

# MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

## Reflexiones sobre bioética social

Reflections on social bioethics

DEMANDADO 5-11-2019 REVISADO 29-  
2-2020 ACEPTADO 18-3-2020

**Miguel Kottow**

*Bioeticistas*

Universidad de  
Chile, Santiago  
de Chile, Chile

**Palabras claves**

*Bioética social,  
principlismo,  
salud pública*

**Key Words**

*Social bioethics,  
principlism, pub-  
lic health*

**RESUMEN** Habiendo perdido sus fundamentos teológicos y enfrentando la “mundialización del planeta”, la ética ha entrado en quiebra, incapaz de formular normas universales o de lograr la tolerancia y convivencia entre las pluralidades culturales que se vuelven más visibles en un mundo globalizado, entregado a la modernidad que enfila hacia la post-modernidad o “sobremodernidad”: “La sobremodernidad corresponde a una aceleración de la historia, a un encogimiento del espacio y a una individualización de las referencias que alteran los procesos acumulativos de la modernidad” (Augé, 2006: 148).

**ABSTRACT** Having lost its theological foundations and facing the "globalization of the planet", ethics has gone bankrupt, unable to formulate universal norms or to achieve tolerance and coexistence among cultural pluralities that become more visible in a globalized world, given over to the modernity heading towards post-modernity or "over modernity": "Overmodernity corresponds to an acceleration of tory, a shrinking of space and dualization of the references that alter

the cumulative processes of modernity".

### **1 Éticas aplicadas**

150

Los multitudinarios flujos migratorios son complejos procesos sociales de asimilación, marginación, aceptación condicionada y rechazos, gatillando tensiones políticas y éticas de culturas diversas que deben convivir sin discriminación, respetando un orden social común así como diferencias de género, etnia, costumbres, visiones de mundo. Los problemas suscitados son contextuales y requieren respuestas con premura, tensionando las rigideces de doctrinas éticas tradicionales y la aparición de diversas éticas aplicadas con tres características comunes:

- 1 Estudian tanto problemas teóricos como prácticos.
- 2 Se orientan y cultivan el diálogo interdisciplinario.
- 3 Se despliegan en la interacción comunicativa de "discurso y de prácticas (investigación, enseñanza, actividad de consulta)" (Parizeau, 2001: 579).

Las éticas aplicadas se sitúan entre la ética normativa que reflexiona sobre la "validez de normas y valoraciones", y la reflexión moral que es "la aplicación de la norma a la situación concreta(...). La 'ética aplicada' podrá entenderse entonces como una forma de 'mediación' entre la razón y la acción...La ética se 'aplica' a la moral, y ésta se 'aplica' a la situación" (Maliandi, 1994: 62-64). Como ética aplicada que es, la bioética podrá ganar mayor o menor grado de influencia y credibilidad en cumplir su función "esclarecedora", pero no entra a actuar directamente sobre problemas y situaciones, para desazón de muchos que desearían más frontalidad en reducir las miserias e injusticias del mundo.

Las éticas aplicadas reflexionan sobre situaciones concretas así como también se enfocan en prácticas sociales entendidas como profesiones enmarcadas en códigos y normas de conducta que tienen un fuerte carácter deontológico al establecer, ante todo, deberes a los profesionales. Los códigos profesionales son necesariamente conservadores y poco influenciables por la reflexión ética y por la agenda de las éticas aplicadas que, por su naturaleza inquisitiva, cuestionan las normativas establecidas de una profesión. Tienen los códigos

profesionales funciones no solo éticas sino también gremiales, al determinar el ejercicio monopólico que reglamenta condiciones de ingreso, práctica legal y sanciones por transgresiones. Lleva a confusiones hablar de “ética profesional (bioética)” o de “Bioética: ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria?” (González y Arnaiz, 2006). Las profesiones dependen de coyunturas culturales generales como es el capitalismo neoliberal contemporáneo, mientras que las éticas aplicadas se refieren a contextos sociales concretos – privatización, mercantilización–. En suma, es conveniente distinguir entre éticas profesionales, necesariamente codificadas, y éticas aplicadas que reflexionan sobre normas, pero no las dictan, considerando que las deontologías son elaboradas con el fin de regular el ejercicio de las profesiones, que se ven sobrepasadas por directrices morales postmodernas.

## **2 Orígenes de la bioética**

Hay una variedad de narrativas sobre el origen de la bioética, predominando la aparición simultánea de dos orientaciones, una integrando “conocimiento biológico y valores humanos” (Potter 1971, en tanto el Kennedy Institute for Ethics inspirado por André Hellegers centraba su atención en una renovación de la ética médica en vista del creciente cientifismo biomédico que debía ser enfrentado con mayor autonomía decisional por el paciente. Este relato presenta a la bioética como un fenómeno emergente, vale decir, de aparición inesperada y autónoma, sin causa inmediata que lo explique. La cualidad de emergente se predica de fenómenos biológicos, físicos y cibernéticos (Bedau, 2008), mas no puede ser aplicada a una práctica social que inevitablemente ancla en la cultura donde amanece.

Ordeñado hasta la saciedad fue el hallazgo de que el pastor alemán Fritz Jahr usara en 1927 el término “Bio-Ethik” para difundir su imperativo bioético “Trata a todo ser vivo, si fuera posible, como un fin en sí mismo”, pocos años después que Albert Schweitzer indicara que la ética no es otra cosa que la reverencia por la vida. La perspectiva humanista reaccionaba a los horrores de la “gran guerra”, sin sospechar que prontamente tendría que numerarla como primera guerra mundial al desencadenarse la más cruenta y bárbara segunda confla-

gración mundial y su término con el bombardeo atómico que causó la muerte de 250.000 ciudadanos civiles.

