

Revista Vectores de Investigación
Journal of Comparative Studies Latin America

E-ISSN online 2255-3371

ISSN 1870-0128

Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Historia de la bioética en América Latina

Vol. 11 No.11, 57-95 pp.

MONOGRAFIA DE BIOÉTICA

57

**Miguel-Héctor
Fernández-
Carrión**

*Director del Centro
de Investigación de
Estudios
Comparados de
América Latina*

Palabras claves:

*Historia de la bioética,
América Latina,
bioética social*

Key Words:

*History of bioethics,
Latin America, so-
cial bioethics*

Historia de la bioética en América Latina

HISTORY OF BIOETHICS IN LATIN AMERICA

ENVIADO 1-10-2015 REVISADO 5-11-2015
ACEPTADO 9-11-2015

RESUMEN En la elaboración de la historia de la bioética en América Latina no se puede partir de la idea de que la bioética tiene sus orígenes en los propios comienzos de la historia de la humanidad o incluso en la época precolombina, ni relacionarla exclusivamente con la ética, aunque se pueda entender como un conocimiento dependiente de la ética aplicada, ni tampoco hacerlo de la biología u otras disciplinas, por separado, pues no se podría aludir exclusivamente a una sola (filosofía, ética o biología, por ejemplo), sino que es necesario que se piense desde la conjunción de un grupo de ellas, como biología, psicología, derecho, sociología, filosofía, medicina, entre otras; es por tanto, un conocimiento científico interdisciplinar. Incluso en este caso, se puede establecer un paralelismo por ejemplo con la física nuclear, ambos conocimientos no tienen sus orígenes antes de su conformación etimológica y crea-

ción como ciencia autónoma, a lo sumo se podría aludir a ciertos antecedentes, y sólo en ese caso se pueden señalar algunos antecedentes de la ética y de la biología por separado, y *a posteriori* se logra algún tipo de relación entre ambas; sobre todo, porque en la comprensión de la bioética no se puede establecer su origen en una época en la que no se dan las condiciones de innovación tecnológica necesarias para demandar la aplicación de la teoría bioética en la vida y en el ámbito de la salud, de acuerdo con la definición de “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud [en relación con los avances tecnológicos –Fernández-Carrión, 2014–], analizadas a la luz de los valores y principios morales” (Reich, 1995: 36)

ABSTRACT In the making of the history of Bioethics in Latin America it could not be assumed that Bioethics has its origins in the very foundations of Humanity not even in pre-Columbian era, neither could be related only to Ethics, although it depends of it and other disciplines, but it should be approached from a combination of them; it is, therefore, interdisciplinary scientific knowledge.

1. Introducción

La bioética con fundamento interdisciplinar conjunta diversos conocimientos, como la medicina, la filosofía, la ética, la psicología, la sociología, el derecho, entre otros, al tratar temas y momentos específicos del ser humano y no humano, a partir fundamentalmente de la interrelación habida y existente entre los avances tecnológicos, el cambio de conducta social y la adecuación de la legislación que ha prevalecido y perdura en el tiempo en torno a la actitud seguida por los seres humanos con la vida y la muerte, de sus propios congéneres y de la naturaleza (seres vivos y entorno natural). De acuerdo a la definición establecida por Reich y otros autores, no se debería pretender buscar los orígenes de la bioética antes del siglo XX, previo al desarrollo tecnológico contemporáneo y al establecimiento del término en 1970, por Potter en “Bioethics, The Science of Survival”. Su antecedente inmediato, en la práctica, es la segunda guerra mundial –según Fernández-Carrión, 2014– cuando los nazis por primera vez en la historia aplican los avances tecnológicos a la muerte masiva de seres humanos, o incluso se

puede atender su vinculación no en relación con el origen de la ética convencional y la filosofía en general, sino con una nueva ética aplicada, que no considera exclusivamente al ser humano sino también a su entorno natural en el debate entre la vida y la muerte, y entre el dolor y el placer (Fernández-Carrión, 2014).

Asimismo, la bioética propicia el debate que favorece la ruptura de la hegemonía profesional disciplinar, especialmente médica, en temas relacionados con la vida, la muerte, la salud, los derechos, el ambiente, entre otros, cuya importancia reside en la polémica que despierta al ofrecer perspectivas tan distintas que hacen prácticamente imposible establecer una postura rígida y absoluta, particularmente porque entran en juego elementos tan subjetivos como la escala axiológica, las costumbres personales y sociales, las creencias religiosas o posturas morales, entre otras. Sin embargo, busca proponer una postura lo más general posible ante los grandes temas que inquietan a la bioética, particularmente si se sigue la máxima de la ética mínima (Márquez, 2012: 90).

En la elaboración de la historia de la bioética existen autores, contrarios a lo señalado anteriormente, que pretenden encontrar sus orígenes en la época precolombina, como lo hacen Álvarez (2012) o Neira (2008), por ejemplo; en cambio, León lo relaciona en el siglo XX con las publicaciones habidas sobre la materia en lengua española (2007: 145-152), en “La bioética latinoamericana en sus textos” (2008c: 21-29) Lolás la vincula con el desarrollo experimentado en el propio subcontinente (2005), y también lo argumenta junto a Florenzano, Gyarmati y Trigo (1992).

En el paso de una bioética habida en América Latina a la concepción de una bioética latinoamericana, partimos de los criterios establecidos previamente por León, que propone indistintamente una Bioética en América Latina (2004) y una Bioética latinoamericana (2008), e incluso Álvarez se pregunta “¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?” (2012) y última con la respuesta que “lo que realmente puede elaborarse es una ‘Bioética en Latinoamérica’” (2012: 11). Hasta la actualidad se pensaba, por parte de diferentes autores, que aludir a una bioética desarrollada en Latinoamérica era lo correcto, pues para que una ciencia, disciplina e interdisciplina pueda conformar un corpus de pensamiento autóctono, enclavado en un entorno geopolítico específico, demanda –según Fernández-Carrión– tres factores, que sean desa-

rrollados por una serie de autores de un mismo o varios países del subcontinente, tomados en consideración en un tiempo concreto:

60

- 1 Desarrollarse en el tiempo, con unas características comunes o suficientemente concomitantes entre sus miembros,
- 2 Enclavarse en una zona geopolítica específica, correspondiente a un país, región o continente o subcontinente, tomado como referente de estudio.
- 3 Contar con unas ideas comunes que les diferencien del resto de lo expuesto por otros autores de regiones, continentes o subcontinentes distintos (Fernández-Carrión, 2014).

Este criterio adquiere un valor fundamental para la comprensión histórica de la bioética, para que un médico... o filósofo, etc. no entienda el desarrollo de una ciencia haciéndola depender exclusivamente de la realizada en un país o región, sin atender a su fundamento histórico, sino sólo a dos factores generales, como son su localización geográfica (país o región) y la disciplina aplicada; en cambio, un historiador, tiene en consideración los tres factores indicados anteriormente por Fernández-Carrión: tiempo, espacio y condicionantes teóricos de la disciplina o interdisciplina, la gran diferencia entre ambos posicionamientos es el importante referente del tiempo, para todo historiador es clave la conformación cronológica de los hechos analizados, pues el transcurrir del tiempo es un elemento a tener en cuenta la transformación de una acción o pensamiento humano en un hecho histórico; es decir, sin ese factor no se puede anteponer a un estudio de la bioética en Latinoamérica el calificativo de historia.

Por todo lo expuesto se puede entender la existencia de la filosofía griega o filosofía alemana, por ejemplo; de igual forma no se puede hablar aún de una bioética mexicana, que demanda de un mayor desarrollo en el tiempo, con unas características comunes de contenido, lo que ha lograda la bioética argentina, que a través de un número significativo de autores se alejaron de la “teoría principalista” anglosajona imperante en la época y en menor medida de la “bioética personalista” europea, hasta conformar a principios del siglo XXI una “bioética social”, que se ha extendido por Brasil, Chile y Colombia, principalmente. En la última década del siglo XX, en Latinoamérica, los primeros países que desarrollaron la bioética (Argentina, Chile, Colombia, Brasil...) comenzaron por aplicar una

serie de valores principales comunes como el lenguaje y cierta forma más o menos generalizada de entender y atender la vida, posteriormente, desde la primera década del siglo XXI, un grupo de autores argentinos y en menor medida brasileños y chilenos, fundamentalmente (a los que aludimos en el presente texto), criticaron en primer lugar las carencias sociales de las teorías principialistas y ultimaron después con la formación de una bioética centrada en el respeto y beneficio de equidad social (Fernández-Carrión, 2014).

Contrario a esta propuesta elaborada por Fernández-Carrión, se muestra Neira al señalar que “los problemas de bioética son inseparables de la cultura y del lugar geográfico donde surgen” (2008: 156) e igualmente León retoma las palabras de Llano quien apunta que los “países latinoamericanos, trasplantaron la bioética a Iberoamérica, sin atender a las diferencias de ‘tierra’ y sin preguntarse si dicha ‘planta’ ‘pegaría’ en países de tierras tan distintas, o si este ‘nuevo medicamento’ era apto para curar los males, tan diferentes, de estos pueblos” (Llano, 2007, cfr. Pessini et al, 2007: 51-58); pero el mayor problema a este respecto no es sólo la consideración del determinismo geográfico como clave para el desarrollo del pensamiento bioético —como hace Neira— (concepto superado en el tercer tercio del siglo XX), sino también la confusión de disciplinas que muestra tener Llano al hacer equivalente la bioética con la farmacología o la medicina en general. La bioética aunque se inscribe en la disciplina filosófica de la ética aplicada, comprende, en su práctica, más que el simple dictamen ético profesional, y por supuesto es mucho más que la aplicación racional o incluso ética de la farmacología o la medicina en general, es sobre todo la conjunción de disciplinas diferentes como la biología, la medicina, la ética, el derecho, etc. que repercuten en la práctica médica y en la investigación sobre los seres humanos y no humanos en torno a la dualidad clave de vida o muerte y dolor o placer, a partir de la implicación que inciden los avances tecnológicos, cambio de conducta social y adecuación de una legislación en esta línea de actuación.

