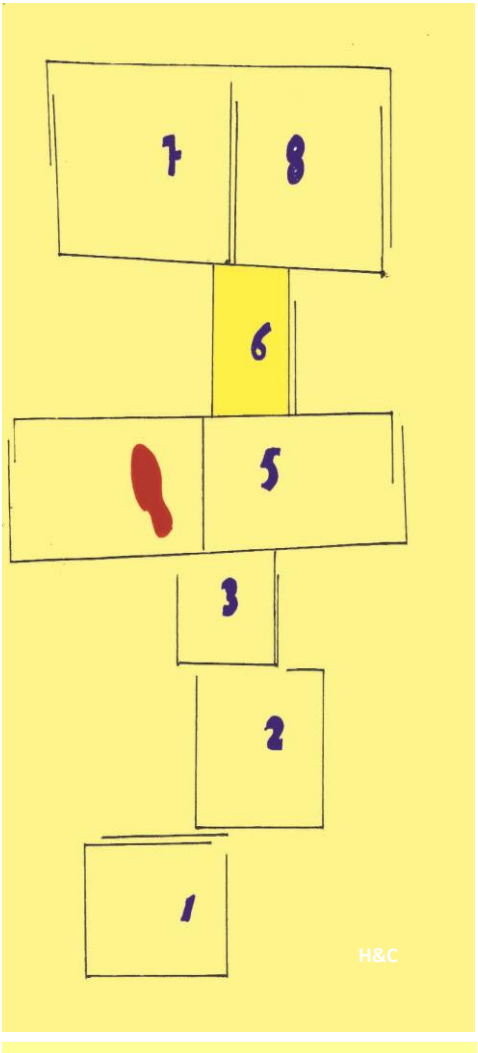
Vectores de Investigación
ISSN 1870-0128 VOL 17 N° 17
E-ISSN online 2255-3371
SEGUNDA EDICIÓN
Journal of Comparative Studies of Latin America
CIEAL

BIOÉTICA *BIOETHICS*

INTRODUCCIÓN *INTRODUCTION*
Ethics of responsibility, from Hans Jonas Ética de la responsabilidad, a partir de Hans Jonas **Sergio Cecchetto**
PRÓLOGO *FOREWORD*
MONOGRAFÍA BIOÉTICA *BIOETHICS MONOGRAPH*
Alfonso Llano Escobar *Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia* ¿Qué es bioética global hoy? *What are global bioethics today?* **James Drane** *Edinboro University of Pennsylvania, Estados Unidos* La bioética en las américas: norte y sur. Una historia personal *Bioethics in the Americas: North and South. A personal story* **José Alberto Mainetti – José Luis Mainetti** *Fundación Mainetti, La Plata, Argentina* Desarrollo de la bioética en América Latina *Development of bioethics in Latin America*
MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL *BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH*
Miguel-Héctor Fernández-Carrión *Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, España-México* Historia de la bioética social en América Latina *History of social bioethics in Latin America* **Fermin Roland Schramm – Miguel Kottow** *Fundaçâo Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil - Universidad de Chile, Chile* Principios bioéticos en salud Pública *Bioethical principles ion public health* **Francisco Javier León Correa** Principios para una bioética social *Principles of socialbioethics* **Miguel-Héctor Fernández-Carrión** Teoría de bioética-social *Bioethics-social theory* **Miguel Kottow** Reflexiones sobre bioética social *Bioethical principles ion public health*



Vectores de Investigación
REVISTA MULTI Y TRANSDISCIPLINAR INDEXADA

Journal of Comparative Studies of Latin America

SEGUNDA EDICIÓN

BIOÉTICA
BIOETHICS

Vol. 17 No. 17 *Primera edición 2020 Segunda edición 2023*

Vectores de Investigación

REVISTA MULTI Y TRANSDISCIPLINAR INDEXADA

Journal of Comparative Studies of Latin America

EDITOR-DIRECTOR
DR. MIGUEL-HÉCTOR FERNÁNDEZ-CARRIÓN
Director del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina

CONSEJO EDITORIAL
NOAM CHOMSKY
Massachusetts Institute of Technology (MIT) Estados Unidos
EDGAR MORIN
Sociólogo y filósofo, Francia
ALAIN TOURAINE
École des Hautes Études en Sciences Sociales, París, Francia
DR. ENRIQUE DUSSEL
EXrector de la Universidad Metropolitana de la Ciudad de México, UNAM, UAM Unidad Iztapalapa, México, SNI Emérito
DR. BASARAB NICOLESCU
Presidente del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires, Paris, Francia
DR. ANTONIO GARCÍA ZENTENO
Instituto de Ciencias Nucleares, UNAM, México, SNI II
DR. JAVIER LINDENBOIM
Universidad de Buenos Aires, Argentina
DR. ALFONSO GALINDO LUCAS
Universidad de Cádiz, España
COMITÉ COLABORADOR
DRA. CARMEN MARTÍNEZ MARTÍN
Universidad Complutense de Madrid, España
DR. FELIPE LARA-ROSANO
Centro de Ciencias de la Complejidas, UNAM, México, SNI III
DRA. ISABEL SANZ VILLARROYA
Universidad de Zaragoza, España
DRA. Mª ELENA GONZÁLEZ DELUCA
Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela
COMITÉ EMÉRITO
+ DR. RUBÉN H. ZORRILLA
Universidad de Buenos Aires, Argentina
+ DR. MIGUEL LEÓN-PORTILLA
Universidad Nacional Autónoma de México, México
+ DR. CIRO F. CARDOSO
Universidade Federal do Fulmínense, Brasil