Los escombros humeantes y el sufrimiento posbélico instigaron la *Declaración universal de derechos humanos* (1948), como también críticos estudios sobre la hegemonía descontrolada de la tecnociencia, analizada y criticada por pensadores como Günther Anders (*La obsolescencia del hombre*, 1956), Jaques Ellul (*La sociedad tecnológica*, 1954); la destrucción ecológica reclamada por Aldo Leopold (*Una ética de la tierra*, 1949) y descrita por Rachel Carson (*Primavera silenciosa*, 1962), la iniciación por Arne Ness de la ecología profunda (1973), además de la creación de Greenpeace en 1971.

La investigación biomédica de la dictadura nazi, que no había sido otra cosa que la tortura practicada por la medicina fascista bajo el engaño de estudios científicos, fue sometida a reglamentación por el *Código de Núremberg* (1947), los estudios de la Asociación Médica Mundial que culminaron en la *Declaración de Helsinki* (1964) y las primeras acusaciones de mala práctica en estudios clínicos publicada por Henry Beecher (1966).

El fenómeno de la medicalización y la mercantilización de la medicina, cuyo inicio Foucault sitúa en el siglo XVIII. en tanto medicina del estado, se intensificó y aceleró en reciente décadas, dando pábulo a un cortejo de escritos críticos: la medicina de la “no enfermedad –nondisease– descrita por C. Meador (1965), “Némesis médica” de I. Illich (1974). “La miseria de la medicina” de F. Ongaro-Basaglia (1982), entre muchos otros.

Esta somera mirada confirma la intranquilidad intelectual y social que brota a lo largo del siglo pasado cuestionando la acelerada expansión tecnocientífica, las ideas sacralizadas de progreso y desarrollo, la privatización y mercantilización de los servicios sociales abandonados por los estados debilitados por la economía globalizada que descuida los costos sociales y medioambientales de agresivos procesos productivos. Con estos antecedentes queda desdibujada la idea de la repentina emergencia de una disciplina nueva por cuanto, como todo proceso cultural, es hija de sus tiempos que, más que crear, gavilla los pensamientos vigentes.

La supuesta emergencia de la bioética como ética práctica se establece con ambiciones de ser universalista y individualista, basada en dilemas y problemas que se confunden inicialmente con la ética médica para luego centrar su agenda cada vez más en

relación a las formas de I+D en las que el carácter tecnocientífico es muy fuerte y mediante las cuales se ha puesto de manifiesto el carácter experimentalista, pero también manipulador e intervencionista, activo y técnicamente armado de la ciencia (Hottois y Missa, 2001: 172).

La palabra «bioética» designa un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente multidisciplinarias, que tienen por objetivo clarificar y resolver cuestiones de alcance ético suscitadas por el avance y la aplicación de tecnologías biomédicas (Hottois y Missa, 2001: 124).

El diccionario Merriam Webster define bioética como “una disciplina que se ocupa de las implicaciones éticas de la investigación biológica y aplicaciones especiales en medicina”, resumiendo así el enfoque biomédico que ha sido cultivado en la academia y en la industria editorial que publica la mayoría de las revistas y libros más prominentes, muchos de los cuales mantienen el término “ética médica” en su título.

Presentándose como un emprendimiento interdisciplinario y abierto tanto al diálogo como a la deliberación plural, la bioética noratlántica se expande hacia otras culturas mediante instrumentos docentes, apoyos financieros y eventos académicos que han sido inicial y persistentemente adoptados por regiones cuyos problemas socioeconómicos y políticos las hacen vulnerables al “enfoque bioético occidental que da origen a un conjunto de ‘principios’ de calce universal –‘one-size-fits-all’ ” (Chattopadhyay y De Vries, 2013). No es de extrañar que se caracterice este expansionismo cultural como “trabajo misionero de la bioética” (Myser, 2011); plausible también, es la interpretación de una ideología bioética que coloniza y neocoloniza las regiones consideradas como menos desarrolladas (Pfeiffer, 2004; Widdows, 2007 y Fayemi et al., 2016). El programa Fogarty, brazo del NIH cuya misión es impartir cursos internacionales de bioética, describe su *Short Course in International Research Ethics* en términos muy explícitos: “Introducir al aprendiz en las principales teorías y principios de la bioética Occidental, en las guías de EEUU. e

internacionales que norman la participación humana en investigación” (De Vries y Rott, 2011: 11).

### **3 Bioética de cauce central: Mainstream bioethics**

Agenda y trayectoria de la bioética han sido marcadas por la academia anglohablante “cuyo discurso pretende fungir como experticia que considera un fenómeno cultural no solo originado en la medicina americana, sino también en otras culturas (trans)nacionales y también Americanas” (Emmerich, 2015). La consistencia de este argumento podrá ser discutida, pero revela la intencionalidad imperialista de una bioética “americana” que pretende suficiente solidez conceptual para ser transnacionalmente difundida, encontrando apoyo al considerar los cuatro principios de Georgetown como “iguales y universalmente prima facie” (Dawson y Garrard, 2006). Desde el pluralismo cultural la idea de una bioética de expertos con cuño de validez universal es inaceptable, más aún al considerar que esta bioética noratlántica alberga distorsiones con efectos negativos para las regiones que no han tenido la oportunidad de desarrollar su propio pensamiento dominado por conceptos y valores eurocéntricos y neocoloniales: el doble estándar ético en investigaciones con seres humanos, la “offshoring” o deslocalización de estudios clínicos amparada por el sesgo de distribución de recursos –la proporción 90:10–, los procesos de medicalización y mercantilización de productos terapéuticos, así como otros factores que llevan a inequidades en salud.

Característico de la modernidad es el desapego a las grandes verdades y teorías holísticas, la desconfianza en ideas matrices como esencia, naturaleza, valores intrínsecos, salvo la excepcional capacidad racional del ser humano y su ilimitada inventiva tecnocientífica. Se impone el multiculturalismo, la permeabilidad de culturas y cosmovisiones, la diversidad axiológica, presumiendo una tolerancia y aceptación del pluralismo que es más teórica que realmente efectiva. El precio de la apertura plural es que dificulta el entendimiento intercultural de una bioética de cuño tecnocientífico que recurre a ideas y términos que tienen diferentes significaciones o pueden ser incomprensibles en diversos ámbitos sociales, haciendo imposibles los consensos y difíciles los acuerdos morales.