Como señala Lolás Stepke

Ahora que la palabra ‘bioética’ está de moda, medran a su amparo y cobijo muchas personas, con derecho o sin él. Hay gurúes, expertos, aficionados, políticos, advenedizos, gerentes, en fin, una fauna

diversa y abundante. Algunos más prolíferos que otros, estos distintos cultores de la bioética suelen repetir una historia fundacional uniforme porque la han leído en las fuentes más habituales. A veces, suelen acomodarla a sus particulares intereses (Lolas Stepke, 2005: 162).

Para no caer en este tipo de error –indicado por Lolos–, es por lo que se ha elaborado la siguiente revisión general, fundamentada documentalmente, de la Historia de la bioética en Latinoamérica.

2. Historia de la bioética en Latinoamérica

La historia de la bioética que se desarrolla en América Latina desde la década de los ochenta del siglo XX hasta la actualidad, Fernández-Carrión (2014) la plantea en tres niveles o posiciones diferenciados: una primera a partir de destacar los hechos y acciones más sobresalientes de la bioética desarrollada conjuntamente en Latinoamérica en este período de tiempo analizado; seguidamente, en una segunda posición, se muestra una visión de la bioética desde la perspectiva propia de cada país que se realiza de forma específica (por razones de espacio no se puede incluir en este texto), y por último, se propone igualmente una visión novedosa de la historia de la bioética latinoamericana, en la que se agrupe las peculiaridades de la bioética que se ha venido dando en los distintos países de América Latina (segunda posición) con las peculiaridades generales que han tenido lugar en el subcontinente (primera posición) y que logran diferenciarse en el tiempo de los estudios de bioética aplicados en el resto del mundo (tercera posición) (Fernández, 2014). La bioética latinoamericana está caracterizada por la politización de la práctica profesional en esta materia, dentro de unas circunstancias socio-económicas de dependencia económica o subdesarrollada, con un matiz claramente de protección social de la población menos favorecida, y en el futuro probablemente –como argumenta Fernández-Carrión– debe marcarse la diferencia de la bioética aplicada en esta zona con las de otras partes del mundo, con la agrupación de los saberes y prácticas de los pueblos originarios americanos, a partir del empleo del estudio transdisciplinar sobre el tema.

2.1. Antecedentes y desarrollo general de la historia de la bioética en Latinoamérica

Llano Escobar¹ entiende que la bioética “nació en los Estados Unidos², en la segunda mitad del siglo XX, como un ‘producto’ típico de Norteamérica, concretamente como una ‘nueva ética’, con las características norteamericanas y para solucionar problemas norteamericanos” (Llano, s/f, cfr. Álvarez, 2012: 20), pero en realidad este no debe ser el pensamiento que marque el estudio de la bioética en la región, sino atender principalmente a las peculiaridades que se desarrollan en Latinoamérica, en dos fases –según Llano–:

1 Fase de trasplante, durante el último tercio del siglo XX, en la década de los ochenta e inicios de los noventa comienza la enseñanza de la disciplina de bioética en algunas universidades Latinoamericanas, es el momento del llamado “trasplante” –según Llano– del origen y aplicación de la bioética en Estados Unidos al resto del continente en “Argentina, primero, luego, en su orden, Colombia, Chile, México, Brasil y demás países latinoamericanos” (Llano, 2007).

Por el desarrollo inusitado de la Bioética, primero en Argentina, luego, en su orden, en Colombia, Chile, México, Brasil y demás países latinoamericanos y del Caribe, estos ‘trasplantaron’ la bioética sin atender a la diferencia de ‘tierra’ y sin preguntarse si dicha ‘planta’ ‘pegaría’ en países de tierras tan distintas, y sin averiguar si esta nueva ‘planta’ (medicamento) ((práctica)) era apta para curar los males, tan diversos, de estos pueblos” (Llano 2007: 18), [seguido a este criterio tan desafortunado, señala que] “la Bioética como tal, fue desconocida en nuestros países en la primera década, 1970-1980, época de su aparición en los Estados Unidos; fuera del desarrollo de las humanidades y de la ética, y de algunas alusiones a la Bioética en las aulas de medicina, en Argentina y en

¹ El colombiano Llano se doctora en moral médica en el Instituto Alfonsiano de la Universidad Latoranense de Roma, en 1976 y realiza posteriormente hasta 1986 estudios de posgrado en bioética en Kennedy Institute of Ethics de Georgetown University.

² Sobre el desarrollo histórico de la bioética, se puede atender a lo escrito por José Mazuelos Pérez en la tesis doctoral titulada “Posibilidad y significado e una bioética mediterránea. Comparación de los modelos bioéticos de H.T. Engelhardt y D. Gracia” (1998), aunque el texto elabora una relativa amplia visión histórica, le falta tener una mayor precisión en la presentación del texto acorde a su proceso cronológico, pues pasa de una fecha a otra, sin atender al proceso de consecución de los años.

Colombia, y posiblemente en otros países, no hubo más avances en ésta área (Llano, 2007: 53).

64

De acuerdo con el criterio establecido por Llano (2007: 18) la bioética en Latinoamérica se introduce en Argentina, con lo que coincide León Correa, al indicar que “lo inicia José Aberto Mainetti³, de la Fundación José María Mainetti, en Gonnet, próximo a la ciudad de La Plata, en la década de los setenta, en concreto en 1972, [cuando] funda el Instituto de Humanidades Médicas, que a través de la revista *Quirón*, difunde estas teorías, desde los ochenta entabla relación con el *Kennedy Institute of Ethics de la University of Georgetown*, de Washington (...) (León Correa, 2004, 145 y 2008b: 23). Pero si se tiene en consideración el proceso de producción editorial sobre bioética en lengua española y portuguesa, habría que matizar que sería en cambio, por este orden -León Correa- “el primer lugar lo ocupa España, seguida por Brasil, Argentina, Portugal, Colombia, México y Chile. Después está Venezuela, y a considerable distancia numérica los demás: Costa Rica, Uruguay, Cuba, Perú, Ecuador, etc.” (León Correa, 2008a: 15), pero si uno atiende realmente a las fechas de edición en lengua española y portuguesa realizada por autores nacionales (no traducciones, en este caso, sería España la primera) esta clasificación hay que modificarla, con el siguiente orden: primero Brasil, seguida de Portugal, Venezuela, España, México, Argentina, Chile, Colombia, y después el resto de países latinoamericanos. En cambio Lolas Stepke al intentar “Rehistoriar la bioética en Latinoamérica: la contribución de James Drane”, propone destacar el papel desarrollado en beneficio de la bioética latinoamericana por parte del norteamericano Drane, a partir de 1988/1989, seguido de su persona Lolas Stepke, cuando es nombrado director del Programa Regional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1998 (aunque previamente desempeña el cargo, como primer director de dicho Programa, igualmente en Chile, Julio Montt, exministro de Salud chileno); el propio autor reconoce que “la palabra y sus connotaciones (las de entonces, no las actuales) me habían llegado en 1986 a través de José Alberto Mainetti, y se habían fortalecido en sus tradicionales coloquios novembrinos de La Plata, Argentina. Ese cenáculo fue uno de los crisoles en que se forjo [el “inicio”, según León Correas, entre otros] la bioética latinoamericana” (Lolas Stepke, 2005a:

³ Quien en “Medicina y filosofía en mis años de formación y peregrinación”, de la década de los sesenta, alude a sus principios en la bioética.

163-164), e incluso el colombiano Llano, de acuerdo con sus años de formación, debe considerarse también uno de los pioneros de la bioética en Latinoamérica (FC).

2 Fase de consolidación, destaca tres actividades en el proceso de consolidación de la bioética en Latinoamérica: un número monográfico sobre bioética en la revista oficial de la OPS, en 1991; la fundación de la Fundación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), y el establecimiento del Programa Regional de Bioética de OPS (Lolas 2005a, 2005b).

65

El número monográfico fue publicado por el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*⁴, asimismo Fuenzalinda y Scholle editaron un número especial del *Boletín* dedicado a la bioética (1990) (vol. 108, No. 5 y 6, mayo y junio de, en español y vol. 24, No. 4, 1990, en inglés), el mismo contenido del *Boletín* se ha publicado con el título de *Bioética: temas y perspectivas*⁵, en la presentación del número especial de la revista e introducción del libro, Fuenzalinda y Scholle señalan que “en América Latina, la Bioética se puede considerar como una disciplina naciente” [en la década de los noventa, aunque realmente este proceso se inicia en los ochenta, como se ha señalado anteriormente], por otra parte Llano indica que la bioética latinoamericana cuenta con una “falta de una identidad propia latinoamericana y del Caribe” (Llano, 2007: 24), pero esta bioética contiene un carácter diferenciador con respecto a la del resto del mundo, implementada por la propuesta “social” argentina, a la que se aludirá más adelante, por esto último es importante tener en consideración lo que indica Drane alertando sobre el peligro de la desconsideración unilateral de la cultura del otro, al señalar que “como norteamericano, con interés y respeto por la cultura Latinoamericana, soy muy sensible al daño del imperialismo cultural. Algunos de mis colegas, no sólo tienen escasas y erróneas ideas sobre esta región, sino suponen que donde quiera que se desarrolle la Bioética en el mundo el producto será lo que ellos mismos entienden por Bioética” (Drane, 2002: 84), de igual forma sería un error –apunta el mismo autor– “la última cosa que un Programa Regional de la OPS en Bioética debería hacer, es im-

⁴ Editado en inglés con el título *Bulletin of the PanAmerican Health Organization*.

⁵ Publicación Científica, No. 527, en inglés *Bioethics: Issues and Perspectives*, 1990.

portar simplemente Bioética en Norteamérica: expertos, literatura, intereses, etc. Pero será también un error ignorar el desarrollo de la Bioética en Estados Unidos” (Drane, 2002: 84).

66

Para la elaboración de una historia de la bioética en Latinoamérica por tanto, se debería atender –como es lógico hacer en todo estudio particular, sobre una región en concreto–, al desarrollo habido en Estados Unidos y en Europa, centrandose posteriormente el tema en Iberoamérica, y dentro de esta última se debe atender a cuatro factores fundamentales:

1 Corroboración de los factores comunes y diferenciales a nivel teórico y práctico de la bioética desarrollada en Latinoamérica con respecto a la de Estados Unidos y Europa.

