

# **MONOGRAFIA BIOÉTICA-SOCIAL**

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

## **Bioética social, responsabilidad social y participación en instituciones de salud** **Social bioethics, social responsibility and participation in health institutions**

**DEMANDADO** 14-2-2019 **REVISADO** 21-10-2019 **ACEPTADO** 27-3-2020

**Francisco Javier León Correa**

*Bioeticista*

Director del Centro de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile

### **Palabras claves**

*Bioética social, responsabilidad social, instituciones de salud*

### **Key Words**

*Social bioethics, social responsibility, health institutions*

**RESUMEN** La actividad de atención de la salud se presta actualmente, en su mayor parte, en instituciones complejas, con equipos de salud, regidos por políticas públicas de salud o por idearios institucionales. Es fundamental que las instituciones pongan en un primer plano los valores éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención que va más allá de los criterios de excelencia y gestión empresarial (Amor et al., 2000), por encima de los criterios economicistas o de rentabilidad económica (Conill. 2004), en lo que García Marzá ha denominado una fundamental “apuesta ética en las organizaciones sanitarias” (García Marzá, 2005).

**ABSTRACT** Health care is currently provided, for the most part, in complex institutions, with health teams, governed by public health policies or institutional ideals. It is essential that the institutions put the ethical values of health care in the foreground as a guarantee of a quality of care that goes beyond the criteria of excellence and business management (Amor et al., 2000), over the economic

criteria or economic profitability (Conill. 2004), in what García Marzá has called a fundamental “ethical commitment in health organizations” (García Marzá, 2005).

## **1 Introducción<sup>1</sup>**

En este espacio dedicado a la ética institucional, veremos en primer lugar la responsabilidad social de las organizaciones, y la dimensión ética de esta responsabilidad, para centrarnos posteriormente en lo que más nos interesa: las organizaciones que promueven y atienden el cuidado de la salud y su ética institucional.

## **2 Responsabilidad social de las organizaciones**

Desarrollo sustentable, según Amartya Sen (1999), no sólo es la satisfacción de las necesidades sociales actuales y futuras, sino que involucra también la libertad humana en el sentido de una verdadera participación democrática y el ejercicio de las libertades individuales juntamente con las oportunidades sociales. Esto implica una nueva forma de pensamiento, en la que no cabe el mero asistencialismo ejercido por la comunidad internacional ante las graves crisis ambientales y sociales que sufren los países subdesarrollados.

Significa comprender que las personas pueden ser protagonistas de su propio cambio, y no sólo considerarlas como clientes o pacientes con necesidades que deben ser satisfechas (Denadei, 2009: 107),

y sobre el mismo tema también lo trabaja Parker (2002).

El concepto de desarrollo sustentable tiene un origen axiológico, y el desempeño del mismo se encuentra estrechamente ligado al valor de la solidaridad, al compromiso del ser humano con el prójimo, primero a nivel individual y luego a nivel corporativo.

Un modelo de desarrollo sustentable que asegure una mejor calidad de vida para todos se construye desde una actitud ética y comprometida de todas las organizaciones que conforman una comunidad; no se logra a través de mecanismos de imposición (Denadei, 2009: 110).

Es necesaria una ética de los directivos, basada en la perfección

---

<sup>1</sup> Una primera elaboración inicial de este tema, ahora más desarrollado y ampliado: León (2011: 70-77).

del trabajo profesional realizado, y también de las instituciones: se debe generar una mayor responsabilidad personal y a la vez respaldar la función social empresarial y corporativa (Sonnenfeld, 2010) y la exigencia ética de una responsabilidad también social de las instituciones (Paladino, 2007 y Navarro, 2008).

La sociedad está formada por organizaciones y éstas se desarrollan a través de las relaciones interpersonales de quienes las conforman. La responsabilidad que les compete debe llevarles, según Kliksblerg (2002), a lo siguiente:

- Toma de decisiones fundamentada en la honestidad y la capacidad para aceptar la realidad tal cual es y la responsabilidad que le corresponde.
- Desarrollar una cultura de trabajo donde se privilegie lo que se debe hacer en cuanto a la perfección del aspecto humano por sobre la especulación económica.
- Pensar a largo plazo permitiendo el desarrollo de proyectos individuales, comunitarios y nacionales, dejando a un lado la visión del corto plazo.
- Asumir un rol activo de participación proactiva y responsable evitando actitudes de pasividad que importan comodidad.
- Respetar las regulaciones existentes como actitud moral no sólo desde la conducta manifiesta sino como forma de pensamiento.