#### **4 Bioética global**

La acelerada globalización económica impulsada por un capitalismo neoliberal, llamado salvaje por cuanto privilegia el lucro por sobre consideraciones sociopolíticas y éticas, ha exacerbado las inequidades económicas y sociales, desfinanciando las tareas sociales de protección de los estados y mercantilizado los servicios públicos. Se produce una desestabilización entre lo público y lo privado, lo social y lo individual, que golpea a las poblaciones desposeídas y comienza a roer la seguridad y protección de la clase media de naciones pudientes. En recientes décadas se agudizan los costos sociales de la inequidad y los perjuicios ambientales que afectan negativamente a toda la humanidad.

Retomando las ideas de Van Renselaer Potter, comienza a ser desarrollada la idea de una bioética global, aunque esta adjetivación de la disciplina es entendida de diversos modos: como la preocupación por los daños ecológicos de dimensión planetaria, la necesidad de una “democracia cognitiva y ruptura de las barreras disciplinarias” y la aprehensión “del enlace fundamental entre la vida, la cognición y el medio ambiente” (García-Rodríguez et al., 2009).

En América Latina tienen una incidencia importante también las preocupaciones por los problemas relacionados con el poder, la igualdad y la equidad; el acceso a los servicios de salud; así como la polarización extrema de las sociedades en sectores ricos y pobres (García-Rodríguez et al., 2009: 878).

La bioética global es enfocada desde variadas perspectivas posibles de una gruesa sistematización:

- 1 Como campo de estudios académico enfocado en temas bioéticos globales.
- 2 Como expansión generalizada de bioética.
- 3 Como intento por universalizar determinados principios y valores.

Estas generalizaciones deben lidiar con el individualismo neoliberal, la diversidad de culturas autóctonas y de contextos socioeconómicos, el neocolonialismo que impulsa a perseguir el desarrollo y progreso económico de las sociedades consumistas contemporáneas, tornando irreal “la adopción de di-

versas metodologías éticas en busca de soluciones globales” en un ambiente de “biodemocracia” (Hellsten, 2008).

Quienes abogan por una extensión global de la bioética insisten que la disciplina ha estado demasiado ligada a la ética médica y requiere ampliar su horizonte, aun cuando reconocen los problemas globales de inequidad en salud pública y atención médica, la persistencia de enfermedades desatendidas –“neglected diseases”–, y la incidencia de fuerzas económicas que promueven estas desigualdades –privatización, lucro descontrolado de la gran industria farmacéutica, prácticas monopólicas–. Una potente razón para que las prósperas naciones desarrolladas deban “hacer más por mejorar la situación de cuidados de salud en países en vías de desarrollo son simplemente motivos económicos propios” (Selgelid, 2008: 123). O, como escuetamente dijera George. W. Bush durante su presidencia: “conquistar la pobreza crea nuevos clientes”.

Al centrar sus preocupaciones en la creciente inequidad planetaria y los alarmantes daños que los emprendimientos civilizatorios desbocados provocan en la naturaleza inerte y viviente, la bioética global reconoce la confluencia de procesos dañinos que afectan a naciones prósperas como a poblaciones desposeídas, si bien la prosperidad tiene mayor resistencia y mejores defensas que la pobreza vulnerable porque ya vulnerada en sus derechos, sus necesidades básicas insatisfechas, y por la falta de empoderamiento para integrarse significativamente en la sociedad.

### **5 Bioética y derechos humanos**

La *Declaración universal de derechos humanos* (DUDH) de 1948 hizo renacer el interés por el respeto que los seres humanos deben guardar entre sí para no caer en las atrocidades de los conflictos bélicos y su culminación con los bombardeos atómicos de Hiroshima y Nagasaki, que trágicamente inauguraron la era de las armas nucleares de alta potencia destructiva y largo alcance, en una estrategia de paz para hoy y guerra para mañana.

La DUDH nace con aspiraciones de equidad universal que prontamente debieron ser reducidos a promover protecciones básicas y rescate de la pobreza, una meta ahogada por el



fundamentalismo de mercado (Moyn, 2018). Samuel Moyn recuerda la advertencia de Karl Polanyi al señalar que la separación de política y economía fomenta libertad a costa de justicia. Asimismo destacable es la opinión de Jacques Maritain, colaborador de la DUDH, aseverando que todos los participantes concordaban en lo substantivo de los derechos humanos a condición que nadie preguntara cómo podrían conciliar sus divergencias metafísicas.

La potencia del concepto de derechos humanos se basa en la noción del individuo provisto de una naturaleza humana con derechos metafísicamente incorporados con anterioridad a cualquier derecho desplegado por reconocimiento cultural o político (Thomasma, 2001: 301).

Atender a los derechos humanos en términos de libertad, y protestar por transgresiones coercitivas, fue la tónica de los derechos de primera generación, que no destacó lo social hasta la introducción por la ONU (1966) de los derechos positivos de segunda generación, formulados en los pactos internacionales referidos a la universalización de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Estos derechos han de ser implementados –“realización progresiva”– por los estados en la medida de sus capacidades. La tibieza de estos acuerdos refleja la indisposición de los gobiernos para incurrir en deberes de cumplimiento, reconociendo un escaso compromiso de cooperación internacional y la condenación de los países pobres a una marcha solitaria, lenta y pedregosa hacia una suficiencia económica mínima. Entre estudiosos del derecho internacional se detecta un proceso de “globalización judicial” que

en el contexto de la globalización neoliberal vuelve improbable que cortes domésticas, tácita e implícitamente aceptando la ortodoxia neoliberal, avancen en la protección de derechos socioeconómicos (O’Connell, 2011: 552).