2 Los parecidos y diferencias existentes entre la introducción y el desarrollo de la bioética en los distintos países de la región.

3 Establecer los problemas comunes y la comprensión médica, política, cultural, social y tecnológica, en torno a la microbioética, mesobioética y macrobioética, investigación clínica, etc. en cada país y la relación resultante con el resto del mundo.

4 En relación al anterior punto, es importante desarrollar también el análisis en sentido contrario, es decir, centrar el estudio sobre la comprensión de las diferencias de problemas y resoluciones dadas por los distintos países, y su relación con la del resto del mundo.

Existen varios modelos bioéticos, norteamericano, europeo y latinoamericano, cada uno de ellos con sus peculiaridades, para la comprensión del modelo latinoamericano en particular se puede atender a los trabajos historiográficos y de historia de la bioética en Latinoamérica existentes hasta la fecha, principalmente, por parte de Lolas (2004) (2008)⁶, con los títulos de “Diez años de bioética en América Latina: historia reciente retos actuales” en *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS* (Fernando Lolas Stepke, editor, y *La bioética Latinoamérica en sus textos* constituyéndose en uno de los primeros intentos serios de

⁶ Asimismo Fernando Lolas realiza una visión histórica general de la bioética en el mundo anglosajón principalmente y establece una “evolución de la medicina científica” en *Bioética* (1998).

historia de bioética en Latinoamérica; así como “¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?”, de Álvarez (2012), que completa en parte la historia de la bioética, establecida inicialmente por León, en *La bioética latinoamericana en sus textos*, que cuenta con la “gran ventaja que colecciona muchísimos títulos, pero también la enorme desventaja que se limita a breves reseñas sin sistematizar el contenido” (Álvarez, 2012: 25) y propone si hay aportaciones “propias” u “originales” (León Correa, 2008c). En esta línea de problemas, se puede traer a colación lo que señala Lolás Stepke en la “Nota Preliminar” de dicho libro, al establecer una calificación de los textos de acuerdo con el grado de originalidad de sus contenidos, indicando que

hay alguno que bien merecerían el calificativo de primarios, porque son originales y meditados; otros, secundarios, porque simplemente repiten o glosan los primeros. Algunos, definitivamente terciarios o cuaternarios que nada aportan y que se escribieron y publicaron por alguna de las insondables motivaciones del vicio publicístico: hacer carrera, alimentar vanidades, ganar dinero, en fin, distraer el ocio (...) la inclusión de un texto no significa automáticamente que se lo juzgue cima de la reflexión y la cultura (Lolás Stepke, 2008: 7-8).

Mientras que según Mainetti (1996: 145-165), destaca tres momentos claves en el desarrollo de la bioética en Latinoamérica:

1 La primera de recepción, se desarrolla a lo largo de la década de los setenta, dependerá del contexto de recepción habida en cada país, que fuera permisiva o no, aunque en general Mainetti piensa que la bioética fue “trasplantada a una tierra que no era su hábitat”⁷ (Mainetti y Pérez, 2007: 42).

El movimiento de la humanización de la medicina, lo inicia Mainetti⁸, de acuerdo con León (2004, 145 y 2008b: 23), con la Fundación José María Mainetti, en Gonnet, próximo a la ciudad de La Plata, en la década de los setenta, en concreto en 1972, con la fundación del Instituto de Humanidades Médicas, que a través de la revista

⁷ Esta opinión es un error por parte de Mainetti y Pérez, pues no se puede pensar en ningún caso que la bioética corresponde, o que su aplicación sea exclusiva de unos países y no de otros, aunque se puede pensar o apreciar documentalmente que su desarrollo ha sido más propensa en unas que en otras naciones.

⁸ Quien en “Medicina y filosofía en mis años de formación y peregrinación”, de la década de los sesenta, alude a sus principios en la bioética.

Quirón, difunde estas teorías; en la década siguiente, durante los ochenta entabla relación con el *Kennedy Institute of Ethics de la University of Georgetown*, de Washington y desde finales de la misma década, funda igualmente en Argentina la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), en la que organizó durante unos diez años un Programa de Enseñanza de la Bioética.

En cambio, según Mora, en Latinoamérica “además de la difusión de los modelos anglosajones en el ámbito biomédico, había – desde antes- un fuerte desarrollo de las Humanidades Médicas, influenciado por la escuela española y la filosofía europea en general” (Mora, 2010: 7), pues además como apunta Acosta “comenzó el proceso de medicalización de la disciplina que [...] significó también un reduccionismo del ideal potteriano [...]. La Bioética comenzó a expandirse y alejarse cada vez más rápidamente de su punto de partida” (Acosta, 2002: 16). De igual forma Lolas señala que la bioética, como la concibió Potter, fue relativamente desconocida en los inicios en la región, donde se hicieron sentir otras influencias: la bioética biomédica (Lolas, 2005a: 2).

2 La segunda de asimilación, corresponde a la década de los ochenta, en la que se produce una especie de “reacción”, con el desarrollo de la crítica a la fundamentación y la metodología.

En dicha década, se crea la cátedra de Humanidades Médicas en la Facultad de Medicina de la Universidad de La Plata, en 1980; se funda el Centro Nacional de Referencia Bioética en el Centro Oncológico de Excelencia en 1986, y Fernando Sánchez Torres, exdecano de Medicina y rector de la Universidad Nacional de Colombia, funda en diciembre de 1985 el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), que ha mantiene desde entonces un seminario de estudios bioéticos.

3 La tercera de recreación, en la década de los noventa, se completa con las aportaciones y el desarrollo habido en cada país y el intento –según Álvarez 2012: 20– de una “unificación” por parte de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Unidad que con posterioridad termina llamándose Programa Regional Bioética.

En este sentido, Beca indica que “el desarrollo de una perspectiva latinoamericana en Bioética destacará seguramente aspectos poco enfatizados por el pensamiento anglosajón: rol de la familia en

salud y solidaridad como valor básico en la organización social” (Beca, 1995: 12), por ello Colombres añade que es precisamente en el estudio de estos temas donde “nuestros países deben enfatizar su perspectiva propia, basada en las tradiciones, la cultura y los valores de cada pueblo. La perspectiva latinoamericana desarrollada con seriedad y profundidad, será un aporte la discusión internacional de estas materias” (Colombres, 2001: 126-150). En Cuba se demanda fomentar una perspectiva bioética latinoamericana por encima de un seguimiento sin cuestionar el planteamiento bioético norteamericano, pero es en Argentina, donde se logra por primera vez una peculiarización de la bioética que se desarrolla en Latinoamérica, pues se inicia el proceso como apunta Acosta en “América Latina está consolidando una Bioética multifacética y comprometida, que se afina en lo alcanzado en el ámbito de la Bio-medicina y emprende nuevos caminos” (Acosta, 2009: 221), aunque Delgado al referirse a la bioética cubana la considera una “Bioética comprometida y crítica, que afrontó los retos teóricos y prácticos de pensar los problemas nuevos”, para lo cual presenta una lista de cuestiones, como “los reclamos para paliar las grandes inequidades: justicia, equidad, libertad, vulnerabilidad de grupos, clases, sujetos, acceso a los servicios y a las tecnologías médicas avanzada; el fomento de oportunidades para generar progreso bienestar tanto en lo personal como en lo colectivo; la dignidad como expresión de la calidad racional del ser humano” (Mora, 2010: 12-13), entre otras cuestiones pero esta problemática se logra vincular con un nuevo tipo de bioética social, con la propuesta argentina (sobre la cual versa el apartado 2.2 Bioética social latinoamericana).

Entre las principales propuestas regionales de bioética se podría resaltar la realizada con el título de la *Bioética comprometida en confrontación con la pobreza y la injusticia en Brasil o Bioética de intervención* (Garrafa, 2008)⁹, en la que por encima del princialis-

⁹ Del mismo autor Volnei Garrafa junto a Leticia Erig Osório de Azambuja en “Epistemología de la bioética: enfoque latino-americano” (2009), elabora nuevas bases epistemológicas para la bioética, teniendo como referencias: el respeto al pluralismo moral, la necesidad de profundización en la contradicción universalismo-relativismo ético; el abordaje bioético como ética práctica o aplicada, con un enfoque no solamente multi e inter, sino esencialmente transdisciplinar, en la que conjuga los “paradigmas” [principios] de la complejidad y la totalidad [transdisciplinaria]

mo, de fuerte connotación anglosajona, muestra un especial interés por el desarrollo social en relación con la salud; la teoría propuesta en el *6th World Congress of Bioethics*, organizado por la International Association of Bioethics, en Brasilia, en 2002, cuyos planteamientos teóricos están encabezados igualmente por Garrafa, de la Universidad de Brasilia, en la que se demanda una bioética de carácter colectivo, práctica, aplicada y comprometida con la sociedad; otras son las que se elaboran con el título de *Bioética desde la perspectiva de la teología de la liberación* (cfr. Mora, 2010: 15); la *Bioética comprometida [argentina] con el respeto a los derechos humanos* (como se recoge en la *Carta de Buenos Aires sobre Bioética y derechos humanos*, en Keyeux, (Penschaszadeh, 2006); la *Bioética de la solidaridad social al amparo del Estado* y la *Bioética de la resistencia a la irracionalidad*, de Cuba (cfr. Mora Sánchez, 2010: 16); la *Bioética centrada en la depuración de políticas públicas* (como la que propone Kottow, 2005) y la *Bioética centrada en la recuperación del diálogo civil*, de Colombia (Mora, 2010: 16), pero todas estas propuestas son fundamentalmente temáticas o a lo sumo se muestran como perspectivas de comprensión de los temas, más que alternativas propiamente dichas de un nuevo tipo de bioética, que contrarreste a la tendencia de principalismo anglosajón (especialmente norteamericano), como lograr hacer la bioética social, que trasciende la problemática general cuestionada por Lolas, al señalar que

muchos planificadores y políticos parecen olvidar que la crisis de los sistemas no es sólo de medios, de cómo operan, son también de fines, de para qué fueron creados y para qué sirven. Mientras esta pregunta no sea planteada y respondida en el contexto de cada nación, estaremos en un proceso eternamente recurrente de perfecciones 'técnicas' que seguirán engendrando insatisfacciones entre los usuarios, los pacientes y sus familiares. Esa pregunta no puede responderse sólo desde el ámbito de la técnica, es imprescindible el 'ángulo moral tanto como el técnico' (Lolas, 1999: 33-37),