### **3 La dimensión ética de la responsabilidad social de las instituciones**

Al hablar de responsabilidad social de las empresas, la dimensión a la que curiosamente se le da menos espacio y reflexión a la dimensión ética y los valores de carácter moral asociados a la misma. La responsabilidad es una noción central de la dimensión moral, que lleva a prever las consecuencias que se derivan de las acciones y al cuestionamiento crítico de las causas y razones que las propician.

Qué es objeto de responsabilidad en las instituciones, cómo pueden llevarlo a la práctica, y sobre todo, por qué deben hacerlo, son las preguntas fundamentales.

Según sean las razones por las que se decide implementar políticas de responsabilidad social de opta por un modelo u otro de

empresa, se persiguen unos objetivos u otros, se adoptan unas u otras herramientas y se evalúan unos u otros aspectos. Lejos de ser indiferentes, las razones que subyacen a la puesta en práctica de la responsabilidad social, representan los motivos por los cuales las empresas y, por supuesto, sus gestores asumen el compromiso ético (Arrieta y De la Cruz, 2005: 13-15),

más allá de los límites de la responsabilidad puramente legal.

Tanto los sujetos como las instituciones tienen capacidad de actuar y libertad de elección, aunque ésta pueda estar en parte condicionada en ambos casos. Pero los que toman las decisiones pueden siempre tratar de minimizar los riesgos y evitar peores consecuencias: ser consciente de esto y actuar en consecuencia es la manera adecuada de ejercer la responsabilidad. Y precisamente este medir, analizar y prever las posibles consecuencias de la acción es quizás el rasgo más característico que se puede aplicar a las instituciones, que deben seguir, por tanto, un proceso deliberativo sobre lo que está en su poder y es modificable, sobre los medios a poner, las alternativas de acción y las consecuencias, de modo similar a como llegan a un consejo prudente los comités de ética en las instituciones de salud.

Esta responsabilidad social de las empresas, concebidas como “empresas ciudadanas”, comenzó al advertir que no podían reducirse única y exclusivamente a su función económica, que debían atender a todos los grupos incluidos en su actividad, y que debían implicarse en la solución de los problemas sociales. Así se expresó en la “Declaración tripartita de la OIT” sobre empresas multinacionales y políticas sociales (OIT, 2000)<sup>2</sup>, destinada a conformar un desarrollo sustentable, en el compromiso ético firmado por empresas de la Red pacto global creada a instancias del secretario general de la ONU en 1999 (ONU, 1999), dirigido a respaldar el respeto a los derechos humanos, mejorar las relaciones laborales, cuidar el medio ambiente y luchar contra la corrupción; en el Consejo Europeo reunido en

---

<sup>2</sup> La “Declaración tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales” es adoptada por el Consejo de administración de la Oficina Internacional del Trabajo en su 204ª reunión (Ginebra, noviembre de 1977) en la forma enmendada en su 279ª reunión (Ginebra, noviembre de 2000).

Lisboa en el 2000 (CE, 2000)<sup>3</sup>, y el posterior *Libro verde sobre responsabilidad social* de la Comisión de Comunidades Europeas (CCE, 2002: 51-71); en las “Normas sobre derechos humanos para las sociedades transnacionales” de la ONU, en 2003 (ONU, 2003); en los llamados “Principios de Ecuador” (2003) y en numerosas declaraciones posteriores.

- Un primer rasgo de la responsabilidad social de las instituciones es su carácter global e integrador de todos los elementos que intervienen en la institución.
- Un segundo es el irrenunciable papel que juega la sociedad, que demanda la adopción de políticas de responsabilidad institucional.
- Y un tercero, bien definido en el modelo norteamericano, es la gestión de esta responsabilidad social a través de los llamados *stakeholders* (Arrieta y De la Cruz, 2005: 51-58), donde participan en la toma de decisiones todos los implicados en ellas, como se apreciará un poco más adelante aplicado a las organizaciones de la salud.