Las *Declaraciones sobre derechos humanos* son recomendaciones que no tienen carácter vinculante, ni fuerza para activar el camino hacia una justicia social básica pero universal. Diversos indicadores incluyendo las variantes de cálculo del índice Gini muestran un aumento en la inequidad de ingresos, la reducción de pobreza siendo mínima y esencialmente sostenida por China e India. El ritmo de mejoras en América Lati-

na, marginal, desigual, lento y con recaídas, se traduce en cumplimientos muy fragmentarios de los derechos humanos positivos.

La DDHH es la primera en desconfiar de su propia universalidad, pues si no fuese así, no se explicaría que haya reiterado que los derechos de la mujer son parte “inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”, ni los fracasados esfuerzos por establecer los derechos universales de los ancianos o de los discapacitados.

Actualmente va en aumento el llamado a ir más allá del lenguaje de derechos en bioética. No obstante, lo que usualmente se entiende por este llamado es un giro hacia una narrativa más rica en contexto y valores en relación al paciente o su contexto familiar (Thomasma, 2001: 300).

En 2005 aparece la *Declaración universal de bioética y derechos humanos* (DUBDH). Siendo la bioética una ética aplicada a situaciones y prácticas sociales, las iniciativas por replantear sus fundamentos y metas han preferido buscar inspiración en el vuelo filosófico, desestimando raíces sociológicas y antropológicas indispensables para dar relevancia al discurso bioético y reconocer su dependencia del contexto real en que se despliega. La DUBDH ha recibido una entusiasta recepción en Latinoamérica, cuyos académicos han contribuido substancialmente a su elaboración, pero también ha habido acerbas críticas a su oportunidad y contenido (Schüklenk y Landman, 2005 y Williams, 2005).

Parece necesario aclarar cuál interpretación de los derechos humanos primarios y la dignidad humana constituyen la base ético-legal de DUBDH. Si el énfasis estuviese en la regulación actual de los derechos humanos, bastaría mencionar el hecho. Si por otro lado, el énfasis es en dignidad humana debiera, en aras de claridad, proveer una definición y defenderla (Häry y Takala, 2005: 232).

Los apologistas de la DUBDH destacan el énfasis social que toma la *Declaración*, cuya evolución a través de varios borradores varió desde “resolución de temas éticos planteados por la medicina, las ciencias de la vida y las sociales” terminó en “la supresión de ciencias ‘sociales’, aparentemente a objeto de limitar el alcance de los temas éticos abarcados por la Declaración” (Kirby, 2009). Apenas tres lustros desde su publicación, sería impropio reclamar sus efectos en la sociedad, pero

tampoco hay señales de iniciativas al respecto: “El mayor desafío es ‘traducir’ el consenso sobre principios bioéticos expresado en la Declaración Universal de Derechos Humanos en prácticas concretas y efectivas” (Sané, 2009: 352).

Cuando un conjunto de personas comprometidas con visiones éticas diferentes buscan formular una declaración apoyada por todos (o siquiera por la mayoría), la declaración resultante adolecerá de una o dos posibles limitaciones –minimalismo o vaguedad. Entiendo por ‘minimalismo’ el fenómeno de concordar en el más bajo común denominador (Benatar, 2005: 221).

La mayoría de los esfuerzos por desarrollar una bioética regionalmente relevante, que reconoce la disfuncionalidad en que ha caído el discurso principialista eurocéntrico, opta por recurrir al método de la deliberación con fundamento en los derechos humanos a pesar de las limitaciones y fragilidades de este enfoque con más fuerza de proclama que de asegurar el cumplimiento de derechos positivos.

Latinoamérica reitera con especial énfasis su postura crítica frente a la bioética anglosajona de cauce central desajustada con el ideario regional enriquecido por la mayor presencia de etnias autóctonas que reclaman la restitución de sus modos de vida basados en cosmologías que fueron opacadas, marginadas y desoídas por la cruenta conquista europea eufemísticamente presentada como el “descubrimiento de América”. Dominada aún hoy por un neocolonialismo económico, nuestra región, entre otras, vive la ambivalencia de acomodarse a los procesos de desarrollo económico ejemplificados por países prósperos, a tiempo que carece de la estructura social requerida para una expansión competitiva. Insolutas son las tensiones de mantener valores y visiones de mundo que no conviven bien con la carrera hacia la sociedad de consumo basada en el emprendimiento individual, la fábula de igualdad de oportunidades, la desatención a consecuencias sociales negativas y la desvinculación de doctrinas religiosas de arraigo histórico en América Latina.

Las lacras de pobreza y exclusión, que Latinoamérica sufre al igual que otras regiones con un pasado colonial y un persistente neocolonialismo, como también la abundancia de etnias autóctonas, precolombinas y que sufren problemas de conservación, identidad e integración, han sido regionalmen-

te trabajadas por la ética de liberación, confluyendo en una bioética que se caracteriza como social en declarada oposición a la bioética principialista que domina en las regiones noratlánticas y coloniza buena parte de la bioética incipiente del Sur –Latinoamérica, África, India–. El rechazo a la bioética principialista es duro, acusándola de imperialismo moral, y proponiendo una respuesta bioética militante y políticamente activa (Garrafa y Lorenzo, 2008). Similar rechazo del principialismo busca defender la dignidad humana mediante una identificación de bioética y derechos humanos, en línea con la DUBDH de 2005, liderado por Juan Carlos Tealdi, María Luisa Pfeiffer y otros autores de la región (Pfeiffer, 2004).

Estos esfuerzos han sido enmascarados por la persistente influencia de la bioética anglosajona y su fundamento principialista, rechazada por una militancia antiimperialista inspirada en la filosofía de la liberación. Queda abierto acaso una estrategia a bayoneta calada sea eficaz para contraponerse a la bioética anglosajona y su potente actividad misionera. La alternativa razonable y concorde con la democracia deliberativa es la contrastación de argumentos racionales en busca de algún acuerdo o compromiso que permita el abordaje ecuanime de dilemas y problemas que enfrenta una ética aplicada inserta en su contexto social. Aplica a la bioética la pregunta antropológica: “¿cómo producir un pensamiento no europeo, de manera no europea?” (Viveiros, 2013).