"concreta"), pues como concluye "la propuesta epistemológica presentada en este estudio tiene el propósito, además de contribuir a la politización de la agenda bioética del siglo que ahora se está iniciando, de ampliar las bases de actuación de la disciplina, transformándola –de modo concreto- en una herramienta más para la profundización y perfeccionamiento de la ciudadanía, de los derechos humanos y de la verdadera democracia" (Garrafa, Erig, 2009: 89).

que se aleja de la visión elaborada por León en “Diez años de bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales” (2004), quien considera que el mundo anglosajón es el primero que se ha cuestionado, a los comienzos del siglo XXI, el desarrollo de la justicia y la salud, la igualdad y la salud y el género y la ética en torno a la salud (Buchanan *et al.*, 2002), aunque la tendencia social de la bioética se propone en Argentina, previa a Norteamérica, aunque existen algunos autores de otros países latinoamericanos que se muestran alineados en este tipo de bioética, como es el caso de León, él se muestra preocupado por la “Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética”, al proponer

una visión bioética de la calidad de vida en Latinoamérica [señalando que] 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, lo cual se nos presenta como una exigencia moral a cada uno, pues los otros y su vida nos interpelan –en el sentido de Ricoeur y Levinas- y nos plantan exigencias desde la ética personal y, sobre todo, desde la ética social (León Correa, 2011: 26),

pues como señala también Lolas:

(...) la palabra [bioética] no es la cosa. Sesudas explicaciones y alguna que otra tontería se basan en eso que Mainetti llama ‘la cuestión nominal’. La trivial repetición de que es término compuesto de ‘bios’ y ‘ethos’ suele ocupar a muchos que creen con ello explicar algo. En realidad, se trata de un ejercicio etimológico que responde una pregunta poco relevante. Lo que necesitamos saber, en realidad, es qué hacen quienes dicen ‘hacer bioética’, en qué invierten sus horas y días, qué esperan lograr, cuáles son sus motivaciones. Aquí hay una profusión de respuestas y una cantidad de hechos que poco tienen que ver con la etimología de este neologismo afortunado y vago [y sobre todo se debe atender a la repercusión de la bioética –FC-] (Lolas Stepke, 2005a: 162).

En los noventa se expande la bioética como disciplina académica en otros países de Latinoamérica, a través de acciones, como la publicación de un número del *Boletín*¹⁰ de la Organización Paname-

¹⁰ Aunque se crea en 1966, es en la década de los noventa, en 1991, cuando se publica el primer número monográfico sobre bioética, al mis-

ricana de la Salud, cuya creación data de 1966 y posteriormente se edita en formato de libro dedicado completamente a la bioética, con esto, se pretende dar “presencia ‘formal’” a esta actividad (León, 2004: 146), seguidamente, en 1991, el sacerdote colombiano Alfonso Llano funda la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), con la intención de “(...) más para promover la fundación de institutos y centros de Bioética en todo los países de Iberoamérica, que para federar lo que todavía no existía. FELAIBE organizó, a partir de su fundación [1995], foros y asambleas en diversos países de Iberoamérica” (Llano, 2004). Al mismo tiempo, en Santiago de Chile, la Universidad de Chile, crea el Programa Regional de Bioética OPS/OMS, a partir de 1996, el Programa (actual Unidad de Bioética¹¹), oferta una Maestría en Bioética para profesionales latinoamericanos, bajo la dirección de Diego Gracia Guillén, y desde 1998 hasta 2010, ha estado dirigido por Fernando Lolas Stepke (Lolas: 2000).

Al mismo tiempo se ha introducido como disciplina en los currículos universitarios, inicialmente en medicina y posteriormente en enfermería (falta por hacerse en humanidades y en estudios tecnológicos) y en estudios de posgrado en Colombia, en la década de los noventa, en las universidades de El Bosque, Javeriana y la Sabana; en Argentina, en la Universidad de Buenos Aires, Fundación Mainetti en La Plata, Universidad Católica Argentina y la Nacional de Cuyo en Mendoza; en Chile, Universidad de Chile, la Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Desarrollo; en México, en la Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Anáhuac, con posterioridad, se da en la Universidad Autónoma del Estado de México, entre otras, así como se inicia en otros países de Latinoamérica, pues como señala Llano “para finales de la década [de los noventa] prácticamente todos los países de Iberoamérica vienen organizando diversas actividades de Bioética, por citar algunas, comités hospitalarios centros, foros, jornadas, cursos de pre y posgrado y, de manera especial, Asociaciones Nacionales de Bioética, hasta el punto de que, para la fecha, prácticamente todos los países de Latinoamérica cuenta con todas o casi todas esta actividades que acabamos de enumerar” (Llano, 2004).

mo tiempo la OPS propone analizar y vigilar la salud, como estudia Luis Iniguez Rojas (1998).

¹¹ Estudiada en profundidad por Fernando Lolas Stepke, en “Rehistoriar la bioética...”, 2005a: 78-79.

De igual manera, desde la última década del siglo XX, se desarrolla la producción editorial de libros y revistas, sobre estas últimas en Argentina destacan las tituladas *Quirón*, *Cuadernos de Bioética*, *Vida y Ética* y *Bioética desde América Latina*; en México: *Medicina y Ética* y *Suma Bioética* (Comisión Nacional de Bioética e México); en Colombia: *Persona y Bioética*, *Bioética Selecciones* y *Revista Latinoamericana de Bioética*; en Chile: *Acta Bioethica* y en Brasil: *Bioética* (del Conselho Federal de Medicina)¹².

4 Se debería añadir una cuarta fase de aplicación, que muestre una visión de conjunto, –propuesta por Fernández-Carrión– caracterizada por el proceso de paso de la teoría a la práctica, simbolizada por la aplicación en las prácticas hospitalarias de los principios generales anglosajones y los “puntos programáticos” de la bioética social (FC).

Entre la tercera y cuarta fase, entre la recreación y la aplicación, hay que denotar la presencia de una bioética de “intervención”, que tiene que ver más con la biopolítica que con la bioética propiamente dicha (Garrafa y Porto, 2008) y de una bioética de “protección”, que defiende tesis sociopolíticas –según Schramm y Braz, (2008)–, pues como apunta Álvarez “ninguna de éstas ha tomado en cuenta la especificidad el fenómeno moral, y al habla de otra cosa que no es ética comenten el error de reducir el campo de la ética a otro que no es tal (política, sociología, etc.)” (Álvarez: 2012: 25).

¹²*Quirón*, Argentina: www.fundacionmainetti.com.ar/bioetica.htm.
Cuadernos de Bioética, España: www.aebioetica.org, Argentina:
www.cuadernos.bioetica.org
Vida y Ética, Argentina: www2.uca.edu.ar/esp/sec-bioetica/esp/page.ph?subsec=publicaciones.
Bioética desde América Latina, Rosario (Argentina): xxx
Medicina y Ética, México: www.anahuac.mx/contenidos/5124.html.
Summa Bioética, México: bioetica.salud.gob.mx/revista.html.
Persona y Bioética, Colombia: www.unisabana.edu.co.
Bioética Selecciones, Colombia:
www.javeriana.edu.co/bioetic/publicaciones_revistas.htm.
Revista Latinoamericana de Bioética, Colombia:
www.umng.edu.co/html/bioetica.htm.
Acta Bioethica, Chile: www.bioetica.ops-oms.org/E/public.htm.
Bioética, Brasil: www.cfm.org.br/revbio.htm.

Tras establecer una breve visión histórica de la Bioética en Iberoamérica, Álvarez propone una “búsqueda de un ‘bioética latinoamericana’” (Álvarez, 2012: 17-22), alude en primer lugar a Fernando Lolas Stepke, quien reclama “la conveniencia de desarrollar una Bioética latinoamericana con solvencia intelectual y la posibilidad de insertarse creativamente en el pensamiento global” (Lolas: 2007: 47), al mismo tiempo que Álvarez se cuestiona el principia- lismo, porque “se critica, sin decir dónde están las eficiencia, y sin hacer propuestas nuevas (diferentes o complementarias) (Álvarez, 2012: 17), al señalar que:

la versión e Bioética hoy ((finales del siglo XX)) prevaleciente puede sugerir una simplificadora esperanza: la de que los grandes problemas pueden ser reducidos a sencillos algoritmos morales que se resuelven aplicando principios elementales. Hablar de autonomía, beneficencia, o-maleficencia y justicia se ha convertido en tópico. Esos principios, en sí mismos, no brindan claves para saber cuál es más importante o primordial. Tampoco para determinar cuándo y cómo han de aplicarse a casos concretos. La infinita variedad de la conflictualidad humana plantea siempre desafíos inéditos. Más que enseñar Bioética se trata de facilitar el raciocinio bioético. Y para lograrlo, es menester considerar el contexto cultural y valórico en que tal raciocinio se practica (Lolas, 2000: 14).