Junto con asegurar el no hacer daño -principio ético de no maleficencia-, las instituciones deben organizarse y actuar conforme al principio de justicia, y del respeto a la autonomía. Deben actuar conforme a reglas sociales y normas de responsabilidad, pero su sentido social se fundamenta asimismo en una ética de la convicción voluntaria:

Exigir regulación, y el deber de actuar conforme a ella es la única manera de impedir que la gestión empresarial se ejerza desde la exclusiva búsqueda del beneficio económico en la medida que podemos contar con un principio que orienta éticamente la acción... Defender la voluntariedad es el único modo de dejar que los directivos ejerzan las políticas socialmente responsables" (Arrieta y De la Cruz, 2005: 71-74).

#### **4 Ética institucional de las organizaciones de salud**

Adela Cortina y Jesús Conill han dedicado amplia atención a este tema de la ética de la empresa y de la organización, y destacan que sólo en ámbitos cerrados las empresas pueden moverse regidas por normas únicamente; la mayoría de los grupos humanos y de las empresas, por tanto, deben orientarse por

---

<sup>3</sup> Sobre este documento realiza un análisis específico Arrieta y De la Cruz, 2005: 51-71.

valores, que pueden ser más o menos morales, más o menos humanizadores o deshumanizadores, No existen empresas "amorales" como no existen tampoco personas "amorales" (Cortina y Conill, 2005: 15-36).

Se ha desarrollado enormemente a principios del siglo XXI la ética de la empresa al igual que otras éticas aplicadas (Cortina, 1993), y gran parte de las propuestas se han empleado también a las empresas de salud (Hall, 2000 y Ozar, Wherhane y Emanuel, 2000), aunque difieran en algunos aspectos de las demás. Es, en definitiva, una vuelta del humanismo a la actividad empresarial, parecida a la ligazón entre humanidades y ciencia biomédica que realiza la bioética.

El humanismo se convierte en uno de los medidores de todos aquellos discursos que hablan de calidad para expresar la valía -bondad o valor- de las diversas actividades en las que el ser humano lleva a cabo su vida de una manera excelente; es decir, digna de ser llamada humana. Considerado así, el humanismo es una categoría a integrar, de manera urgente e ineludible, en todo el marco de lo que hoy se denomina 'moral institucional', lugar de referencia de las diversas 'éticas aplicadas'. En las acciones institucionales vamos a encontrar una expresión de sentido de las distintas prácticas sociales que comportan una compleja dinámica ética... en todas ellas se visualizan valores; en todas ellas se produce un intento de legitimarse, también, por relación con dichos valores (González, 2005: 122).

Desde la ética dialógica, se puede fundamentar la ética institucional en salud en esas relaciones sociales en sociedades que no sean de masas y de consumidores, sino de personas e instituciones que dan sentido y legitimidad, solamente si tienen como fin la solidaridad:

La finalidad del humanismo es hacer de las personas (sujetos morales) 'gestores' del sentido, y de las sociedades de personas, 'gestoras' de la legitimidad, a través de la generación de los bienes generales que satisfagan las necesidades de todos. Las 'interrelaciones personales' pasan a ser un intercambio comunicacional que es el lugar de gestión del sentido y de la legitimidad de las aspiraciones, necesidades o productos, que tienen que conservar, al menos como tensión, una estructura universal de solidaridad (González, 2005: 140).

Esos valores dominantes que han moldeado el mundo, deben ser promovidos en la atención de salud y forman el fundamento sobre todo de una ética organizacional e institucional básicas en la salud pública (Waymack, 2006), que considere

tanto los derechos como las necesidades humanas, y los deberes de las instituciones públicas de salud (Benatar, 2003: 195-207).

El primero de esos deberes éticos es la responsabilidad institucional.