Los propulsores de un mayor activismo político son suspicaces de los debates que se eternizan, pierden la médula de la cuestión y difícilmente llegan a respuestas unívocas. No obstante, continúa la deliberación siendo el modo más esclarecedor de intercambiar razones valóricas y buscar alguna ecuanimidad en las prácticas sociales vigentes. La bioética acoge propuestas como el equilibrio reflexivo –Rawls, Daniels–, la ética comunicativa –Habermas–, la ética del discurso –Apel, Cortina–, que todas se refieren a deliberantes descontextualizados, ocultos tras un velo de ignorancia, entendidos como mónadas racionales equivalentes. La despersonalización de los potenciales deliberantes ha sido reclamada por desatender la realidad orgánica de los cuerpos participantes y sus contextos sociales (Crossley y Roberts, 2004).

La reflexión sobre la deliberación en situación de desigualdad

muestra una realidad muy diferente. La filósofa india Gayatri Spivak, describe la distorsionada comunicación entre las elites que domina al resto de la comunidad, y los subordinados que carecen de empoderamiento y voz: “¿Puede hablar el sujeto subalterno?” pregunta la filósofa india y contesta negativamente (Spivak, 1998). El tema es trabajado en Latinoamérica por Enrique Dussel: “El Otro, excluido de la ‘comunidad’ de comunicación y de los productores, es el pobre” (Dussel, 1994: 88). El subordinado, el otro excluido, no se hacen oír aumentando el volumen de su interpelación; tiene que producirse una permeabilización de la escucha dominante producto de un “movimiento ético”, como expresamente lo reclaman tanto Spivak como Dussel.

## **6 Fragmentaciones en bioética**

Acaso la bioética sea una disciplina o meramente un campo de reflexión es una discusión trivial, por cuanto esta ética aplicada se comporta sociológicamente en forma disciplinaria, atestiguada por la presencia de centros universitarios, currículos formales de pre y posgrado, congresos, publicaciones, académicos con frecuencia llamados “bioeticistas” al cumplir funciones docentes, de investigación, extensión, asesorías legales. El prurito de especialización ha tentado a su designación como expertos, lo cual en materias de ética y valores morales es una arrogación impropia de saber certero e indiscutible. Un similar afán de apropiación se observa en la tendencia a parcelar la bioética bajo diversos adjetivos que pretenden desplegarse como sub-disciplinas: bioética clínica, de investigación, en salud pública, ecológica, crítica, feminista, pragmática. Estas fragmentaciones son, de por sí, obstáculos a la tan celebrada transdisciplinariedad de la bioética, y conllevan contradicciones insostenibles, por ejemplo, entre ética clínica y ética de la investigación con seres humanos, la primera orientada hacia el beneficio del paciente, la segunda enfocada en producir “conocimiento generalizable” (Miller y Brody, 2003). La ética investigativa apoya el empleo de placebos como grupo control en estudios clínicos aleatorizados, mientras que la ética clínica los rechaza por dejar a los pacientes huérfanos de terapia. Los intentos de convergencia – equiponderación, consentimiento informado exhaustivo– son, a su vez, controvertidos e incapaces de resolver la dis-

cordia.

Ha sido un afán académico latinoamericano distinguir en bioética temas, niveles y problemas. Tres temas han sido identificados: catástrofe ecológica, revolución biológica, y medicalización de la vida. Los niveles de la bioética son asimismo tres:

1. macroética, ética medioambiental, ecológica, biomédica y planetaria; 2. mesobioética, ética de la intervención biotécnica sobre la vida humana, incluyendo principalmente al nacimiento, desarrollo humano, la muerte, el aborto y a la eutanasia; y 3. microbioética, ética médica propiamente dicha, que comprende la relación terapéutica y la atención de salud (Llanos, 2007: 191).

En cuanto a las problemáticas de la bioética encontramos a: Alfa: O del nacer, la genética, la contracepción, la reproducción asistida, el aborto. Beta: O del vivir, la experimentación humana o con seres humanos, los trasplantes, el control de la conducta. Omega: O del morir, la muerte, la postergación de la muerte, la terapia intensiva. La bioética se basa en tres principios fundamentales: Autonomía, beneficencia o no maleficencia, y justicia (Gil, s/f).

Estos afanes taxonómicos agregan poca substancia y desdibujan el discurso, ignorando que la bioética es un entramado de problemas e interacciones. La adjetivación de la actividad bioética intenta crear fronteras y cierres, corriendo riesgos de contradicciones insalvables, como entre bioética clínica y bioética de investigación, o entre bioética doctrinaria y bioética secular. Es igualmente discutible la utilidad de distinguir entre “bioética cotidiana” y “bioética de frontera” o entre problemas persistentes y emergentes, porque esta nomenclatura tendrá que ir desplazando lo que es frontera según las innovaciones tecnocientíficas que se presentan y se vuelven, para bien o para mal, cotidianas –trasplante de órganos, alimentos genéticamente modificados, reproducción asistida, intervenciones neurocientíficas– (Berlinguer, 2000).

Similares reflexiones deberán ser dedicadas a la bioética social para indagar su especificidad y delimitación, de existir, con bioéticas “no sociales”, y los posible estímulos u obstáculos que puedan presentarse.

## **7 Bioética social**

El capitalismo neoliberal que impulsa la globalización, tiene entre sus fundamentos la reducción de los estados y sus tare-

as de protección social, con la privatización de servicios básicos como educación, salud y previsión, que han de ser negociados individualmente bajo las leyes del mercado y el predominio del principio ético de autonomía. Al debilitarse la red pública de protección, los desposeídos e insuficientemente empoderados no pueden ejercer la autonomía que se les impone para satisfacer sus necesidades básicas. Para el ciudadano medio, la autonomía es cooptada por el mercado de consumo, que no solo incita sino que obliga mediante innovaciones que hacen obsoletos e inservible las versiones técnicas de ayer.