Salazar establece una diferenciación entre la bioética desarrollada en Estados Unidos, Europa y la que existe en Latinoamérica, no es exportación de un istmo “extranjero”, sino que está caracterizada porque “la Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado” (Salazar, 2000: 55), singularidad que confirman (Peralta, 2009, Rodríguez Yunta, 2009). En defensa de una bioética latinoamericana Parenti indica que “la Naturaleza dialéctica de recíproco condicionamiento entre Bioética y sociedad plantea la exigencia de construir una Bioética desde América Latina y que permita construir estrategias de desarrollo local desde la salud cuyo ejemplo más significativo, en la actualidad está constituido por la organización de municipios saludables impulsados por la OMS” (Parenti, 2001: 36-37), pero precisa que “cuando hablamos de Bioética desde América Latina o latinoamericana no pretendemos la creación de una Bioética para la región geográfica determinada. Toda disciplina sólo puede alcanzar su madurez cuando logra entrar en diálogo con la comunidad internacional que trabaja en dicha disciplina y la Bioética no es una excepción. En realidad, nos estamos refiriendo a una perspectiva latinoamericana-

na es decir a la necesidad de orientar la reflexión teórica y la práctica bioética a la realidad latinoamericana en la que estamos inmersos” (Parentii, 2001: 38). De esta forma se constata que mientras que Lolos Stepke pretende construir una bioética latinoamericana, Salazar considera su existencia para la época aludida [desde finales del siglo XX], y Parenti entiende claramente la existencia de una bioética desde la perspectiva latinoamericana.

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

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

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

1 La “ética del don” prehispánico (“previo al descubrimiento” –Gracia-), consiste en una interpretación “mítico-mágica y religiosa” de la vida, donde la relación dual opuesta don-deuda, incluido salud-enfermedad es fundamental. Con el descubrimiento de América no desaparece esta ética del don, aunque si se diferencia con la nueva orientación monoteísta del catolicismo: “esto haría que se interpretara el descubrimiento del nuevo mundo como un ‘don’, que repercutiría en la creación de otros mitos como el del ‘buen salvaje’ (Gracia, 1998, 2007: 22-23). En la ética prehispánica

se aprecia un vínculo directo o “don” de la naturaleza con la vida humana (FC).

76

2 La “ética de despotismo”¹³ durante la conquista, está caracterizada por una ética “de la guerra y el sometimiento forzoso”, en ese momento el “mal salvaje” (ya no el “buen salvaje”) someten a la fe cristiana “al servicio de la corona”. Al nivel médico se obliga el abandono de la sanación natural, propia mayoritariamente del período prehispánico, por otra más acorde con la religión, donde los males son causados por los pecados propios o del colectivo, y para su curación demanda del sometimiento religioso individual y del grupo social (FC).

3 La “ética del paternalismo” en la colonia, entiende que las poblaciones “conquistadas” son “bárbaras” al considerar que poseen fuerza física (son susceptibles de mano de obra o fuerza de trabajo), pero le falta el aspecto racional y espiritual, demanda por parte de la iglesia de una tutela forzosa, pues a los indígenas se les consideran como “niños”, no esclavos (que prohibía las *Leyes de Indias*). En ésta como en la anterior época la medicina occidental se aplica a los indígenas por medio de los sacerdotes (“evangelizadores”), que fundaron hospitales y brindaron atención médica-religiosa (FC), en el caso que el indígena retornara a su medicina mágica, lo hacía con un “enfoque distinto”¹⁴ (Gracia, 2007: 26-31). Se desarrolló la medicina occidental con la formación de médicos en las universidades de América, pero como la atención de salud estaba basada en la estructura social (feudal), la mayoría de la población indígena queda excluido (FC).

¹³ Gracia precisa que no debe denominarse “tiránico” sino “despótico”, pues legalmente los establece como “súbditos de la corona” y de ningún caso esclavos.

¹⁴ Este desarrollo de la medicina indígena no se por igual en todos los casos con un “enfoque distinto”, como indica Gracia, para ello baste atender al contenido de *Chilam Balam de Ixil. Facsimiliar y estudio de un libro maya inédito* (cfr. Fernández-Carrión, 2011: 167-171), se sabe que “frente al interés de los mayas en época colonial por conocer la medicina europea, la atención no es reciproca”, los hechiceros y “médicos” mayas curaban con sangrías aplicadas donde el enfermo tenía dolor (Landa, 1982: 49), pero también hacían uso de plantas (“frías y calientes”), insectos, minerales y animales para combatir dichas enfermedades, intentando adivinar el origen o la causa de la dolencia. Esta concepción de equilibrio y la armonía en la medicina mesoamericana es semejante al de la medicina tradicional china (Lipp, 2002: 82).

4 La búsqueda de una “ética de la autonomía” a partir de la independencia. Tras el proceso político de independencia en Latinoamérica, se desarrolla una búsqueda de ética de la autonomía, consiste en una autonomía política, primero y moral posteriormente (Gracia, 2007: 32-34). Esta ética de la autonomía, con el apoyo especial de la masonería internacional [norteamericana, francesa e inglesa, atendiendo al orden de incidencia], tiene sus antecedentes a finales del siglo XVIII, con la independencia de las 13 colonias (de Estados Unidos) en 1776 y la revolución francesa en 1789. Este pensamiento es introducido en las colonias por los criollos (Álvarez, 2012: 19) con el apoyo ideológico, político y económico de la masonería (indicada anteriormente), “cuyos intereses cada vez coincidían menos con los de los españoles” (Álvarez, 2012: 19) o mejor dicho eran contrarios a la corona española, fomentado por los propósitos de promoción nacional norteamericano, francés o inglés, dependiendo de la logias dirigentes en cada momento histórico imperante (FC). “Formalmente se trata de un avance” –señala Álvarez-Díaz, 2012: 19–, pero en la realidad – como apunta el mismo autor– la asistencia sanitaria “no se modifica y se agudiza” con el desarrollo de la medicina en el siglo XX, las “clases privilegiadas” tienen acceso, mientras que los “pobres” (incluidos los indígenas) no (Álvarez-Díaz, 2012: 19). Esta dicotomía se ha perpetuado en el tiempo, en los países en vía de desarrollo, en los que la población privilegiada o con estabilidad económica se pueden equiparar con la del primer mundo, mientras que los desfavorecidos no, pues en el mundo desarrollado con la aplicación de la política económica del bienestar (España, Alemania etc.), toda la población puede acceder al mismo sistema de sanidad, acorde con lo que indica Drane de que “el desarrollo de las ciencias biológicas, que impulsó la Bioética en las naciones desarrolladas, es ahora parte de la vida contemporánea y también de las naciones en desarrollo. Centros médicos modernos con alta tecnología se pueden encontrar en las grandes ciudades de todo el mundo” (Drane, 2002). En Latinoamérica la población con recursos económicos acude a centros de salud privados para la salud privada, principalmente en las grandes ciudades o en general en las urbes puede aplicar disposiciones específicas de la bioética, como el consentimiento informado y el documento DEA, por el que se opta por alguna medida bioética para el final de la vida o en un momento de enfermedad crónica irreversible del paciente, como la medica-

ción del proceso de morir: eutanasia, suicidio médicamente asistido, etc.; así como la medicina del inicio de la vida: técnicas de reproducción asistida, investigación de células embrionarias, etc.) o la medicina altamente tecnificada: medicina genómica, etc. Mientras que en el mundo rural y en las ciudades la población sin recursos económicos suficientes no cuenta con acceso a la salud privada, ocasionalmente cuenta con atención médica pública, sin embargo, ésta es muy deficiente¹⁵.

5 Promoción de una “ética de la liberación”, propuesta por Fernández-Carrión (2014) a partir del ideario de Enrique Dussel, consiste en la lucha por un nuevo tipo de ética, más igualitaria y que termine con las diferencias étnicas y sociales preestablecidas, desde la perspectiva exclusivamente ética, no económica y política que demandaría otro tipo de reivindicación, aunque La Rocca, Mainetti e Issel (2010) indican que la posible relación entre la ética de la liberación y la bioética “no existe todavía”. Por ello, Álvarez incide en señalar que por esta misma razón “no existe todavía una propuesta de una ‘Bioética de la liberación’” (Álvarez, 2012: 25). Dentro de este nuevo tipo de ética –según FC- se puede aludir a la búsqueda de la equidad sanitaria, entendida como “la ausencia de disparidades en la salud (o en los principales determinantes sociales de la salud) entre grupos con diferentes niveles de ventajas/desventajas sociales subyacentes –esto es, riqueza, poder o prestigio-” (Braveman, Gruskin, 2003: 254).

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

2.2. Bioética social latinoamericana

Desde una nueva perspectiva que supere la concepción individualista, con relación a la teoría principialista anglosajona, introducida y aplicada en Latinoamérica, se propone en primer lugar la postura

¹⁵Según López y Perry (2008) Latinoamérica y África Subsahariana “son las regiones con mayores inequidades en el mundo”, pero habría de añadirse también a gran parte de Asia y Estados Unidos, este último país cuenta con uno de los mayores porcentajes de pobreza entre su población, del mundo.

comunitarista en la que se considera que la teoría ética debe superar la concepción individualista de la persona para lograr un vínculo esencial entre las personas y sus respectivas comunidades [o sociedad] (Sandel, 1982). Los comunitaristas resaltan el concepto de “comunidad” entendida como “un centro de cooperación en el que las interacciones de los individuos se caracterizan por la presencia de sentimientos y lazos afectivos” y las “relaciones sociales”, al considerar que “es imposible comprender a los individuos sin atender a los contextos comunitarios que apuntan a su interdependencia” (MacIntyre, 1984: 221)¹⁶. Esta postura comunitarista es defendida por Sandel, MacIntyre, Taylor¹⁷, Callahan¹⁸ y Emanuel¹⁹.

Entre la concepción individualista y el comunitarismo, se puede señalar el posicionamiento defendido por Sergio Cecchetto²⁰ en sus diferentes publicaciones sobre la bioética, en el que atiende a todos los componentes participantes en dicho proceso: en *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. [frente a] Imperativos tecnológicos e improvisación moral* (1999) trata de los protagonistas (el paciente, la familia, el equipo médico y el embarazo y el parto), más las “consideraciones” (bioética y economía, bioética y eutanasia, toma de decisiones médicas e inicio y suspensión de tratamientos), mientras que en *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal* (2001), alude a los escenarios (instituciones sanitarias, las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales y los Tribunales), los actores “y sus lógicas” (el paciente, la familia, el equipo sanitario y el Estado) y el asunto en cuestión de los consentimientos informados, en ambas publicaciones trata por separado los aspectos de la salud y de la ética y los confronta para analizar y

¹⁶ Buchanan (1989: 852-888), considera a los planteamientos propuestos por Sandel y MacIntyre, por ejemplo, como un tipo de “comunitarismo radical”, pero más bien es un paso entre el individualismo imperante en el capitalismo y el colectivismo de los sistemas socialistas (FC).