Aunque Jonas no se preocupa directamente de la cuestión del papel del Estado, podemos detectar vínculos profundos entre la responsabilidad individual y la social, puesto que el Estado -a través de los funcionarios públicos, y en particular, de los gestores de la salud pública- es responsable por el bien público y por el bien de la colectividad, inclusive lo que se refiere a sus aspectos de salud (Schramm, 2004: 75).

Las deliberaciones de las políticas públicas tienen que ver con decisiones colectivas, que tornan cualquier programa sanitario en una política pública de tipo impersonal, pues está limitada por vínculos institucionales. Por tanto,

se deben analizar éticamente estas políticas públicas, atribuirles claramente responsabilidad, al menos de la misma forma que se le atribuyen a las responsabilidades parentales, lo que implica la pregunta de cómo realizarlo con acciones determinadas y legitimadas colectivamente (Schramm, 2004: 76).

### **5 Ética institucional y conflictos de interés: primero, la no maleficencia**

El bien interno o deber ético básico del médico es "respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad" (OMC, 1999), y

el fin último de la práctica sanitaria consiste en realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente... de forma que muchos de los conflictos que impiden alcanzar el bien social, la salud en nuestro caso, derivan de la confusión de este bien interno con los bienes externos que necesariamente acompañan a toda práctica, como son el dinero, el poder o el reconocimiento. Ambos tipos de bienes son necesarios, pero el problema aparece cuando se confunden y los bienes externos ocupan el lugar de los internos (García Marzá, 2005: 18),

tanto en el plano del ejercicio profesional, como en los objetivos de las instituciones.

El primer deber ético de la responsabilidad institucional es evitar la corrupción, la ineficiencia y la mala resolución de los conflictos de intereses, de modo perjudicial para los pacientes. Lo

primero, es no hacer y evitar la maleficencia.

## **6 Ética institucional y modelos de calidad: justicia y beneficencia**

150

Al analizarse los fundamentos de una bioética institucional y social, se constata que la no maleficencia es el nivel básico de la ética, también para una institución. Las instituciones, y más las de la salud, son actores con responsabilidad propia en la atención y prestación de salud (García Marzá, 2005: 30), y la responsabilidad exige en primer lugar responder por los errores o la maleficencia causada, y enseguida, dar a cada uno lo que le corresponde, con igual consideración para todos los pacientes, con justicia distributiva.

Pero más allá de cumplir con la justicia, toda institución de salud tiene la necesidad de desarrollar un modelo de calidad y acreditación de la excelencia en la asistencia prestada, que es hoy en día uno de los pilares básicos para generar la confianza de los pacientes-usuarios: "cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente" (González Esteban, 2005).

La calidad se puede definir de varias maneras (Fernández Beltrán, 2005: 93-94):

- A partir de la excelencia, la institución debe conseguir el mejor de los resultados en sentido absoluto.
- Atendiendo al valor, debe analizar los costes que supone seguir determinados criterios de calidad y, al mismo tiempo, no quedarse fuera de lo que puedan estar dispuestos a pagar por su producto o servicio los usuarios.
- Como ajuste a unas determinadas especificaciones, cumpliendo los criterios que se fijan como estándares.
- Por la satisfacción de las expectativas del usuario, que incluye un juicio subjetivo del mismo y equivale a la diferencia entre lo inicialmente esperado de un determinado servicio y lo que finalmente se recibe.

Para esto se han desarrollado modelos de calidad y de acreditación muy variados, y en todos encontramos criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y con los derechos de justicia de los pacientes. Ha surgido así una ética de las organizaciones sanitarias, más allá de la bioética clínica (Simón, 2002: 247-259), centrada en los modelos de acreditación de la calidad asistencial e institucional, a partir



de las iniciativas de la Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO, s/f).

Cada uno de los diferentes modelos de acreditación de las instituciones de salud tiene incorporados de un modo u otros determinados valores éticos. Las más utilizadas son: el EFQM, de autoevaluación de la calidad; JCAHO, de evaluación externa con estándares e indicadores internacionales centrados en los pacientes y en la gestión de la organización sanitaria; ISO, mediante evaluación externa de la gestión de la calidad, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, y medición, análisis y mejora del producto obtenido; CCHSA, evaluación externa con definición de estándares y actividades a realizar para alcanzarlos; HQS, con 52 normas de estándares sobre gobierno corporativo y clínico, gestión operativa, el itinerario del paciente y sus derechos, y las normas específicas de servicios (HQS, 2005: 73-141).