El individualismo y la autonomía son campos estériles de debate, donde se desgastan energías inútilmente. Los derechos humanos, criticados por culturas no occidentales por su individualismo, son intrínsecamente sociales:

Dado que el principio de derechos humanos implica el requerimiento de respeto mutuo (y de mutua asistencia cuando es necesaria y practicable), es un principio de solidaridad social contraria a la exclusiva preocupación por el interés personal (Gerwith, 1996).

La ética comunitaria intercultural ha de rejuvenecer el debate bioético que se ha vuelto demasiado complaciente y confiado en el análisis estándar de la autonomía, aunque una tal ética se apoya menos en derechos humanos que en el bien común (Thomasma, 2001: 307).

La composición del término “autonomía” lleva en sí lo social, ya que la partícula *nomos* reconoce el origen comunitario de toda normativa, validada por Kant en su imperativo categórico que propende a la acción convertida en ley universal. “Autonomía en bioética no puede sustentar el individualismo, pues debe implicarse con otros en la comunidad” (Thomasma, 2001: 303).

El concepto de autonomía, desflecado y desdibujado, tiende a ser reemplazado por el de *free will*, que en español significa libre albedrío, pero no en el sentido medieval de requerir racionalidad y voluntad hacia el bien, sino en el sentido moderno de vincular racionalidad y voluntad normativa, es decir, actuar libremente en respeto de normativas sociales que sientan contratos sociales en pro de la convivencia. Derechos humanos, autonomía y libre albedrío confirman que el indivi-

duo en cuanto cuerpo humano solo vive en tanto trasciende hacia el mundo y mantiene relaciones sociales significativas (Kottow, 2012).

Desde Latinoamérica se ha errado el blanco al batallar contra una autonomía individual opuesta a una bioética social basada en derechos humanos, cuando la meta debiera ser reconocer que toda ética/bioética es social, pero es defectuosa y dañina si representa valores que no reconocen al otro, y cuando ahonda inequidades e instala valores en función de intereses corporativos privados. La trasgresión y desatención al bien común, cuyo norte es proteger y empoderar a todos los seres humanos, ha sido tan frecuentemente mostrada que ya no estimula la capacidad de indignación y de acciones reparadoras.

Fue Max Weber quien presentó la distinción entre la ética de convicción y la ética de responsabilidad, la primera de corte individual y orientada por los propios principios y creencias, la responsabilidad en cambio ponderada por sus consecuencias, es decir, por su impacto social. Los escritos de Hans Jonas destacan un “principio de responsabilidad”, en concordancia con una definición de ética como la reflexión sobre actos humanos realizados en libertad y responsabilidad, acercando la ética a lo jurídico y alejándola de lo religioso. La extensa agencialidad humana de la modernidad y la complejidad de las sociedades actuales tienen efectos más allá del agente, siendo redundante en esta perspectiva hablar de ética social por cuanto todo acto ético debe rendir cuentas ante el otro, los otros, la sociedad. En ética aplicada, y por ende en bioética, la reflexión y el juicio ético se centran por definición en prácticas sociales, de modo que también aquí la adjetivación de “social” es sobrante.

El término bioética social aparece tardíamente en la bioética anglosajona, mayoritariamente en propuestas que incluye otras dimensiones como los programas ELSI, la extensión a la bioética global, la responsabilidad social apoyada en sustentabilidad y solidaridad, adoptando un lenguaje descontextualizado referido, pero no comprometido, al respeto por personas y grupos vulnerables y el compromiso de mejorar las disparidades de salud, la dignidad y la calidad de vida para todos los seres humanos actuales y de futuras generaciones.



En Latinoamérica se ha hecho especial énfasis en relevar la bioética social referida a las instituciones y políticas sanitarias de nuestra realidad, la importancia de desarrollar contrapropuestas al principalismo anglosajón (León, 2005). Siendo Latinoamérica una región infestada de pobreza tanto absoluta como multidimensional, con índices abismantes de desigualdad, aguda consciencia de un pasado de colonialismo y un presente neocolonial con sometimiento a las desfavorables determinantes socioeconómicas agravadas por la globalización neoliberal, y con experiencia vívida de que en su seno habitan culturas étnicas marginalizadas, es comprensible que la bioética celebre y apoye los emprendimientos políticos en pro de emancipar la región.

Contundentes estudios sobre justicia social aparecen en la literatura filosófica y política, desde Rawls, Sen, O'Neill, Miller, Moore, Fraser, Barry, por nombrar sólo algunos, que a su vez dan origen a enfoques directamente relacionados con bioética -Daniels, Powers&Faden, Pogge y muchos otros-, así como a antologías -Chatterjee, Anand et al.-, todos ilustrando el renovado interés académico en pobreza, injusticia social, inequidad en salud pública y asistencial.

Sostengo que el primer conjunto de cuestiones a relevar en todo problema ético es el enfoque en significación social, implicaciones y contexto, incluso en aquellos casos que afectan solo a individuos (Callahan, 2003: 287-291).

No hay una clara distinción entre la esfera pública y la privada. Es importante que exista una esfera privada y protegida, pero lo que se considere privado dependerá de decisiones sociales, y no de alguna condición humana inherente (Callahan, 2003: 288).

No queremos ver al a autonomía establecida como un principio que siempre campee sobre otras decisiones (Callahan, 2003: 290).

Las preocupaciones por igualdad de oportunidades para estar sano forman la base para incluir en la definición de equidad en salud la ausencia de disparidades sociales sistémicas, no únicamente en el estatus de salud, sino en las determinantes sociales claves (Braveman y Gruskin, 2003: 255).

Las inequidades en salud sistemáticamente desplazan a poblaciones que ya son socialmente desaventajadas (por ejemplo por ser pobres, mujeres, o miembros de grupos raciales, étnicos o religiosos desplazados) en aún mayor desventajas con respecto a su salud (Braveman y Gruskin, 2003: 256).