¹⁷ Redacta “Atomism” en esta línea comunitarista, tenida en consideración por la bioética latinoamericana, según Salles.

¹⁸ A través de su propuesta general presente en “Principlism and Communitarianism” (2003).

¹⁹ Autor de *The Ends of Human Life*, y que de acuerdo con Salles Emanuel realiza “la propuesta comunitarista más completa dentro de la bioética” (Luna, Salles, 2008: 98).

²⁰ Considerado por José A. Mainetti como “uno de los primeros y principales filósofos argentinos que hacen bioética” (Mainetti, 1999: 13).

criticar la realidad existente de cada uno y de ellos en su conjunto en la toma de decisiones desde la perspectiva bioética, lo hace de estas dos formas, pues como comienza cuestionándose “creemos que las ciencias de la salud saben *cómo hacer*, pero están faltas de pensamientos; mientras que la ética en cambio puede aportar ideas sobre *qué hacer*, además de señalar el sendero que ha de recorrerse para alcanzar recomendaciones consensuadas en circunstancias dilemáticas” (Cecchetto, 1999b: 150), de esta necesidad de la aplicación bioética en la toma de cuestionamientos médicos, pasa a analizar a todos los “protagonistas”, en estos casos bioéticos, unido a las “consideraciones” teóricas pertinentes para la mejor comprensión del tema tratado, como se recoge en *Dilemas bioéticos...* (1999b), pues como señala Maliandi en el “Prólogo” de *Teoría y práctica...*, de Cecchetto, “el supuesto básico y punto de partida es la convicción de que *todos* los seres humanos, incluidos los recién nacidos (y aun aquellos con deficiencias), son depositarios de una *dignidad que debe* ser universalmente reconocida y respetada. Sin este reconocimiento y ese respeto se imposibilita toda disciplina práctica” (Maliandi, 2001: 9); pues para el entendimiento pleno y comprometido con la realidad social, atien-de a todos los protagonistas y las circunstancias que inciden en el hecho analizado, tal como lo promueve y realiza Cecchetto, como se ha indicado, en *Dilemas bioéticos...* (1999) y en *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana* (1999a).

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

¿Qué va a encontrar un lector interesado en este libro? Una propuesta, de pensar la bioética desde otro espacio ético, desde el lugar de los derechos de las personas a ser tales, desde el respeto a los individuos y las sociedades, a las culturas y las leyes. Pero también una crítica descalificadora de los que usan a la bioética como elemento estratégico de dominación. El propósito en este sentido es desenmascarar a los poderes que proclamando los derechos humanos atentan contra ellos, que se amparan tras

una proclama sofisticada de respeto a las culturas para discriminar, que pregonan la necesidad de controles y revisiones de prácticas e investigaciones para poder formar parte de los organismos controladores y legitimar la corrupción, la depredación, el uso de las personas (Pfeiffer, 2004a : 8)

Tras criticar a los entes oficiales u oficialistas que utilizan la bioética en beneficio propio en contra de un bien común, seguidamente defiende la intencionalidad marcada por la *Declaración de Helsinki*²¹, marca al respecto que “recurrir a la Declaración de Helsinki, resulta en este caso una defensa para los intereses de los más vulnerables y los más pobres” (Pfeiffer, 2004a: 9), y termina con la defensa de un posicionamiento propio de la bioética latinoamericana, como propone Tealdi bajo el título de “Una bioética latinoamericana ¿un nuevo orden moral?, pues como indica Pfeiffer:

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

La emergencia de la bioética latinoamericana –según Tealdi– se produce “como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia

²¹ La Asociación Médica Mundial, en 1964, promulga la *Declaración de Helsinki* que fundamentalmente establece las pautas para la investigación clínica y no clínica en seres humanos, a través del consentimiento informado de los participantes en la investigación y el análisis éticos de los protocolos de investigación. En un primer lugar repudia las atrocidades cometidas “en nombre de la investigación” durante la segunda guerra mundial (fundamentalmente por parte de Alemania), pero tras la guerra mundial perdura los problemas éticos, principalmente cometidos por parte de los Estados Unidos, hasta la actualidad. Esta Declaración inicial fue revisada en seis oportunidades, la última en 2003, aunque la más cuestionada es del 2000, sobre la que trata Patricia Saidón sobre el artículo 29; al igual que lo hace sobre el artículo 30, Miguel Kottow y Susana Vidal; art. 19, Ignacio Maglio y María Luisa Pfeiffer; art. 5, María Teresa Rotondo y Carlos Marcelo Ocampo (todos ellos recogidos en Pfeiffer, 2004b: 63-103).

angloamericana, moderado por corrientes europeas, pero creciendo en un territorio con una larga historia de injusticias y violaciones a los derechos fundamentales de las personas” (Tealdi, 2004: 43), estas dos razones favorecen el desarrollo de la bioética latinoamericana, de la siguiente forma²²:

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

²² En este mismo sentido se expresa Maliandi, al referirse al convenio realizado entre la Secretaría de Derechos Humanos, Bio&Sur y COMRA, en Argentina, en la que un grupo de trabajo interinstitucional pretende elaborar un código argentino de ética y derechos humanos en investigaciones biomédicas, declarando “creo que el código que se proyecta podría ser entendido a la vez como un paso hacia algo un poco mayor, es decir, algo así como un código regional, en relación con los criterios que se manejan en el Mercosur, en una época en que la integración sudamericana y gradualmente, latinoamericana en general, se ha convertido en una necesidad a cuyo logro todos deberíamos contribuir” (Maliandi, 2004: 162-163), poco tiempo después, en 2003, en Cancún, México, dentro del marco del *VII Encuentro Nacional de Comités*, se constituye la Red Unesco de Bioética para América Latina y el Caribe (Red Bio), cuyo fines y capacidades son analizadas por Volnei Garrafa y Kottow (Pfeiffer, 2004b: 169-185).

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

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

83

La bioética comparte hoy con la ética y la política el desafío de imaginar ese espacio común, pero afronta además otra tarea que es la de repensar la institucionalización de las acciones a llevar a cabo para poner en acto la plena vigencia de los derechos; fundamentalmente el derecho a la salud como uno de los fines comunes reconocidos. La resultante será un *entre*, en que estemos todos involucrados, del que no podamos quedar fuera, en el que el derecho sea algo más y mejor que aquello que los sujetos reciben o pierden según el humor de las instituciones de gobierno. Un *inter* reconocido, aceptado y deseado como única garantía de con-vivencia, que permita, sobre todo hoy, definir actitudes frente al denominado progreso biotecnológico, la mayor fuente de ambigüedades cuando de derecho se trata (Pfeiffer, 2004b: 13-14).

Como indica al respecto Pfeiffer en el "Epílogo" de *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*

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

Más específicamente sobre "los determinantes sociales de la salud", León (2011) toma en consideración los extremos que expresa Emanuel (2000) al señalar que "es patente que las desigualdades en salud crean en ocasiones [en mayor número de ellas –FC–], pero

también su contrario se ha puesto de manifiesto: cada vez está más fundado que las desigualdades sociales²³ crean desigualdades en salud [como apunta Emanuel -2000: 101-106], por lo que es necesario –como apunta OMS/OPS, entre otras instituciones- tenerlas muy presentes a la hora de establecer políticas de atención y de buscar propuestas y mejoramientos (OMS/OPS *et al.*, 2005: 96-105). Por todo ello, León (2011) entiende que la pobreza y la discapacidad se relacionan –en ocasiones directamente- con la enfermedad, y las tres con la “calidad de vida”²⁴ (León, 2011: 22).

La puesta en práctica de la bioética social, se puede relacionar –según Fernández Carrión– con la elaboración de una ética “del cuidado y la solidaridad”²⁵, en esta línea de pensamiento León considera clave en primer lugar dar intencionalidad social al estado de vulnerabilidad, pues como señala Bermejo “la vulnerabilidad tiene el poder de sacar lo mejor de nosotros mismos, activar los valores más sólidos, ayudarnos a construir redes basadas en la relación y no en la independencia, basadas en la relación y no en la independencia, basadas en el interés por los demás y no sólo por uno mismo. En el modo como nos acercamos a la vulnerabilidad

²³ León entiende como pobreza, desde una “concepción ética” “no contar con determinados recursos económicos, pero también, y sobre todo, carecer de lo que se ha denominado la autoestima o el respeto propio, carencia que va en contra de los mínimos ‘derechos de bienestar’ destinados a proporcionar ayuda para salir de ella” (León Correa, 2011: 22), como apunta Sen las poblaciones pobres son desempoderadas, carecen de la capacidad para hacer uso de la libertad, con el fin de incorporarse a la sociedad y participar en su desarrollo” (cfr. Kottow, 2009: 74-75), pero el aspecto fundamental de la pobreza es la falta de recursos de dichas personas para afrontar los gastos de enfermedad y al mismo son desclasados a hora de la participación política y social, con lo que con esto último les dificultan para acceder –en casos excepcionales, con normalidad- a cualquier tipo de ayuda o protección sanitaria (FC).

²⁴ Sobre este tema Laura Schwartzmann ha elaborado un extenso trabajo sobre la “Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales” (2003).

²⁵ En esta línea León propone desde una perspectiva fundamentalmente institucional el paso “De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile”, “donde analicemos también la ética de las políticas de salud, de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc. Pero la intención va más allá aún, y es ayudar al desarrollo de un debate plural sobre el papel de la ética en las sociedades democráticas” (León, 2008d: 1079)

propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad” (Bermejo, 2002), para que a continuación se conforme la “ética del cuidado” y se aplique con intencionalidad solidaria, que más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, se aproxime a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, con la solidaridad para lograr una mayor acción dentro de la justicia social (Ralston, 2010), como indica Sen “es preciso reconocer que la ética del cuidado pone de relieve elementos importantísimos para la vida moral. El cuidado se refiere, en definitiva, a la sensibilidad ante las necesidades y vulnerabilidades del otro concreto, en su singularidad, con quien estamos en relación” (Sen, 1997). La ética filosófica debe atender, desde la concepción de las éticas clásicas a las éticas de la responsabilidad, hasta la del cuidado “las repercusiones que comporta para la ética médica la extensión social de [las] personas en situación de especial vulnerabilidad” (Bonete, 2009).