### **7 Concretar la calidad ética de las instituciones de salud: autonomía y participación**

Pero además, las empresas de salud tienen unas características especiales, que provocan problemas éticos específicos (Cortina y Conill, 2005: 28-32): quien paga los servicios no es generalmente el usuario, sino una agencia gubernamental o una empresa de seguros; los servicios que se ofertan no los deciden libremente los médicos de la institución, les vienen determinados en muchas ocasiones; el usuario es especialmente vulnerable por la propia enfermedad; el bien que se oferta, la salud, es un bien básico de la persona; existe una gran asimetría entre la oferta de servicios de salud y la demanda de una medicina del deseo sin límites; y finalmente, en toda organización de salud intervienen los gestores, en busca de la eficiencia, y el personal sanitario que ven en el bien del paciente el fin de su profesión y actuar, con dos tipos de ética diferente, como bien señala Dworkin (1977): una guiada por el 'principio del rescate', de la convicción ideal del bien -el médico-, y otra -el gerente- guiada por el "principio del asegurado prudente", de la responsabilidad ante los costes.

La propuesta metodológica desde la ética de la empresa ha sido la de los "stakeholders" para la definición de las buenas

prácticas institucionales entre todos los interesados o afectados: una institución sanitaria tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no sólo de sus accionistas ("shareholders") sino de sus "stakeholders", o partes interesadas: cualquier individuo o grupo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la organización (Cortina y Conill, 2005: 54-58).

Esta teoría es relevante porque desde ella se pueden abordar no sólo las buenas prácticas sanitarias en el ámbito profesional, sino también en el ámbito organizacional, ayudando a comprender y explicar los posibles conflictos de valores, de lealtades, de compromisos y de intereses (González Esteban, 2005: 79).

La institución y todas las partes interesadas forman una comunidad moral compartida y delibera sobre los principios morales mínimos de justicia cuando evalúa las decisiones y prácticas organizacionales (García Marzá, 2004), con la participación de todas las partes interesadas, en una fase analítico-descriptiva, y la generación posterior de estrategias ético-normativas que todos puedan sumir como propias.

Y esto, en tres niveles de deliberación ética que necesitan de ayuda concreta:

- A nivel de valores: declaración de valores de la institución.
- A nivel de principios éticos: códigos de ética profesionales.
- A nivel de normas: guías de buenas prácticas clínicas, así como guías éticas específicas sobre los problemas más corrientes en la asistencia de salud en la institución, con ayuda de los comités de ética asistencial.

Para aplicar la responsabilidad social en una institución de salud, hay que realizar prácticas éticas transparentes, establecer criterios de referencia claros y verificables, exigir la comprobación de los datos por agentes independientes, delimitar bien el tipo de información que como institución debe facilitarse, y garantizar la fiabilidad del procedimiento de evaluación y establecer auditorías (Arrieta y De la Cruz, 2005: 76-83). Es lo que se denomina en el modelo norteamericano la "accountability", la transparencia de rendir cuentas, la responsabilidad por los actos y omisiones, y el cumplimiento de los compromisos o requerimientos en relación con las políticas empresariales (SAI, s/f).

Como actuaciones específicas propuestas desde la bioética están entre otras las siguientes:

- Constitución y apoyo en las instituciones de salud de los Comités de ética asistencial, que defienden los derechos de los pacientes, prestan asesoría a los profesionales y también a la dirección y gerencia de las organizaciones.
- Elaboración y evaluación del cumplimiento dentro de la institución de una Carta de derechos de los pacientes.
- Compromiso explícito con la Carta de servicios o Código ético propio o con los Códigos éticos de los diferentes profesionales.
- Plan de humanización de la atención en salud dentro de la propia institución.
- Acreditación, contando primero con los aspectos éticos del cumplimiento del respeto a los derechos de los pacientes en la institución como parte importante de la calidad de la atención en salud.