Printer México/Online España

E-ISSN online 2255-3371 ISSN 1870-0128
VOL 17 N° 17
BIOÉTICA
BIOETHICS

La ***Revista Vectores de Investigación***
Journal of Comparative Studies of Latin America
es editada por el Centro Internacional de Investigación y de Estudios de América Latina en conjunto con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, Academia de las Ciencias de América Latina y Europa e Instituto Libre de Educación Digital, México y en colaboración con el Instituto de Estudios Históricos y Económicos, Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas y Centro de Estudios y de Creación Artística y Literaria, con sedes académicas en la Universidad Complutense de Madrid, España

Los manuscritos propuestos para su publicación en esta Revista deberán ser inéditos o contar con cambios sustanciales y no haber sido sometidos a consideración a otras revistas al mismo tiempo

Los manuscritos son analizados para su selección por dos lectores anónimos (pares ciegos) y a su aceptación los derechos de reproducción se transfieren a la Revista

Vol. 17 No. 17

PRODUCCIÓN EDITORIAL Fernández-Carrión
TRADUCCIÓN David Pérez Guerra
DISEÑO, MAQUETACIÓN, CUBIERTA H&fCarrión

REVISTA VECTORES DE INVESTIGACIÓN
JOURNAL OF COMPARATIVE STUDIES OF LATIN AMERICA
INDEXADA

BASES DE INDEXACIÓN

- DOAJ Directory of Open Access Journals, SUECIA. DOAJ.org
https://doaj.org/toc/2255-3371
- LATINDEX Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), MÉXICO
http://www.latindex.org/latindex/ficha?folio=21921
- **SCIELO Scientific Electronic Library Online**, MÉXICO
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=2255-3371&lng=es&nrm=iso
- DIALNET Plataforma de recursos y servicios documentales Fundación DIALNET, Universidad de la Rioja, ESPAÑA
http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=21282
- CLASE Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades. Dirección General de Bibliotecas UNAM, MÉXICO
http://132.248.9.1:8991/F/5UAHX8R314QGVXI8TPTKDNAF56NRSCIXUG8LLTLHCH21PV7KD4-05791?func=find-b&request=Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n&find_code=WAU&adjacent=N&local_base=CLA01&x=70&y=6&filter_code_1=WLN&filter_request_1=&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3= WYR&-filter_request_3=
- CRUE REBIUM Reb de Bibliotecas Universitarias, ESPAÑA
http://rebiun.absysnet.com/cgi-bin/abnetop/O7606/IDfce9ffb4?-ACC=161
- **GENAMICS JOURNALSEEK**, A Searchable Database of Online Scholarly, ESTADOS UNIDOS
http://journalseek.net/cgi-bin/journalseek/journalsearch.cgi?field=issn&query=1870-0128
- **OCLC WORLDCAT**, Estados Unidos
http://www.worldcat.org/search?q=Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n&qt=owc_search
- **PARADIGM SHIFT INNOVATIONS, LLC,** Denver, ESTADOS UNIDOS
http://www.psithority.com/Library/Periodical/Revista-Vectores-de-Investigacion/1063036
- REDIAL Red Europea de Información y Documentación sobre América Latina CEISAL Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina (Consejo Superior de Investigación Científica CSIC), ESPAÑA
http://www.red-redial.net/revista-vectores,de,investigacion-389.html
- REDIB Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Ministerio de Economía y Competitividad, Gobierno de España, ESPAÑA
https://www.redib.org/recursos/Search/Results?lookfor=Vectores%

20de%20Investigaci%C3%B3n&type=AllFields&submit=Buscar&limit=20&sort=relevance&lng=es
- **RIRCyC Red Iberoamericana de Revistas de Comunicación y Cultura**, ARGENTINA
https://www.facebook.com/RIRCYC
- SELF BUILDING INFORMATION SERVICE (SBIS), CHINA
http://sbis.sciinfo.cn/sbis/content/Revista-Vectores-de-Investigacion-1870-0128-2255-3371
- SPRINTKNOWLEDGE, **SprintKnowledge. Digital Library and Database of Academic Research**, RUMANÍA
http://www.sprintknowledge.com/journal-details/2255-3371

BASES DE IMPACTO

- **NAVER ACADEMIC,** KOREA
https://academic.naver.com/journal.naver?journal_id=3264199
- **MIAR** Universitat de Barcelona, Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya, Agencia de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, ESPAÑA
http://miar.ub.edu/issn/1870-0128