La evaluación de equidad en salud requiere comparar salud y sus

determinantes sociales entre los más y los menos grupos sociales aventajados (Braveman y Gruskin, 2003: 257).

No obstante estas bien intencionadas publicaciones, lo predicado no ha logrado modificar el embate de la bioética nortatlántica, más eurocéntrica que atenta a la necesidad de una bioética inspirada en valores y contextos latinoamericanos. No es que la bioética de cauce central carezca de toda sensibilidad social, pero lo que para ella es tema de reflexión teórica es para nosotros asunto existencial.

En los inicios del presente siglo se desarrolla con fuerza la bioética en salud pública, obviamente con una visión de sociedad sobre todo en la reflexión sobre determinantes socioeconómicos y equidad en salud. Los contextos de las políticas sanitarias de cada país dan nacimiento a una primera vertiente de bioética con acentuada expresión social nucleada alrededor de las instituciones que deben implementar servicios públicos, debatir sobre distribución de recursos, hacer una sociología regional de las profesiones de la salud (León, 2008).

### **8 Una mirada proléptica**

Los pensadores latinoamericanos, desde las denuncias anotadas por Rodó (1900) de una América voluntariamente “deslatinizada” por “nuestra nordomanía”, hasta el discurso agresivo que impide poner en escena una ética mínima de comunicación, han caído en un victimismo de base real, pero con más fuerza retórica que deliberativa:

Es difícil aceptarlo, pero aún en sus formas vociferantes y extremas, esta bioética combativa, tercermundista, anti-capitalismo, anti-imperialismo, anti-casi todo, no ha producido idea alguna que valga la pena recapitular (Lolas, 2015: 7).

Fernández-Carrión (2015) analiza y sintetiza cinco puntos programáticos de la bioética social latinoamericana:

- 1 Politización social de la bioética.
- 2 Profundizar la reflexión ética y bioética.
- 3 Desarrollar un nuevo orden moral encuadrado en los derechos humanos.
- 4 Relevar los problemas sociales de vulnerabilidad y falta de recursos.
- 5 Enriquecer la teoría principalista con énfasis en la solidaridad y la precaución.

Una bioética que quiera llamarse social y latinoamericana, hará bien en reflexionar sobre su muy dispar desempeño, disgregación y carencia de perfil, sintetizando a modo de conclusión su breve trayectoria en 6 puntos, manteniendo un lenguaje que evite herir susceptibilidades de quienes desde hace varios lustros participan en las actividades bioética de la región:

- 1 Quiéralo o no, nuestra región es parte del proceso neoliberal de globalización y de los valores éticos propiciados por la bioética de cauce central originada en las naciones económicamente más solventes, de altos ingresos y así llamadas “desarrolladas”. Hay coincidencias y discrepancias con esa bioética, que no se resuelven con un rechazo anti-imperialista, sino que requieren afinar la deliberación, asimétrica pero insoslayable, entre “los subalternos” y la autodenominada elite, tomando en consideración que la nomenclatura técnicocientífica presenta notorias dificultades de traducción y traslación cultural.
- 2 Un similar ejercicio ha de ser realizado por la bioética al interior de sus naciones, donde la elite académica debe escuchar y deliberar con las etnias autóctonas sumidas en subalternidad.
- 3 La comunidad de bioeticistas debe abandonar los personalismos y provincialismos que maculan mucho de lo que se dice y hace en bioética, a fin de ir desarrollando un corpus de ideas transversalmente legitimadas. Nuestros órganos de difusión son insuficientes, las exigencias editoriales muy dispares, la inclusión bibliográfica de los colegas y prójimos extremadamente desatenta, los cursos de grado y posgrado más competitivos que colaborativos.
- 4 El objetivo de una bioética social latinoamericana debe liberarse de las lacras de indexación e impacto. Ya condenaba el filósofo argentino Julio Cabrera hace varios lustros, lo paralizante de la exigencia “que se ‘ubique lo pensado en alguna de las líneas geopolíticamente determinadas, asumiendo así un estilo, una jerga, una manera de citar y una manera de omitir” (Cabrera, 1996: 14-15).
- 5 Toda bioética, siendo inter y transdisciplinaria, tiene que enfrentar las críticas de no dar suficiente énfasis a aspectos sociológicos y antropológicos fundamentales pero diversos. En el caso de Latinoamérica, la bioética debe estar in-

mersa en los contextos sociales, la antropología cultural y las humanidades propias de la región.

- 6 La institucionalización de la bioética, aspecto fundamental en la socialización del pensamiento bioético, tiene una historia y una presencia muy errática. La constitución de Comisiones nacionales de bioética que, siguiendo el modelo francés, debieran tener un papel preponderante tanto en la asesoría a los poderes públicos como en el debate ciudadano de asuntos bioéticos, ha de ser un pilar fundamental en todos los países; sin embargo, han tenido un desarrollo pedregoso, y, pese a la asistencia del programa ABC (Assisting Bioethics Committees) de la Unesco y el *Compromiso de San Salvador* (2015), Latinoamérica y el Caribe no tienen más allá de una docena de Comisiones nacionales (Maglio, 2018).

### **Bibliografía**

- Augé, M. (2006) *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- Bedau, MA., Humphreys, P. (2008) *Emergence*, Cambridge, London, The MIT Press.
- Benatar, D. (2005) "The trouble with universal declarations", *Developing world bioethics*, 5(3), 220-224.
- Berlinguer, G. (2000) *Bioetica quotidiana*, Milano, Giunti Gruppo Editoriale.
- Braveman P., Gruskin S. (2003) "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology&community health*, 57(4), 254-258: 255.
- Cabrera, J. (1996) *Crítica de la moral afirmativa*, Barcelona, Editorial Gedisa.
- Callahan, D. (2003) "Principlism and communitarism", *Journal of Medical ethics*, 29(5), 287-291.
- Chattopadhyay, S., De Vries, R. (2013) "Respect for cultural diversity in bioethics is an ethical imperative", *Medicine, healthcare and philosophy*, 16(4), 639-645.
- Crossley, N, Roberts, JM. (2004) *After Habermas*, Oxford Malden, Blackwell Publishing.
- Dawson, A, Garrard, E. (2006) "In defence of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles", *Journal of Medical ethics*, 32(4), 200-2004.
- De Vries, R., Rott, L. (2011) "Bioethics as missionary work", *Bioethics around the globe*, C. Myser (edición), Oxford, New York, Oxford University Press, 3-18.

