: Francisco Naishtat (Comp.) *La acción y la política: perspectivas filosóficas*. Barcelona: Gedisa; 2002: 237-253; 239.
- Weber, Max. *El problema de la irracionalidad en las ciencias sociales*. Madrid: Tecnos; 1985.

Capítulo 7.- Bioética y ética de las instituciones de salud

- Amor, José Ramón; Ferrando, I.; Ruiz, J. (Ed.) *Ética y gestión sanitaria*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2000.
- Arrieta, Begoña; Cristina de la Cruz. *La dimensión ética de la responsabilidad social*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2005.
- Benatar, Solomon R. Salud pública y ética en salud pública. *Acta Bioethica* 2003; 9 (2): 195-207.
- Comisión de Comunidades Europeas. *Libro Verde sobre Responsabilidad Social de las Empresas: Una contribución empresarial al desarrollo sostenible*. 2001.
- Conill, Jesús. *Horizontes de economía ética*. Madrid: Tecnos; 2004.
- Consejo Europeo de Lisboa, 23 y 24 de marzo de 2000. *Conclusiones de la Presidencia*. Lisboa; 2000.
- Cortina, Adela. *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos; 1993.
- Cortina, Adela (Ed.) *Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones*. Madrid: Trotta; 2003.
- Cortina, Adela; Conill, Jesús. Ética, empresa y organizaciones sanitarias. En: Simón, Pablo. *Ética de la organizaciones sanitarias*. Madrid: Triacastela; 2005: 15-36.
- Denadei, Marcela. Responsabilidad social de las organizaciones: obligación de hacer o actitud ética responsable de los sujetos. En: Roth, M^a Cristina (Coord.) *Pensarse humanos*. Buenos Aires: Biblos; 2009:105-111.

- Fernández Beltrán, Francisco. La perspectiva ética de la calidad: de las Cartas de servicios a la acreditación. En: García Marzá, Domingo (Dir.). *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005: 93-115.
- García Marzá, Domingo. *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*. Madrid: Trotta; 2004.
- García Marzá, Domingo (Dir.) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005.
- González Esteban, Elsa. Los restos éticos de la medicina gestionada. En: García Marzá D. *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*. Castellón, España: Universitat Jaume I; 2005: 63-91.
- González R. Arnaiz, Graciano. Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético. En: G^a Gómez-Heras, José M^a; Velayos, Carmen (Editores) *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, Grupo Anaya; 2005: 115-144.
- Hall, R.T. *An introduction to healthcare organizational ethics*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
- Hastings Center. *The Goals of Medicine. Setting New Priorities*. Special Supplement, *Hastings Center Report*, 1996, vol. 26 (6).
- Joint Commision for Accreditation of Helthcare Organizations. JCAHO: www.jointcommission.org/ (revisada 17 agosto 2010).
- Kliksblerg, Bernardo. *Hacia una economía con rostro humano*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002.
- Navarro García, Fernando. *Responsabilidad social corporativa: teoría y práctica*. Madrid: ESIC Editorial; 2008.
- ONU. *Global Compact. Building a new era of sustainability*. En: www.pactomundial.org (revisado agosto 2010).
- ONU. Subcomisión de Promoción y Protección de Derechos Humanos. *Normas sobre Derechos Humanos para las Sociedades transnacionales y otras empresas*. Sesión agosto 2003.

Organización Internacional del Trabajo. *Declaración Tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales*, adoptada por el Consejo de Administración de la Oficina Internacional del Trabajo en su 204.^a reunión (Ginebra, noviembre de 1977) en la forma enmendada en su 279.^a reunión (Ginebra, noviembre de 2000).

Organización AccountAbility; 2003. <http://accountability.org.uk>

Ozar, D., B.J.; P. Werhane; L. Emanuel. *Organizational Ethics in Health Care: Toward a model for ethical decision making by provider organizations*. Chicago: Institute for Ethics, AMA; 2000.

Paladino, Marcelo (ed.) *La responsabilidad de la empresa en la sociedad*. Buenos Aires: Emecé; 2007.

Principios de Ecuador. Acuerdo Internacional de junio 2003. En: <http://www.equator-principles.com/> (Revisado agosto 2010).

Spencer, E.M.; Mills, A.E.; Rorty, M.V.; Werhane, P.H. *Organization Ethics in Health Care*. Oxford: Oxford University Press; 2000.