BASES DE DOCUMENTACIÓN

- **PRINCETON UNIVERSITY LIBRARY**, Nueva Jersey, ESTADOS UNIDOS
https://catalog.princeton.edu/catalog/9836143
- **UNIVERSIA**. Fundación Universia, Madrid, ESPAÑA
http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/revista-vectores-investigacion/id/64672785.html
- AJMAN UNIVERSITY LIBRARY, Ajman, EMIRATOS ÁRABES
https://library.ajman.ac.ae/eds?query=%22Revista%20Vectores%20de%20Investigaci%C3%B3n%22&catalog=eds
- BIBLAT Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social, MÉXICO
http://biblat.unam.mx/es/buscar/vectores-de-investigacion
- BIBLIOTECA ELECTRÓNICA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, ARGENTINA
https://www.biblioteca.mincyt.gob.ar/revistas/index?browseType=db&db%5B0%5D=16&Journals_page=1167
- **BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA**, Madrid, ESPAÑA
http://catalogo.bne.es/uhtbin/cgisirsi/MeR5MRwwKg/BNMAMADRID/113060227/123
http://datos.bne.es/edicion/a5304937.html
- **Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu**, POLONIA
https://www.bu.uni.wroc.pl/e-zrodla/czasopisma-elektroniczne?page=46&litera=r
- **E-JOURNALS.** National Taiwan Normal University, Taiwan, China
http://www.lib.ntnu.edu.tw/database/dbview.jsp?id=1725-0927&type=1
- **E-JOURNAL DETAILS, SCD-SFX.U**, Strasbourg, FRANCIA

https://scd-sfx.u-strasbg.fr/sfx_test/cgi/core/azlist/a-z_retrieve.cgi?function=get_info&obj_id=3710000000520824&-issn=1870-0128&profile=SID&exclude_issn=&exclude_note=&-exclude_lccn=&exclude_coden=&exclude_availability=&exclude_categories=

- **EXLIBRIS GROUP**, ESTADOS UNIDOS
https://julac.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=HKUST_IZ51147968310003412&vid=HKUST

- **GOOGLE SCHOLAR,** ESTADOS UNIDOS
http://scholar.google.es/scholar?q=%22Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n%22&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Hellenic Academic Libraries Link | ICOLC Website
National Technical University of Athens, Poytechnic, GRECIA
https://www.heal-link.gr/alpha.php?lt=R

- **HELKA LIBRARIES**, Helsinki University Library, FINLANDIA
https://helka.finna.fi/Record/helka.2889118?lng=en-gb

- **KYUSHU UNIVERSITY**, JAPÓN
http://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/en/recordID/1551094?hit=1&-caller=xc-search

- **LAREDO COLLEGE**, Library, Texas, ESTADOS UNIDOS
http://eds.b.ebscohost.com/eds/results?vid=0&sid=bff2ac2e-37dd-4ecf-bacd-27a3d5a4a39d%40pdc-v-sessmgr03&bquery=%2522Revista%2BVectores%2Bde%2BInvestigaci%25c3%25b3n%2522&-bdata=JkF1dGhUeXBlPWlwLHNzbyZjbGkwPUZUMSZjbHYwPVkm-dHlwZT0wJnNlYXJjaE1vZGU9QW5kJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d

- **LIBRARIES OF UNIVERSITY OF SUSSEX,** University of Brighton and Brighton and Sussex Medical School, INGLATERRA
http://sabre.lib.sussex.ac.uk/vufindsmu/Record/18700128

- **LIBRARY CATALOGUE UNIVERSITY OF BRIGHTON**, INGLATERRA
http://capitadiscovery.co.uk/brighton-ac/items/1402244

- **LIBRARY USASK**, CANADÁ
http://library.usask.ca/find/ejournals/view.php?id=37100000005-20824

- **LINCOLN UNIVERSITY**, ESTADOS UNIDOS
https://library2.lincoln.ac.nz/tools/newitems/index.php?age=1-215&type=all

- **MASSEY UNIVERSITY LIBRARY,** University of NEW ZEALAND
http://link.massey.ac.nz/portal/Revista-Vectores-de-Investigaci%C3%B3n-electronic/aKk25IGOJjk/

- **MIR@BEL,** La Région Auvergn-Rhóne-Alpes**,** Lyon, FRANCIA
http://www.reseau-mirabel.info/revue/5362/Vectores_de_investigacion

- **OPAC**, Toyama University, JAPÓN
http://opac.lib.u-toyama.ac.jp/opc/recordID/catalog.bib/OJ00821-111?hit=-1&caller=xc-search