### **Bibliografía**

- Amor, JR., Ferrando, I., Ruiz, J. (edición) (2000) *Ética y gestión sanitaria*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- Arrieta, B., De la Cruz, C. (2005) *La dimensión ética de la responsabilidad social*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Benatar, SR. (2003) "Salud pública y ética en salud pública", *Acta Bioethica*, 9(2), 195-207.
- Comisión Europea (CCE) (2002) *Libro verde de la Comisión Europea. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*, Barcelona, Esade.
- Conill, J. (2004) *Horizontes de economía ética*, Madrid, Tecnos.
- Cortina, A. (edición) (2003) *Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones*, Madrid, Trotta.
- Consejo Europeo (CE) (2000) *Conclusiones de la Presidencia*, Lisboa, CE.
- Cortina, A. (1993) *Ética aplicada y democracia radical*, Madrid, Tecnos.
- Cortina, A., Conill, J. (2005) "Ética, empresa y organizaciones sanitarias", *Ética de las organizaciones sanitarias*, P. Simón, Madrid, Triacastela, 15-36.
- Denadei, M. (2009) "Responsabilidad social de las organizaciones: obligación de hacer o actitud ética responsable de los

- sujetos”, Pensar-se humanos, MC. Roth (coordinación), Buenos Aires, Biblos.
- Dworkin, R. (1977) *Taking Rights Seriously*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Fernández Beltrán, F. (2005) “La perspectiva ética de la calidad”, *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, D. García Marzá, Madrid, Trotta.
- García Marzá, D. (dirección) (2005) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Castellón, España, Universitat Jaume I.
- García Marzá, D. (2004) *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, Madrid, Trotta.
- González, RG. (2005) “Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético”, *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*, JM. Gómez-Heras, C. Velayos (edición), Madrid: Tecnos, Grupo Anaya, 115-144.
- González Esteban, E. (2005) “Los restos éticos de la medicina gestionada”, *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, D. García Marzá, Madrid, Trotta.
- Hall, R.T. (2000) *An introduction to healthcare organizational ethics*, Oxford, Oxford University Press.
- HQS (2005) “Perspectiva ética de algunos modelos internacionales de acreditación de la calidad”, *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, P. Simón (edición), Madrid: Triacastela, 73-141.
- Joint Commission (JCAHO) (s/f) [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org).
- Kliksblerg, B. (2002) *Hacia una economía con rostro humano*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- León, FJ. (2011) “Ética institucional y responsabilidad social en instituciones de salud”, *Responsabilidad social de las organizaciones: perspectivas de nuevos marcos institucionales en América Latina*, N. Gorrochátegi, V. Martins (edición), Buenos Aires, Ediciones Cooperativas, 70-77.
- Navarro García, F. (2008) *Responsabilidad social corporativa: teoría y práctica*, Madrid, ESIC Editorial.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2000) *Declaración tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales*, Ginebra, OIT.
- Organización Médica Colegial de España (OMC) (1999) *Código deontológico*, Madrid, OMC.

- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1999) *Global Compact. Building a new era of sustainability*, [www.pactomundial.org].
- Ozar, B.J., Wherhane, P., Emanuel, L. (2000) "Organizational Ethics", *Health Care: Toward a model for ethical decision making by provider organizations*, Chicago, Institute for Ethics AMA.
- Paladino, M. (edición) (2007) *La responsabilidad de la empresa en la sociedad*, Buenos Aires, Emecé.
- Parker, C. (2002) *La pobreza desde la perspectiva del desarrollo humano: desafío para las políticas públicas en América Latina*, Tegucigalpa, PNUD.
- Principios de Ecuador (2003) *Acuerdo Internacional*, <http://www.equator-principles.com/>.
- Schramm, FR. (2004) "A bioética da protecao em saúde pública", *Bioética e saúde pública*, PA. Fortes, ELC. Pavone Zó-boli, Sao Paulo, Centro Universitario Sao Camilo y Edicoes Loyola.
- Sen, A. (1999) *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press. Traducción española (2000): Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta.
- Simón, Pablo (2002) "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética", *Revista Calidad asistencial*, 17(4), 247-259.
- Simón, Pablo (2002) "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética", *Revista Calidad asistencial*, 17(4), 247-259.
- Social Acoountability International 8000 (s/f) [www.sa8000.org](http://www.sa8000.org).
- Sonnenfeld, A. (2010) *Liderazgo ético. La sabiduría de decidir bien*, Madrid, Encuentro.
- Waymack, M. (2006) "Ética organizacional en el cuidado médico", *I Simposio internacional de ética en las instituciones de salud*, Monterrey, México, [http://www.pulsobinario.com/-ws/emc/eventos\\_Etica.asp](http://www.pulsobinario.com/-ws/emc/eventos_Etica.asp).