Schramm, Fermin Roland. A bioética da proteção em saúde pública. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004 : 71-84.

Simón, Pablo. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2002; 17 (4): 247-259.

Simon, Pablo (Ed.) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela; 2005.

Social Accountability International 8000. www.sa8000.org

Waymack, Mark. Ética organizacional en el cuidado médico. En: *I Simposio Internacional de Ética en las Instituciones de Salud*. Monterrey, NL, México; 2006. Web: http://www.pulsobinario.com/ws/emc/eventos_Etica.asp (revisado 15 septiembre 2010).

Capítulo 8.- Bioética y Educación para la salud

- Águila, Ernesto. Educar en valores en sociedades y escuelas pluralistas. En: Villarroel, Raúl. (Ed.) *Ética aplicada*. Santiago: Editorial Universitaria; 2009: 185-209.
- Arratia, Alejandrina. *La Bioética y sus implicaciones en la Educación para la Salud*. Tesis de Doctorado en Filosofía de Enfermería, Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina; 1999. Edición e-book: Madrid: Asociación Española de Bioética; Colección de Investigaciones en Bioética; nº 302199; 1999. Web: www.aebioetica.org (revisada 21 septiembre 2010).
- Arratia, Alejandrina. Bioética y toma de decisiones en Enfermería. *Cuadernos de Bioética*; 1999, 39 (3): 512-521.
- Banco Mundial. *World Development Report*; 2006.
- Berlinguer, Giovanni. Ética de la prevención. En: *Ética de la salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003: 87-95.
- Bonal, Xavier (Ed.) *Globalización, educación y pobreza en América Latina ¿Hacia una nueva agenda política?* Barcelona: Fundación CIDOB; 2006.
- Buss, Paulo Marchiori. Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 19-46.
- Caponi, Sandra. La salud como abertura al riesgo. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 65-92.
- Castiel, Luiz David. Dédalo y los dédalos: identidad cultural, subjetividad y los riesgos para la salud. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 93-112.
- Conferencia del Alma Ata. *Atención Primaria de Salud*. Ginebra: OMS; 1978.
- Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, Ottawa*. Ginebra: OMS; 1986.

- Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Donato, Martín; María Graciela Buonanotte, Ricardo Jorge Gelpi, Ana María Rancich. *Los docentes de Medicina ¿cumplen compromisos morales con los alumnos?* Unesco Montevideo. Web:
<http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/20.%20%C2%BFLos%20Docentes%20en%20medicina.pdf>
 (Revisado 13 septiembre 2010)
- Durante, Eduardo. Capacitación de recursos humanos en Atención Primaria de Salud: una visión desde la educación médica. En: Maceira, Daniel (Comp.) *Atención Primaria de Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós; 2007: 97-120.
- Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes (Orgs.) *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2003.
- Foucault, Michel. *Genealogía del racismo*. Buenos Aires: Altamira; 1992.
- Freitas, Carlos Machado de. La vigilancia de la salud para la promoción de la salud. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 163-184.
- Garrafa, Volnei. Reflexão sobre políticas públicas brasileiras de saúde a luz da bioética. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. São Paulo: Centro Universitario São Camilo y Edições Loyola; 2004: 49-61.
- Kliksberg, Bernardo ¿Por qué la cultura es clave para el desarrollo? En: Sen, Amartya; Kliksberg, Bernardo. *Primero la gente*. Barcelona: Ediciones Deusto; 2007: 263-286.
- León Correa, Francisco Javier. Enseñar Bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores. *Acta Bioética*, 2008, Vol. 14 (1): 11-18.

- Mazzaferro, Vicente Enrique; Giacomini, Hebe; Fernández Iriarte, Marta. *Salud pública y política*. Buenos Aires: Editorial Atlante; 2007.
- Menéndez, Eduardo L.; Spinelli, Hugo G. *Participación social, ¿para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.
- Mesquita Ayres, José Ricardo de Carvalho; Ivan Franca Junior, Gabriela Junqueira Calazans, Haraldo César Saletti Filho. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 135-161.
- OMS. *Global Atlas of the Health Workforce*. Ginebra; 2006.
- Paim, Jairnilson Silva. Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En: Czeresnia, Dina; Machado de Freitas, Carlos (Organizadores) *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006: 185-199.
- Schramm, Fermin Roland. A bioética da protecao em saúde pública. En: Fortes, Paulo Antonio de Carvalho; Pavone Zoboli, Elma Lourdes Campos. *Bioética e Saúde Pública*. Sao Paulo: Centro Universitario Sao Camilo y Edicoes Loyola; 2004 : 71-84.
- Schwarzman, Simon. Educación y recursos humanos. En: Cardoso, Fernando Henrique; Foxley, Alejandro (Editores) *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y del desarrollo en América Latina*. Santiago: Uqbar Editores y CIEPLAN; 2009: 551-587.
- UNESCO. *Financiamiento público y privado como porcentaje del PNB*. Institute for Statistics; 2007.