- **PARADIGM SHIFT INNOVATIONS, LLC**, Denver, ESTADOS UNIDOS

http://www.psithority.com/Library/Periodical/Revista-Vectores-de-Investigacion/1063036
- **PISTOTN**, CNUDST, Portail de l'Information Scientifique et Technique, Centre National Universitaire de Documentation Scientifique et Technique, TUNEZ
http://www.pist.tn/search?ln=ar&p=recid%3A25146&rm=wrd
- **RIJE Universiteit Bussel**, BÉLGICA
https://biblio.vub.ac.be/vlink/EList.csp?Sort=alpha&trigger=R&Language=eng&DocumentType=Journal
-**JOURNALTOCS**. School of Mathematical and Computer Sciences, Heriot-Watt University, Edinburgh, INGLATERRA
http://www.journaltocs.ac.uk/index.php?action=search&subAction=hits&journalID=44395&userQueryID=5453&high=-1&ps=30&page=1&items=0&journal_filter=&journalby=
- **SEARCH,** University of Wisconsin-Madison Libraries, Wisconsin, ESTADOS UNIDOS
https://search.library.wisc.edu/catalog/9911485129502121
- **SOUTHEAST UNIVERSITY LIBRARY**, BANGLADÉS
https://library.seu.edu.bd/journal/revista-vectores-de-investigacion-centro-de-investigacion-de-estudios-comparados-de-america
- **STANFORD UNIVERSITY**, ESTADOS UNIDOS
https://searchworks.stanford.edu/view/11522571
- **STATE LIBRARY OF NEW SOUTH WALES**, AUSTRALIA
http://library.sl.nsw.gov.au/search~S1?/tRevista+unipluriversidad/trevista+unipluriversidad/-3%2C-1%2C0%2CB/frameset&FF=trevista+vectores+de+investigacion&1%2C1%2C
- **THE HONG KONG UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY,** Hong Kong, CHINA
https://library.ust.hk/collections-resources/ejournals/?searcharg=-R&pa=41&sub=&sort=stitle&atoz=true
- **UNIFIND**, JAPÓN
http://uni.lib.shizuoka.ac.jp/Record/SZ10016863
- **UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK WROCLAW**, POLONIA
http://www.bu.uni.wroc.pl/de/e-quellen/elektronische-zeitschriften?litera=r&strona=70
- UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES, FRANCIA
http://www.biusante.parisdescartes.fr/chercher/revues.php?p=-20&do=rec&alp=RE&let=R&typ=rev
- **UNIVERSITEITS BIBLIOTHEEK GENT**, Universiteit Gent, Gante, BÉLGICA
https://lib.ugent.be/catalog/ejn01:3710000000520824
- UNIVERSITY OF GLASGOW, Escocia, INGLATERRA
http://m.lib.gla.ac.uk/record=b3256851~S6
- **UNIVERSITY OF BRIGHTON LIBRARY Catalague**, Bringhton, INGLATERRA
https://capitadiscovery.co.uk/brighton-ac/items/1402244
- **UNIVERSITY OF LIVERPOOL**, INGLATERRA
http://link.liverpool.ac.uk/portal/Revista-Vectores-de-Investigaci%C3%B3n-electronic/aKk25IGOJjk/
- **UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA**, ESTADOS UNIDOS

http://onlinebooks.library.upenn.edu/webbin/book/browse?-type=title&index=1277113&key=revista%20trimensal%20do%20instituto%20historico%20geographico%20e%20ethnographico%20do%20brazil&c=x

- **UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN**, University Library, Saskatoon, CANADÁ
https://library.usask.ca/ejournals/view.php?id=3710000000520824

- **UNSW Library Sydney NSW 2052 Australia University of New South Wales**, AUSTRALIA
http://primoa.library.unsw.edu.au/primo_library/libweb/action/-search.do?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=-Basic&tab=default_tab&indx=1&dum=true&srt=rank&vid=-UNSWS&frbg=&vl%28freeText0%29=%22Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n%22&scp.scps=scope%3A%28UNSW_DigiT-ool_ALMA%29%2Cscope%3A%28UNSWorks_ALMA%29%2Cscope%3A%28UNSW_ALMA%29%2Cprimo_central_multiple_fe

- **UTS Library University of Technology**, AUSTRALIA
http://find.lib.uts.edu.au/search;jsessionid=5B10872ED5825D-01CDB42987E50BDD8C?R=OPAC_b3053588

- **VANCOUVER PUBLIC LIBRARY**, CANADÁ
https://vpl.bibliocommons.com/item/show/5866050038_vectores_de_investigaci%C3%B3n

- **VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL** (VUB), BÉLGICA
http://biblio.vub.ac.be/vlink/EList.csp?Sort=alpha&trigger=R

- **WESTERN THEOLOGICAL SEMINARY,** MI, HOLANDA
http://ingentaconnect.com.proxy.westernsem.edu/CJDB4/EXS/journal/202307

Índice

INTRODUCCIÓN *INTRODUCTION* 13
Ethics of responsibility, from Hans Jonas 13
Ética de la responsabilidad, a partir de Hans Jonas 15
Sergio Cecchetto

PRÓLOGO *FOREWORD* 27
Bioética-social *Bioethics-social*

MONOGRAFÍA BIOÉTICA *BIOETHICS MONOGRAPH*
Alfonso Llano Escobar
Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia
¿Qué es bioética global hoy? 29
What are global bioethics today? 29

James Drane
Edinboro University of Pennsylvania, Estados Unidos
La bioética en las américas: norte y sur. Una historia personal 41
Bioethics in the Americas: North and South. A personal story 41

José Alberto Mainetti
José Luis Mainetti
Fundación Mainetti, La Plata, Argentina
Desarrollo de la bioética en América Latina 59
Development of bioethics in Latin America 59

MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL *BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH*
Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, España-México
Historia de la bioética social en América Latina 71
History of social bioethics in Latin America 71