En Latinoamérica, como apunta Michelini “las problemáticas de la pobreza y la exclusión, que se han agravado en América Latina en las últimas décadas, presentan también serios desafíos para la realización del bien común” (Michelini, 2008: 71), para lograr la justicia y el bienestar social (FC), es necesario primero lograr la erradicación de la pobreza y fomentar un desarrollo económico y social más benefactor hacia los más desprotegidos, en este sentido Daniels *et al.* (2000) proponen una reforma de los sistemas de salud tendente a la equidad social, mientras que Pérez alude a “la justicia [que] es el nombre que la ética biomédica propone como nueva filosofía de la salud para la consideración y tratamiento del problema de los pobres” (Pérez, 2008: 115).

En este mismo sentido, en Brasil, Argentina y Chile, entre otros países latinoamericanos, ha surgido una bioética de carácter pro-teccionista a favor de los vulnerados y empoderamiento de los vulnerables (Schramm, Kottow, 2001: 17), con una

bioética de protección, entendida como un nuevo abordaje que debe ser aplicado en los países en desarrollo, [y que] quiere, sobre todo, normativizar las prácticas humanas, anticipando e incentivando los efectos positivos y con previsión de los eventuales efectos dañinos para los individuos y los pueblos, de modo que se prescriban los actos considerados correctos y se proscriban los incorrectos, dentro de la realidad latinoamericana (...), con niveles de desigualdad vergonzosos y con dolencias propias

del subdesarrollo aliadas a patologías de países desarrollados (Schramm, Rego, Braz, Palacios 2005: 17).

86

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

De igual forma se expresa igualmente Maglio, al resaltar la cuestión social de los servicios públicos, con los siguientes términos:

La salud es un derecho²⁶ que no podemos ignorar y el instrumento adecuado para que ese derecho sea respetado es un sistema hospitalario que sea pensado “para la comunidad” [...]. El hospital público debe realizar su tarea social *con* la comunidad y ha de pertenecerle claramente por lo que debe ser *de* la comunidad. Ese será el modo en que la comunidad defienda su propia salud como un derecho. Por lo tanto, la estructura hospitalaria debe ser “desmilitarizada” [democratizada directa], lo cual redundará en relaciones de pares, democráticas que permitirán vincular estrechamente los fines y los medios del equipo de salud con los de la comunidad para que saberes y poderes circulen libremente sin ningún tipo de sometimiento [y dirigismo y ocultismo] (Maglio, 2004: 123).

²⁶ Sobre el derecho de la salud –como resalta Pulvirenti- “tal vez como muy pocos otros derechos humanos, posee una doble dimensión individual y colectiva. Es a la par mi derecho a obtener los tratamientos necesarios para encontrarme sano, y el de la comunidad de que su población goce de salud general. Asimismo y como cualquier otro derecho social, requiere una actitud activa y prestacional del Estado” (Pulvirenti, 2004: 151).

La perspectiva programática de la bioética latinoamericana (FC), está caracterizado por los siguientes cinco puntos programáticos de la bioética social, propuestos por Fernández-Carrión (2014):

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

2 La actitud a seguir debe considerar que la reflexión ética, y por consiguiente la bioética, no puede hacerse desde ‘ningún tiempo y ningún lugar’, sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente (como reivindica Pfeiffer, 2004a).

3 El marco de referencia teórica –como apunta Tealdi– debe ser los derechos humanos²⁷, es sus aspectos fundamentales de la defensa de la sociedad, entendida como “un nuevo orden moral”, en el que sobresalga la dignidad de las personas y las múltiples identidades culturales latinoamericana (Pfeiffer, 2004a).

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

5 Por último, se aplicará la teoría principialista, en sus principios –ideados por Beauchamp y Childress– de beneficencia, de no maleficencia, de autonomía, y de justicia, así como el del “respeto a las personas” (propuesto por La Vertu, Linares), unido este al de “solidaridad” (de Callaban), y todos ellos en su conjunto marcado por el de “precaución” (a la manera que lo indica Pfeiffer), y otro más que con el tiempo se pueda crear y considerar oportuno agrupar con los indicados.

²⁷ Con el apoyo de las recomendaciones de la *Declaración de Helsinki*, la *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos*, la *Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico*, la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, y cuantas otras disposiciones se dispongan en el futuro, en esta línea de defensa social.

Una primera aproximación sobre la producción bibliográfica existente sobre bioética en Latinoamérica la elabora León con el título de “Análisis de la producción bibliográfica latinoamericana en bioética” dentro del contexto mundial, en el capítulo 1 de *La bioética latinoamericana en sus textos* (León, 2008c: 15-20), en el apartado dedicado a “1.2 Los primeros textos de bioética” en Iberoamérica se aprecia que el interés por la disciplina se inicia con los estudios sobre el aborto, las técnicas de reproducción asistida y aspectos generales de la bioética desde una perspectiva moral, principalmente desde el catolicismo. La producción editorial comienza en la década de los noventa, con pocos títulos en sus inicios, con un incremento a partir de 1993 y un crecimiento sostenido hasta 1999, año en el que se alcanza el cenit de la producción editorial, decreciendo posteriormente, para volver a crecer y se mantiene casi estable entre 2005 y 2007, con una media de cien libros al año. En cuanto a la distribución editorial por países León señala que “el primer lugar lo ocupa España, seguida por Brasil, Argentina, Portugal, Colombia, México y Chile. Después está Venezuela, y a considerable distancia numérica los demás: Costa Rica, Uruguay, Cuba, Perú, Ecuador, etc.” (León, 2008: 15), pero si uno atiende realmente a las fechas de edición en lengua española por parte de autores nacionales (no traducciones, en este caso, si sería España) esta clasificación hay que modificarla –según Fernández-Carrión– por el siguiente orden: primero Brasil, seguida de Portugal, Venezuela, España, México, Argentina, Chile, Colombia, y el resto de países latinoamericanos²⁸.

Bibliografía

ACOSTA SARIEGO, J. R. (2009) *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*, La Habana, Publicaciones Acuario.

²⁸ De un total de 128 temas (contabilizados de las fuentes bibliográficas en español accedidas principalmente a través de internet y en 2015), los más estudiados sería sobre la ética clínica (262) seguido del inicio y fin de la vida (246), derecho y bioética (125), genética y biotecnología (89)... y enseñanza bioética (16); de entre los estudios sobre la ética clínica, destaca los que se centran sobre la relación médico-paciente (81), seguido del consentimiento, secreto (51), y sobre el inicio y fin de la vida, sobresale la temática del fin de la vida (103), seguida del inicio de la vida (92) y por último sexualidad y demografía (51).

- (2002) "La bioética de Potter a Potter", *Bioética para la sustentabilidad*, J. R. Acosta, La Habana, Publicaciones Acuario
- AGUILERA, Pablo (1990) *En la frontera vida/muerte. Problemas bioéticos*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- ALVÁREZ-DÍAZ, Jorge Alberto (2012) "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?", *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 12, No. 1, 10-27.
- BECA, J. P. (1995) "Prioridades temáticas de bioética en América Latina y el Caribe", *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, septiembre, No. 1.
- BERMEJO, J.C. (edición) (2002) *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Santander, Sal Terrae.
- BOCHATEY, Alberto (1994) *Bioética y teología moral*, Buenos Aires, Ediciones Paulinas.
- BONETE, E. (2009) *Ética de la dependencia*, Madrid, Tecnos.
- BRAVEMAN, Paula, GRUSKIN, S. (2003) "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57 (4), apr., 254-258.
- BUCHANAN, Allen (1989) "Assessing the Communitarian Critique of Liberalism", *Ethics*, vol. 99, 852-888.
- CALLAHAM, Daniel (2003) "Principlism and Communitarianism", *Journal of Medical Ethics*, vol. 29, 269-274.
- CECCHETO, Sergio (2001) *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Mar del Plata, Argentina, Ediciones Suárez.
- (1999 a) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc Villela Editor.
- (1999 b) *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.
- COLOMBRES, Adolfo (2001) *La emergencia civilizatoria de nuestra América*, La Habana, Centro de Investigación y Desarrollo de la Cultura Cubana Juan Marinello.
- COMITÉ DE BIOÉTICA HIEMI-HIGA (2006) *Ética para las ciencias de la vida y la atención de la salud*, Mar del Plata, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, et. al.
- (2002) *Ciencia y conciencia al servicio de la comunidad hospitalaria*, Mar del Plata, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, et. al.
- COMISIÓN NACIONAL DE BIOÉTICA (1994) *Bioética I Congreso Internacional de Bioética*, México, Ethos, Comisión Nacional de Bioética de México.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (1993) *Desafíos éticos*, Brasilia, Conselho Federal de Medicina.

- DANIELS, N., *et al.* (2000) "Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries, *Bull World Health Organ*, 78 (6), 740-750.
- DRANE, James F. (2002) "Presente y futuro de la bioética", *Revista Selecciones de Bioética*, vol. 1, 69-85.
- EMANUEL, Ezequiel (2000) "Inequidades, bioética y sistemas de salud", *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 101-106.
- FERNÁNDEZ-CARRIÓN, Miguel-Héctor (2014) "Historia y fundamentos teóricos de la bioética", *Segundo Seminario Internacional de Bioética*, en el *Primer Congreso Internacional sobre la Salud: Salud, sociedad y bienestar*, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México, 24-25 marzo.
- (2011) *Chilam Balam de Ixil. Facsimilar y estudio de un libro maya inédito*, edición de Laura Caso Barrea, México, Editorial Artes de México y del Mundo, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Conaculta (reseña bibliográfica).
- FUENZALINDA PUELMA, Hernán, SCHOLLE CONNOR, Susan (1990a), *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, vol. 108, No. 5 y 6, mayo y junio.
- FUENZALINDA PUELMA, Hernán, SCHOLLE CONNOR, Susan (1990b), *Bulletin of the PanAmerican Health Organization*, vol. 24. No. 4.
- GARRAFA, Volnei. (2004) "Red Unesco de Bioética: Retos de importancia para el desarrollo de la especialidad en la región", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 169-176.
- (2000) "Radiografía bioética de Brasil", *Acta Bioethica*, VI (1).
- GARRAFA, Volnei, EIRG OSÓRIO DE AZAMBUJA, Leticia (2009) "Epistemología de la bioética: enfoque latino-americano", *Revista Colombiana de Bioética*, Vol. 4, No. 1, enero-junio, 73-92.
- GARRAFA, Volnei PORTO, D. (2008) "Bioética de intervención", *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, J. C. Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 161-164.
- GRACIA, Diego (2007) "El contexto histórico de la bioética hispanoamericana", *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Chile, Programa de Bioética de la Or-

ganización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 21-36.