Capítulo 9.- Bioética, religión y doctrina social de la Iglesia

- Alarcos, Francisco Javier. *Bioética Global, Justicia y Teología Moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2005.

- Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999.
- Charlesworth, Max. *La Bioética en una sociedad liberal*. Cambridge University Press; 1996.
- Bochatey, Alberto. *Bioética y teología moral*. Buenos Aires: Edcs Paulinas, Pontificia Universidad Católica Argentina; 1994.
- Boff, Leonardo. *A voz do Arco-Iris*. Brasilia: Letraviva Editorial; 2000.
- CELAM. *Documentos finales de Medellín*. Buenos Aires: Ediciones Paulinas; 1968.
- Cruz García, Néstor. Trascendencia y libertad para una plena humanización. América Latina y una religión que transforma y libera. En: M^a Cristina Roth (Coord.) *Pensar-se humanos. Para una hermenéutica del acontecimiento*. Buenos Aires: Biblos; 2009: 113-123.
- De Velasco, Juan María. *La bioética y el principio de solidaridad. Una perspectiva desde la ética teológica*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003.
- Dos Anjos, Marcio Fabri. Bioética y religión en América Latina. En: Pessini, Leo; Paul de Barchifontaine, Christian; Lolas, Fernando (Coord.) *Perspectivas de la bioética en Iberoamerica*. Ed. en castellano, Santiago: Programa Bioética OPS; 2007: 219-232.
- Dou, Alberto (Ed.) *Pensamiento científico y trascendencia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1998.
- Dussel, Enrique. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y de la exclusión*. Madrid: Trotta; 2008.
- Engelhardt, Tristram H. *Los fundamentos de la bioética*. Paidós Ibérica, S.A., Barcelona, 1995, pp. 104-105.
- Fe y Ciencias*. Jornada del 8 de octubre de 1997. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina; 1998.
- Ferrara, Alessandro. La religión dentro de los límites de la razonabilidad. En: *La fuerza del ejemplo. Exploraciones del paradigma del juicio*. Barcelona: Gedisa Editorial; 2008: 245-267.
- Finnis, John. *Cuestiones de ética*. Barcelona: EIUNSA; 1992.
- Flecha, José Román. *Teología Moral Fundamental*. Madrid, 1994.
- Gafo, Javier (ed.). *Bioética y religiones: el final de la vida*. Madrid: Universidad

- Pontificia de Comillas; 2000.
- Gafo, Javier. Bioética y Tradición Católica. En: Vélez J (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 79-110.
- García Capilla, Diego José. *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nuova; 2007.
- Gómez Sánchez, Carlos. Problemas éticos en la religión. En: Guariglia, Osvaldo (Ed.) *Cuestiones morales*. 1ª reimp. Madrid: Trotta; 2007.
- Gracia, Diego. Religión y ética. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela; 2004: 129-196.
- Gracia, Diego. Fundamentaciones de la bioética. En: Juan Vélez (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 31-55.
- Guerra, Rodrigo. Por una bioética sin adjetivos en el contexto de la crisis moderno-ilustrada. *Medicina y Ética*, 2007, 18 (2): 133-149.
- Habermas, Jûrgen. *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Paidós; 2006.
- Herranz, Gonzalo. Some Christian Contributions to the Ethics of Biomedical Research. A Historical Perspective. En: Vial Correa, Juan de Dios; Sgreccia, Elio. *The Ethics of Biomedical Research. A Christian View. Proceedings of the Ninth General Assembly of the Pontifical Academy for Life*. Vatican City: Rome; 2003.
- Juan Pablo II. *Encíclica Fides et Ratio*. Santa Sede, 1998.
- Kottow, Miguel; Anguita, Verónica. *Bioética Católica. Márgenes de interpretación de las enseñanzas magisteriales*. Santiago: CINBIO (Centro Interdisciplinario Bioética Universidad de Chile); 1995.
- Küng, Hans. *El principio de todas las cosas. Ciencia y religión*. Madrid: Trotta; 2007.
- Küng, Hans; Rinn-Maurer, Ángela. *La ética mundial entendida desde el cristianismo*. Madrid: Trotta; 2008.
- Juan Pablo II. *Encíclica Sollicitudo Rei Socialis*. 1987.
- Juan Pablo II. *Centesimus annus*. 1991: n. 31.
- Laun, Andreas. *La conciencia*. Barcelona: EIUNSA; 1993.
- Lebret, Louis Joseph. *Ética y desarrollo*. Buenos Aires: Latinoamérica Libros; 1966
- Lolas, Fernando. *Bioética y antropología médica*. Santiago: Mediterráneo; 2003.