Fermin Roland Schramm
Miguel Kottow
Fundaçâo Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil
Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile
Principios bioéticos en salud pública. Limitaciones y propuestas 101

Bioethical principles ion public health. Limitations and proposals 101

Francisco Javier León Correa
Universidad Central de Chile, Santiago de Chile, Chile
Principios para una bioética social 117
Principles of social bioethics 117

Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Teoría de bioética-social 135
Bioethics-social theory 135

Miguel Kottow
Reflexiones sobre bioética social 149
Reflections on social bioethics 149

CURRÍCULUM DE LOS AUTORES 173
AUTHORS'CV 173

NORMAS DE PUBLICACIÓN 190
INFORMATION FOR CONTRIBUTORS 193

Introduction

Ethics of responsibility, from Hans Jonas

+Sergio Cecchetto

Jonas noted that in no past age was men lacking in techniques, but at the same time, he noticed a substantial difference between ancient techniques and modern techniques. Certainly, the ancestor of the current human being, the hominid, showed signs of inexhaustible ingenuity and inventiveness by making use of language, thought and social feeling to build the abode of the human, subjecting the circumstances to their will and needs. However, such interventions on nature were superficial and incapable of seriously damaging the balance of the earth, its regenerative, and productive capacity. This capacity of the whole to remain unalterable and to be inexhaustible allowed the disruptive agent to maintain a certain alienation with respect to the hieratic totality. Nature was not the object of human responsibility, since she cared for herself and even for the man and the woman who lived within her. The task of the human element was, in any case, to sustain the balance within a second nature, artificial or cultural, created at the expense of the greater balance of the whole. In this citadel or social artifact, he established his intrahuman contract and adjusted the measure of his actions to his fellow men, responding there

to the small domain that fell within the framework of his ethical and political responsibilities.

Introducción

+Sergio Cecchetto

Ética de la responsabilidad, a partir de Hans Jonas

I La sociedad humana y la civilización tecnológica

Jonas advirtió que en ninguna época pasada el hombre careció de técnicas, pero al mismo tiempo reparó en una diferencia sustancial entre las antiguas técnicas y la técnica moderna. Ciertamente el antepasado del ser humano actual el homínido dio muestras de ingenio inagotable e inventiva al valerse del lenguaje, del pensamiento y del sentimiento social para construir la morada de lo humano, sometiendo las circunstancias a su voluntad y necesidades. Sin embargo tales intervenciones sobre la naturaleza fueron superficiales e incapaces de dañar seriamente el equilibrio de la tierra, su capacidad regeneradora y productiva. Esta capacidad del todo para mantenerse inalterable y mostrarse inagotable le permitió al agente disruptor mantener una cierta ajenidad respecto de la totalidad hierática. La naturaleza no fue objeto de la responsabilidad humana, puesto que ella cuidaba de sí misma y hasta del hombre y la mujer que dentro de ella habitaba. La tarea del elemento humano era, en cualquier caso, sostener el equilibrio dentro de una segunda naturaleza, de carácter artificial o cultural, creada a expensas del equilibrio mayor del

conjunto. En esta ciudadela o artefacto social estableció su contrato intrahumano y ajustó la medida de sus acciones a sus congéneres, respondiendo allí al pequeño dominio que entraba en el marco de sus responsabilidades éticas y políticas.

El trato acorde con el mundo extra-humano se mantenía allí dentro de los márgenes de la neutralidad axiológica. La capacidad técnica, de por sí limitada, era un ingenio necesario para sobreponerse a la adversidad. Pero tal actividad apenas si llegaba a afectar la naturaleza de las cosas, y raramente esta modificación alcanzaba un carácter permanente: año tras año el arado volvía a lastimar el mismo suelo, las barcas a arremolinar las mismas aguas, los pueblos hambrientos a cosechar los frutos comestibles que ofrecían con generosidad los mismos árboles, o los chamanes a posponer por breve tiempo la muerte de los guerreros heridos en combate. La inteligencia y la invención eran herramientas para hacerle frente a una naturaleza hostil o indiferente respecto del destino último de sus criaturas. En el patio de los objetos el hombre y la mujer podía comportarse entonces de manera despreocupada y amoral, ya que el mundo extra-humano caía fuera del ámbito de la relevancia ética y de la obligación. Estas últimas realidades tenían sentido sólo en el trato directo del ser humano con el ser vivo, cuya esencia se dibujaba inmutable y alejada de cualquier pretensión transformadora o meliorista. El bien y el mal no eran asunto de una planificación a largo plazo puesto que los fines de las acciones humanas estaban cerca, en tiempo y espacio. Moverse en un lapso de tiempo corto y entre vecinos era otra manera de admitir que el alcance efectivo de cualquier acción humana era, a su vez, escaso, cercano, restringido al aquí y al ahora, limitado a las obligaciones entre sujetos morales presentes, enfrentados cara a cara. El espacio de las responsabilidades se resolvía entre pares contemporáneos, habitantes de un presente común, partícipes por igual de circunstancias similares. Todo el fenómeno de la moralidad quedaba así reducido a este estrecho margen. Cualquier acto técnico que contara con buena intención por parte del agente que lo ejecutaba, con una meditación suficiente y una realización acorde, podía ser llamado a responder por sus consecuencias inmediatas, pero quedaba rápidamente descalificado a la hora de responder

por efectos posteriores no previstos, títeres de la casualidad, la providencia o el destino.