- Dussel, E. (compilador) (1994) *Debate en torno a la ética del discurso de Apel*, México, Editorial Siglo XXI.
- Emmerich, N. (2015) "A Sociological Analysis of Ethical Expertise: The Case of Medical Ethics", *Sage Open*, <http://sgo.sagepub.com/content/5/2/2158244010445>.
- Fayemi, AK, Macaulay-Adeyelu (2016) "Decolonizing bioethics in Africa", *BEOnline*, 3(4), 68-90.
- Fernández-Carrión, M-H. (2015) "Historia de la bioética en América Latina", *Revista Vectores de investigación. Journal of Comparative studies Latin America*, 11(11), 57-95.
- García-Rodríguez, J., Delgado Díaz, CJ., Rodríguez León, GA. (2009) "Bioética global. Una alternativa a la crisis de la humanidad", *Salud en Tabasco*, 15(2-3), 878-881.
- Garrafa, V, Lorenzo, C. (2008) "Imperialismo moral e ensaios clínicos multicêntricos em países periféricos", *Cadernos de Saúde pública*, 24(10), 2219-2226.
- Gerwith, A. (1996) *The community of rights*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Gil, EM. (sf) *Nociones básicas de bioética*, [www.colmed9.com.ar/Bioetica/BIOÉTICA\\_NOCIONES\\_BÁSICAS.pdf](http://www.colmed9.com.ar/Bioetica/BIOÉTICA_NOCIONES_BÁSICAS.pdf).
- González, R. Arnaiz, G. (2006) "Bioética ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria?", *Papeles de Filosofía*, 25(1), 135-165.
- Häry, M, Takala, T. (2005) "Human dignity, bioethics and human rights", *Developing world bioethics*. 5(3): 225-233.
- Hellsten, SK. (2008) "Global bioethics: Utopia or reality?", *Developing world bioethics*, 8(2), 70-81.
- Hottois, G, Missa, J-N. (2001) *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruselas, De Boeck&Larcier.
- Kirby. M. (2009) "Scope", *The Unesco universal declaration on bioethics and human rights*, HAMJ. Have y MS. Jean (edición), Paris, Unesco Publishing, 67-8.
- Kottow, M. (2012) *Bioética relacional*, Saarbrücken, Editorial Académica Española.
- León Correa, FJ. (2008) *De los principios e la bioética clínica a una bioética social para Chile*, *Revista Médica de Chile*, 136(8), 178-182.
- (2005) "Una bioética social para Latinoamérica. Agora Philosophica", *Revista Marplatense de filosofía VI*, (1)1, 19-26.
- Llanos, ZA. (2007) *Bioética en Perú, Perspectivas de la bioética*

- en Latinoamérica*, I. Pessini L, C. de Barchifontaine, F. Lolas (coordinadores). Santiago de Chile, OPS/OMS, 189-198.
- Lolas, F. (2015) "Perspectivas educativas y sociales del discurso bioético", *Acta Bioethica*, 21(1), 7-8.
- Maglio, I. (coordinador) (2018) *Los Comités y las Comisiones nacionales de bioética en América Latina y el Caribe*, Bogotá, Universidad El Bosque/Unesco.
- Maliandi, R. (1994) *Ética: conceptos y problemas*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2 edc.
- Miller, F, Brody, H. (2003) "A critique of medical equipoise", *Hastings center report*, 33(3), 9-28.
- Myser, C. (edición) (2011) *Bioethics around the globe*, Oxford, New York, Oxford University Press.
- Moyn, S. (2018) *Not enough human rights in an unequal world*, Cambridge, London, The Belkan Press of Harvard University Press.
- O'Connell, P. (2011) "The Death of Socio-Economic Rights", *The modern law review*, 74(4), 532-554.
- Parizeau, M-H. (2001) "Ética aplicada", *Diccionario de ética y de filosofía moral*, M. Cato-Sperber (director), México, Fondo de Cultura Económica, 575-581.
- Pfeiffer, ML. (edición) (2004) *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Mar del Plata, Ediciones Suárez.
- Sané, P. (2009) *Concluding words. The Unesco universal declaration on bioethics and human rights*, Paris, Unesco Publishing, 349-353.
- Schüklenk, U, Landman, W. (2005) "Unesco 'declares' universals on bioethics and human rights—many unexpected universal truths unearthed by UN body", *Developing world bioethics*, 5(3), III-VI.
- Selgelid, M. (2008) "Improving global health: counting reasons why", *Developing world bioethics*, 8(2), 115-12.
- Spivak, GC. (1998) "¿Puede hablar el sujeto subalterno?", *Orbis Tertius*, 3(6), 175-235, [http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.2732/pr.2732.pdf](http://www.fuentesmemoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2732/pr.2732.pdf).
- Thomasma, D. (2001) "Proposing a new agenda: Bioethics and international human rights", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, No. 10, 299-310: 301.
- Viveiros de Castro, E. (2013) *La mirada del jaguar*, Buenos Aires, Tinta Limón.
- Williams, JR. (2005) "Unesco's proposed declaration on bio-

ethics and human rights –a bland compromise”. *Developing World Bioethics*, 5(3), 210-215.

Widdows, H. (2007) “Is global ethics moral neo-colonialism; An investigation of the issue in the context of bioethics”, *Bioethics*, 21(6), 305-315.