- Martínez, Julio. La dignidad humana en la doctrina social de la Iglesia. En: Martínez, Julio; Perrotin, Catherine; Torralba, Francesc. *Repensar la dignidad humana*. Lleida: Editorial Millenium; 2005: 93-193.
- Martínez, Julio. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana. En: Villar, Alicia; García-Baró, Miguel (Eds.) *Pensar la solidaridad*. Madrid: UPCO; 2004: 47-114.
- Masiá, Juan. *Bioética y religión*. Barcelona: Síntesis; 2008.
- Michellini, Dorando J. *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*. Buenos Aires: Editorial Bonum; 2008.
- Moser, Antônio; Soares, André Marcelo. *Bioética. Do consenso ao bom senso*. Petrópolis: Editora Vozes; 2006.
- Pablo VI. *Constitución Pastoral "Gaudium et Spes". Sobre la Iglesia en el mundo actual*. Santa Sede; 1965.
- Pablo VI. *Encíclica "Populorum Progressio"*. Santa Sede; 1967.
- Pérez-Delgado, Esteban. *Moral de convicciones, moral de principios. Una introducción a la ética desde las ciencias humanas*. Salamanca-Madrid: EDIBESA; 2000.
- Pérez Tapias, José Antonio. *Del bienestar a la justicia. Aportaciones para una ciudadanía intercultural*. Madrid: Editorial Trotta; 2007.
- Pessini, Leo; Paul de Barchifontaine, Christian; Lolas, Fernando (coords.). *Perspectivas de la Bioética en Latinoamérica*. Santiago: Programa Bioética OPS; 2007.
- Ricoeur, Paul. *Fe y Filosofía. Problemas del lenguaje religioso*. Buenos Aires: Editoriales Alnagosto y Docencia 2ª ed.; 1994.
- Roa, Jairo. *Desarrollo y liberación*. Madrid: Dykinson; 2009.
- Rorty, Richard; Vattimo Gianni. *El futuro de la religión. Solidaridad, caridad e ironía*. Barcelona: Paidós; 2006.
- Rüsen, Jörn; Kozlarek, Oliver (Coord.) *Humanismo en la era de la globalización. Desafíos y perspectivas*. Buenos Aires: Editorial Biblos; 2009.
- Sádaba, Javier. *La vida buena. Cómo conquistar nuestra felicidad*. Barcelona: Península; 2009.
- Sgreccia, Elio. *Aportes de la Iglesia Católica al desarrollo de la Bioética*. Ars Medica, Santiago; 2008, 16: 215-230.

- Tamayo, Juan José. *Bioética y religión*. Madrid: Dykinson; 2007.
- Touraine, Alain. *Un nuevo paradigma para comprender el mundo de hoy*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2005.
- Trías, Eugenio. *Pensar la religión*. Buenos Aires: Altamira; 2001.
- Varios autores. *Bioética, religión y derecho*. Madrid: Fundación Universitaria Española; 2006.
- Vidal M. *Para comprender la solidaridad: virtud y principio ético*. Estella: Verbo Divino; 1996.
- Vidal, Marciano. *Orientaciones éticas para tiempos inciertos. Entre la Escila del relativismo y la Caribdis del fundamentalismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2007.
- Vidal, Marciano. Ética cristiana y toma de decisiones en Bioética. En: Vélez, Juan (Coord.) *Bioéticas para el siglo XXI. 30 años de Bioética (1970-2000)*. Bilbao: Universidad de Deusto; 2003: 111-122.
- Wojtyla, Karol: *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*. Madrid: Ediciones Palabra; 1997.