Jonas entendió que ese panorama bucólico se modificó de modo decisivo por concurso de la técnica moderna, la cual introdujo en el mundo acciones de magnitud diferente, objetos inéditos y consecuencias novedosas; hasta tal punto que la ética y la política tradicionales ya no podían abarcarlas. Son varios los cambios que han llevado a la consolidación del panorama actual, y el primero de ellos guarda relación con la vulnerabilidad de la naturaleza, sometida a la constante intervención de la empresa técnica. Esta debilidad dista de ser una hipótesis, puesto que puede reconocerse en función de los daños ya causados por la febril actividad desplegada por el hombre y la mujer en los últimos ciento cincuenta años. Su correlato es el poderío de la acción humana, capaz ahora sí y por vez primera, de afectar seriamente con su despliegue a la biosfera entera. Esta cuota máxima de poder permite el borramiento de la limitación tradicional acordada para la ética: la praxis técnica contemporánea pone en obra un ensanchamiento espacial y una dilatación temporal de series causales difíciles de ser pensadas e imposibles de ser previstas, incluso cuando se pone en marcha con el propósito de alcanzar fines que parecen cercanos. A esto se añade el carácter acumulativo o sumativo de los efectos producidos, de modo tal que el panorama que se le ofrece al agente inicial para obrar, no coincide con el que rodea a aquellos que se ven impelidos a hacerlo en segundo término, y éstos a su vez volverán a modificar cualitativa y progresivamente el entorno de los actores siguientes. Cada uno de ellos se enfrentará al producto de lo que ya fue hecho. Y más aún, no podrá desandar lo ya andado, revirtiendo lo ocurrido hasta llevarlo al punto cero del origen, puesto que la transformación tecnológica del mundo desborda sus premisas hasta volverlas irreconocibles.

La actuación técnica ha sido una vocación de la humanidad, la respuesta a un llamado. Pero en tiempos actuales parece haberse convertido, no ya en el medio con grado finito de adecuación a fines próximos bien determinados, sino en el camino privilegiado para arribar a la meta elegida por la especie, en su empresa más importante, en su misión última. La técnica moderna es hoy un magnífico impulso hacia adelante

cuya superación constante no es otra cosa que el logro del máximo dominio sobre las cosas. En esta empresa de dominio se cumple el destino del ser humano contemporáneo, definido como *homo faber* o *anthropos technico.* La técnica contemporánea ocupa el lugar central en la vida de los fines subjetivos de las personas, haciendo a un lado incluso a las obras objetivas alcanzadas por su concurso. La acumulación de resultados permite el crecimiento constante del mundo artificial, su extensión permanente, lo cual exige una tarea no menos ardua para conservar y desarrollar lo ya creado, permitiendo su estado operable y su oportuna recompensa funcional. La obra técnica demanda esfuerzos técnicos ulteriores para responder a sus exigencias retroactivas, hecho que no permite jamás el disfrute liberador de la técnica creada: el éxito de la empresa técnica ata al éxito obtenido y fuerza a alimentarlo permanentemente para que el logro no decaiga.

> El hombre es ahora cada vez más al productor de aquello que él ha producido –anota Jonas-, el hacedor de aquello que él puede hacer y, sobre todo, el preparador de aquello que en breve él será capaz de hacer (Jonas, 1995).

La esfera productiva ha invadido el espacio de los actos individuales y significativos, llevados adelante por actores concretos, no colectivos. Este fenómeno modifica no sólo la acción humana en el campo ético sino también la esencia misma de la política.

Sería tarea infructuosa tratar de reconocer hoy una división tajante entre estado (*polis*) y naturaleza (*physis*). Esta frontera ha quedado abolida desde el momento en que la ciudad dejó de ser un enclave protector para extenderse y superponerse y reemplazar a la naturaleza terrenal. Una esfera devoró a la otra, volviendo artificial a lo natural, desplegando sus obras técnicas y convirtiéndolas en mundo. Este artefacto total engendró una segunda naturaleza, portadora de una dinámica propia capaz de confrontar a la libertad. Y esto porque la presencia del ser humano en el mundo fue tomada como un dato primero e incuestionable de cualquier escenario clásico, pero pasó a ser problemático e inquietante dentro de la civilización tecnológica, donde ya no existen garantías de continuidad vital frente a amenazas de distinta índole, principalmente técnicas. En la actualidad el despliegue técnico es capaz de afectar con su irrupción a la biosfera en su

conjunto y en sus partes, pues toda ella cae ahora bajo nuestro poder de acción sin freno. Por estar sometida, su vulnerabilidad se evidencia, y no se podría profetizar siquiera la existencia de mundo físico en el futuro mediato, y en consecuencia tampoco la existencia futura de candidatos a poblar un universo moral ni un espacio político.

II La sociedad futura y responsable

En cuanto a la oferta global de Jonas frente a este estado de cosas salidas de cauce, y de esbozar los perfiles de una sociedad humana con posibilidades de futuro, puesto que de no encontrar un freno al despliegue técnico desbocado la continuidad vital humana y extra-humana se encuentra seriamente comprometida.