-(1998) Fundamentación y enseñanza de la bioética, Bogotá, Ediciones El búho.

IÑIGUEZ ROJAS, Luisa (1998) "Geografía y salud: temas y perspectivas en América Latina", *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 14, No. 4, octubre, 1-13.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS (1992) *Bioética y derechos humanos*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

KOTTOW, Miguel (2005) "Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en bioética", *Estatuto epistemológico de la bioética*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.

-(2004) "El artículo 30 de la Declaración de Helsinki y las 'Guías éticas internacionales para investigación biomédica' CIOMS-2002", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 68-72.

KOTTOW, Miguel, SÁNCHEZ, Walter (1994) *Comisiones y comités de ética médica*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, CIEB, CINBIO.

LA ROCCA, S., MAINETTI, M. M. E., ISSEL, J.P. (2010) "Libertad, igualdad ¿y fraternidad? en el paradigma de la bioética latinoamericana. El aporte de la ética dialógica y de la ética de la liberación", *El Ágera USB*, vol. 10, No. 2, 483-494.

LANDA, Diego de (1982) *Relación de las cosas de Yucatán*, México, Porrúa.

LEÓN CORREA, Francisco (2011) "Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética", *Acta Bioethica*, 17 (1), 19-29.

-(2008a) "Análisis de la producción bibliográfica latinoamericana en bioética", *La bioética latinoamericana en sus textos*, Francisco León Correa, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 15-20.

-(2008b) "Fuentes para una historia de la bioética en Latinoamérica y su desarrollo", *La bioética latinoamericana en sus textos*, Francisco León Correa, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 21-29.

- (2008c) *La bioética latinoamericana en sus textos*, Santiago de Chile, Programa de Bioética de la OPS/OMS y Centro de Bioética de la Universidad de Chile.

- (2008d) "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile", *Revista médica de Chile*, vol. 136, No. 8, agosto, 1078-1082.
- (2004) "Diez años de bioética en América Latina: Historia reciente y retos actuales", *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Fernando Lolas Stepke (editor), Santiago de Chile, Unidad de Bioética OPS/OMS, 145-152.
- LEVCOVITZ, Eduardo, ACUÑA, Cecilia ([2004]) "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud", http://www.paho.org/PAHO-USAID/index3.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=10427&Itemid=99999999.
- LIPP, Frank J. (2002) *Herborismo. Tradición, simbolismo y uso de plantas tradicionales en Oriente y Occidente*, Singapur, Taschen.
- LLANO ESCOBAR, Alfonso (2007) "La bioética en América Latina y en Colombia", *Perspectiva de la bioética en América Latina*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Santiago de Chile, OPS/OMS, 37-44.
- (2000) *¿Qué es bioética?*, Bogotá, 3R Editores.
- LOLAS STEPKE, Fernando (2008) "Nota preliminar", *La Bioética Latinoamericana en sus textos*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- (2007) "La OPS y la bioética latinoamericana", *Perspectiva de la bioética en América Latina*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Santiago de Chile, OPS/OMS, 45-50.
- (2005a) "Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane", *Acta Bioethica*, 11 (2), 161-167.
- (2005b) "Decisiones en bioética para Latinoamérica y el Caribe", *Página 7. Bioética en América Latina: una década de evolución*, No. 36, mayo, 77-79, <http://www.libros.uchile.cl/files/presses/1/monographs/245/submission/proof/files/assets/basic-html/page7.html>.
- (2004) (editor) "Diez años de bioética en América Latina: Historia reciente y retos actuales", *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Fernando Lolas Stepke (editor), Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud, 145-152.
- (2000) "Introducción: hacia una bioética para América Latina y el Caribe", *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Programa Regional de Bioética*, Fernando Lolas (editor), Santiago de Chile, OPS/OMS, 13-18.

- (1999) "La bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe", *III Congreso Nacional Latinoamericano y del Caribe de Bioética*, Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética, 33-37.
- (1998) *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- LOLAS, Fernando, FLORENZANO, Ramón, GYARMATI, Gabriel, TRIGO, Carlos (1992) *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*, Santiago de Chile, Ed. Universitaria.
- LÓPEZ, J. Humberto, PERRY, Guillermo (2008) "Inequality in Latin America: Determinants and Consequences", *Policy Research Working Paper 4504*, Washington, World Bank.
- MACINTYRE, Alasdair (1984) *After Virtue*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- MAGLIO, Ignacio, PFEIFFER, María Luisa (2004) "El artículo 19 de la Declaración de Helsinki y el informe Nuffield", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 73-79.
- MAINETTI, José Alberto., PÉREZ, Marta Lucía. (2007) "Los discursos de la bioética en América Latina", *Perspectiva de la bioética en América Latina*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Santiago de Chile, OPS/OMS.
- MAINETTI, José Alberto (1999) "Prólogo", *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Sergio Cecchetto, Buenos Aires, Ad-Hoc Villela Editor, 13-14.
- (1996) "In search of bioethics: a personal postscript", *Journal of Medicine and Philosophy* 21 (6), 671-679.
- MALIANDI, Ricardo (2004) "[Convenio Secretaría de Derechos Humanos, Bio&Sur y COMRA]", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 162-166.
- (2001) "Prólogo", *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Sergio Cecchetto, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 7-10.
- MÁRQUEZ MENDOZA, Octavio (2012) "Bioética y responsabilidad universitaria", *revista Vectores de Investigación*, vol. 5, No. 5, 85-96.
- MARTÍNEZ-ECHAZABAL, Lourdes (1998) "Mestizaje and the Discourse of National/Cultural Identity in Latin America, 1845-1959", *Latin American Perspectives* 25 (3), 21-42.
- MICHELINI, D. J. (2008) *Bien común y ética cívica. Una propuesta desde la ética del discurso*, Buenos Aires, Bonum.

- MORA SÁNCHEZ, Alina del Pilar (2010) "Perspectiva de la bioética en América", *Humanidades Médicas*, vol. 10 No. 1, Cuba, enero-abril.
- NEIRA, Hernán (2008) "América Latina y bioética", *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 156-159.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS) (2005) *Construyendo la nueva agenda desde la mirada de los determinantes sociales de la salud. Documento síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos*, Santiago de Chile, OMS/OPS, Ministerio de Salud Chile, Flacso Sede Chile.
- PARENTI, Michael (2001) *Democracy for the Few*, Seventh, 7 edc.
- PERALTA CORNIELLE, Andrés (2009) "Perspectivas para una bioética latinoamericana", *Realidad. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, No. 119, enero-marzo (monografía sobre bioética), 13-17.
- PÉREZ DE NUCCI, A. (2008) *Antropoética del acto médico*, Tucumán, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.
- PESSINI, Leo, BARCHIFONTAINE, Christian de Paul de, LOLAS, Fernando (coordinadores) (2007) *Perspectiva de la bioética en América Latina*, Santiago de Chile, OPS/OMS.
- PFEIFFER, María Luisa (2004a) "Prólogo" y "Epílogo", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 7-11, 237-255.
- (2004b) "'Progreso' y ciencia. Una reflexión ética", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 13-41.
- POTTER, Van Rensselaer (1970) "Bioethics, the science of survival", *Biology and Medicine*, Vol. 14, No. 1.
- PULVIRENTI, Orlando Daniel (2004) "Derecho a la salud, medicamentos y su interrelación con el sistema prestacional", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 147-152.
- RALSTON, D. Christopher, HO, Justin. (edición) (2010) *Philosophical reflections on Disability*, Netherlands, Springer Verlag.
- REICH, Warren (coordinador) (1995) *Encyclopedia of Bioethics*, New York, MacMillan, vol. 1, 2 edc.
- SAIDÓN, Patricia (2004) "El artículo 29 de la declaración de Helsinki y las 'guías éticas internacionales para investigación biomédica' CIOMS-2002", *Bioética ¿estrategia de dominación para*

América Latina?, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 63-67.

- SALAZAR, Arturo (2000) "Bioética ¿ciencia o disciplina?", *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, vol. 5, No. 1 y 2, 65-77.
- SALLES, Arleen L. (2008) "Enfoques éticos alternativos", *Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos*, Florencia Luna, Arleen L. Salles (editoras), Argentina, Fondo de Cultura Económica, 79-133.
- SANDEL, Michael (1982) *Liberalism and the Limits of Justice*, Cambridge, Cambridge University Press.
- SCHRAMM, F. R., KOTTOW, Miguel (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saúde Pública*, 17.
- SCHRAMM, F. R., REGO, S., BRAZ, M., PALACIOS, M (orgs.) (2005) *Bioética, riscos e proteção*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- SCHWARTZMANN, LAURA (2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales", *Ciencia y enfermería*, vol. 9, No. 2, Concepción, Chile, diciembre.
- SEN, A. (1997) *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós.
- TAYLOR, Charles (1979) "Atomism", *Powers, Possessions and Freedom*, Alkis Kontos, Toronto, University of Toronto Press, 39-61.
- TEALDI, Juan Carlos (2004) "La bioética latinoamericana ¿ante un nuevo orden moral?", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 43-58.
- VIDAL, Susana (2004) "Artículo 30 de la Declaración de Helsinki y el informe Nuffield", *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, María Luisa Pfeiffer (editora), Buenos Aires, Ediciones Suárez, 86-98.