# Vectores

**de Investigación**

REVISTA MULTI Y TRANSDISCIPLINAR INDEXADA

**Journal of Comparative Studies of Latin America**

E-ISSN online 2255-3371 ISSN 1870-0128

**Centro de Investigación y de Estudios de América Latina  
Academia de las Ciencias de América Latina y Europa**

**V**  
**i** **BIOÉTICA-SOCIAL**  
**i** **BIOETHICS-SOCIAL**

**Vol. 18 No. 18** *2b SEMESTRE 2020*

## Índice

### PRÓLOGO *FOREWORD*

Crisis mundial de salud 2020	13
<i>Global Health Crisis 2020</i>	24

### INTRODUCCIÓN *INTRODUCTION*

<i>The bioethical complex at the end of life</i>	27
El complejo bioético en el final de la vida	29
<b>+José Alberto Mainetti</b>	

### MONOGRAFÍA BIOÉTICA *BIOETHICS MONOGRAPH*

**Alfonso Llano Escobar**

*Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia*

Algunas consideraciones en torno a la epistemología de la bioética	35
--	----

<i>Some considerations around the epistemology of bioethics</i>	35
---	----

**James F. Drene**

*University of Pennsylvania, Estados Unidos*

Métodos de ética clínica estadounidense, europea y latinoamericana	43
--	----

<i>American, European and Latin American Clinical Ethics Methods</i>	43
--	----

**+José Alberto Mainetti, José Luis Mainetti**

*Fundación Mainetti, La Plata, Argentina*

Introducción a la muerte médica	63
---------------------------------	----

<i>Introduction to death in medicine</i>	63
--	----

### MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL

*BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH*

**José Carlos Bermejo Higuera**

*Centro de Humanización de la salud, Tres cantos, Madrid, España*

Sobre eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida	95
---	----

<i>On euthanasia and other bioethical questions at the end of life</i>	95
--	----



<b>Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión</b>	
<i>Universidad Autónoma del Estado de México, México</i>	
Bioética y educación, desde su implicación social	125
<i>Bioethics and education, from its social implication</i>	125
<b>Francisco Javier León Correa</b>	
<i>Universidad Central de Chile, Santiago de Chile, Chile</i>	
Bioética social, responsabilidades social y participación e instituciones de salud	143
<i>Social bioethics, social responsibility and participation in health institutions</i>	143
<b>Miguel-Héctor Fernández-Carrión</b>	
<i>Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, México DF, Madrid, México-España</i>	
El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bioética-social	157
<i>The vulnerability factor in the practice of social-bioethics</i>	157
<b>Damián del Percio</b>	
<i>Estudio Maglio y Asociados Abogados, Buenos Aires, Argentina</i>	
Investigación clínica en los contextos sociales de pobreza	201
<i>Clinical research in the social contexts of poverty</i>	201
<b>CURRICULUM DE LOS AUTORES</b>	218
José Carlos Bermejo Higuera	218
James F. Drene	222
Miguel-Héctor Fernández-Carrión	225
Francisco Javier León Correa	229
Alfonso Llano Escobar	231
José Alberto Mainetti	232
José Luis Mainetti	234
Octavio Márquez Mendoza	234
Damián del Percio	238
<b>NORMAS DE PUBLICACIÓN</b>	240
<i>INFORMATION FOR CONTRIBUTORS</i>	242