Hay que recordar en forma somera las diferencias que el autor establece con la visión ética tradicional, de cuño antropocéntrico, donde priman el respeto y el reconocimiento de lo humano por parte del ser vivo. Tal visión recoge en todos los casos y con las particularidades que pudieran caberle, tres premisas básicas, a saber:

1 La condición humana es inmutable, y no es objeto lícito para la remodelación técnica.
2 El bien del hombre y la mujer es pasible de ser identificado con claridad y precisión.
3 El alcance de las acciones que las personas llevan adelante y de sus consecuencias está perfectamente delimitado y restringido a los límites propiamente humanos, es decir al círculo inmediato del aquí y del ahora, dejando a un lado a la naturaleza extra-humana.

Esta manera de entender las relaciones del hombre y la mujer consigo y su entorno ha regido prácticamente toda la historia del *anthropos* sobre la tierra, pues es subsidiaria de un desarrollo científico y técnico rudimentario, en tanto capacidad limitada de producir cambios significativos sobre el mundo. Las intervenciones técnicas no mostraron por lo común consecuencias negativas en el corto plazo y se relacionaron con necesidades particulares de sus usuarios, motivo por el cual se las juzgó éticamente neutrales hasta hace muy poco tiempo. La ética tradicional, en consecuencia, desplegó su peque-

ña cuota de poder atendiendo en el pasado al círculo inmediato de la acción, y fue en este ámbito donde se movió. Su momento privilegiado era un perpetuo presente –ya que el bien humano permanecía inalterable para todos los tiempos-; su órbita era el reino de la reciprocidad; y sus protagonistas, el propio agente moral y sus congéneres próximos.

Pero si, como Jonas plantea, el poder que el ser humano detenta sobre sí y sobre la naturaleza se está ampliando día a día gracias a los dispositivos tecnocientíficos, si aumentan también los riesgos asociados a ese progreso técnico global y las posibilidades de su uso perverso, si la realidad mundana pasa a ser vulnerable y a estar sometida a los caprichos de una sola especie de vivientes en tanto éstos a placer la pueden alterar radicalmente, entonces, el alcance de las prescripciones éticas tradicionales necesitan una complementación e igualmente la misma noción de ética debe ser revisada de raíz. La mudanza del complejo tecnocientífico en el presente ocasiona, habilita y justifica este viraje ético, donde el actuar prudente adquiere ya otra dimensión. El acrecentamiento del poderío del hombre y la mujer hace sentir los efectos de cualquier acción particular en tiempos y lugares remotos, volviendo difíciles de prever sus consecuencias últimas. Los riesgos, por lo tanto, rebasan ahora el plano de la acción directa entre los seres humanos –preocupación clásica de los filósofos del pacto social, por poner un ejemplo-, y tocan al propio planeta y, en definitiva, a cualquier forma de vida que lo habite o que pretenda habitarlo en un futuro.

La búsqueda de reglas moderadoras para ordenar las acciones humanas y la sociedad futura debe apoyarse entonces en la ignorancia que se tiene de las consecuencias que desencadena a cada paso el uso de la tecnología, cuya intervención transforma no solamente al mundo de los hombres y las mujeres (presentes y por venir) sino también a la naturaleza extra-humana en su conjunto. Al considerar lapsos temporales y espaciales más amplios, aparecen nuevas obligaciones morales respecto de generaciones futuras, de las cuales no se puede esperar hoy un trato recíproco. Y aparecen también obligaciones morales hacia el mundo no humano, del cual tampoco puede esperarse un trato equivalente por tratarse de una instancia no racional. Sería conveniente entonces especificar cuál es la naturaleza de esta obligación remota y descu-

brir adónde señalar es decir, cuál es el fin que persigue.

Jonas inscribe su trabajo en una corriente de pensamiento que ha intentado integrar la posición dualista con la monista al momento de considerar el fenómeno de la vida y de la conciencia. Para él el ser vivo tiene una finalidad, "fin de todos los fines", que es la preservación y la persistencia de sí, la permanente lucha contra las potencias del aniquilamiento, contra lo no-viviente, contra el no-ser. La vida es el más alto fin de la naturaleza y reacciona contra todo aquello que atenta contra ella, tanto si se considera su organización como su función. Esta manera de "ser" indica, al mismo tiempo, un "deber" de conservación; o dicho en otros términos, de la naturaleza se desprende una moral. Es preferible que haya algo antes que nada, pero esta afirmación es a la vez ética y metafísica. ¿Se trata acaso de una recaída en la falacia naturalista, que deriva un "deber-ser" del "ser"? Esta objeción no asusta Jonas, porque insiste en que la existencia conlleva un valor intrínseco o inherente, y el hombre y la mujer está conminado a preservarla, en la medida en que eso dependa directamente de él. La vida debe ser comprendida como una realidad que contiene dentro un fin: la continuidad; cuya comprensión acabada permite a su vez vislumbrar un deber irrecusable para todo ser racional: atender al imperativo moral que reclama por su cumplimiento pleno.

¿Y cuál es esta exigencia moral que toma el ropaje del imperativo, tan caro a Kant, para cumplirse? Jonas la fórmula de varias maneras, positivas unas y negativas otras, pero todas exhortan a la humanidad a la conservación del ser:

> Actúa de tal manera que las consecuencias de tu acción sean conciliables con la permanencia de auténtica vida humana sobre la tierra"; "Actúa de tal manera que las consecuencias de tu acción no sean destructivas para posibles vidas futuras [o lo que es lo mismo] No pongas en peligro las condiciones que garantizan la preservación indefinida de la humanidad sobre la tierra [o, dicho nuevamente en positivo] Incluye en tu elección actual la futura integridad de los hombres como objetivo común de tu voluntad (Jonas, 1995).

Se trata de una apelación casi religiosa, de una convocatoria a la preservación de la sustancia vital, de un llamamiento al cuidado y a la custodia de todas las formas de vida, y no de

una advertencia. Por tanto la noción de responsabilidad se formula, inicialmente, desde una explícita dimensión teológica y suprahistórica solicitando al hombre calma, prudencia y equilibrio, lo cual lleva implícito un horizonte temporal indeterminado y una preocupación sincera por las consecuencias remotas de las acciones, por las generaciones venideras y por la naturaleza en su conjunto.

Pero si bien es innegable la impronta teológica en la formulación del principio de responsabilidad, también es cierto que el futuro es el tiempo significativo que gravita sobre él. Por eso

> La responsabilidad se deriva de manera inintencionada de la pura dimensión del poder que ejercemos a diario al servicio de lo inmediato, pero que dejamos repercutir sin quererlo sobre tiempos venideros lejanos (Jonas, 1995).

Por otra parte la categoría moral de la responsabilidad es apuntalada por Jonas en clave fenomenológica mediante una "heurística del temor", desarrollada en el segundo capítulo de su libro *El principio de responsabilidad* (1995). Temor a la muerte globalizada, a la desaparición definitiva, a la muerte planetaria, a la desfiguración esencial de lo humano y lo extra-humano, a la extinción de una naturaleza que se encuentra hoy a merced del hombre, al apocalipsis técnico, temor -en suma- como "primer deber" del agente moral que busca una ética universalizable de cara al futuro. La función heurística construye una concepción imaginaria que no se ocupa con los hechos científicos y técnicos conocidos sino con los aún desconocidos, para sopesar las consecuencias ignoradas de las intervenciones de la ciencia, y evaluar si la magnitud de los presumibles efectos remotos indeseados supera a los efectos conocidos. El agente moral debe inclinarse por el pronóstico más favorable entre los posibles y recusar de manera sistemática el registro de lo desconocido, en tanto no se pueda profundizar sobre él. Esta actitud cauta no sólo debe ponerse en práctica en cuestiones límite, donde asoman los escenarios catastrofistas, sino convertirse en un procedimiento sistemático incorporado a la teoría ética como paso inicial en la búsqueda del bien. Dentro de la jerarquía de los sentimientos humanos el temor ocupa ahora el lugar principal y marca paladinamente el significado de la obligación ética. Si la responsabilidad deviene principio, entonces el temor es su regla de aplicación para enfrentar la incertidumbre.

Los elementos teológicos apuntados y esa heurística del temor acompañan a la noción de responsabilidad, que puede aún sumar una nueva dimensión que nos permita alcanzar de ella una comprensión más acabada. Se trata de aquello que Jonas llamó "futurología comparada", una ciencia de la predicción hipotética que es necesario elaborar y que, en todos los casos, le concede instrumentalmente prioridad a los pronósticos ominosos por sobre los buenos. La idea de amenaza –de claras resonancias heideggerianas-, se trate de un peligro físico, existencial, espiritual o natural, preside la evaluación de los riesgos ignorados que se ciernen sobre los seres humanos. Una previsible desfiguración del hombre y la mujer o del medio ambiente auxilia en el momento de pensar sobre estas realidades y la necesidad de preservarlas sin modificaciones, por horror al "summum malum" que sobrevuela y tiene la obligación moral de rechazar. Confrontados con el no-ser –aspira Jonas– el ser capaces de afirmar sin condiciones la vida, que no desea ser desfigurada ni destruida. La humanidad no cuenta con derecho moral para llevar adelante esta eliminación, así como tampoco de elegir el suicidio en un plano personal. A la naturaleza esta exigencia de autoconservación no necesita serle ordenada, pero sí al hombre y la mujer, porque ellos son seres que poseen libertad y por tanto transforma esa exigencia en objeto de elección. Así, entonces, mientras la naturaleza "opta" sin tragedia por la continuidad vital, el hombre y la mujer representa en esta obra el papel disruptivo, porque es un ser inestable. Jonas concede así, de manera instrumental, un mayor crédito a los resultados pesimistas frente a los optimistas ("in dubbio pro malo"), en especial en áreas donde la acción humana no puede permitirse error ninguno, por más insignificante que este sea. Esta ponderación cautelosa anticipa, a su modo, el principio de precaución, y encara a la tecnociencia actual para limitar su dinamismo propio e incontrolado, su búsqueda irrestricta de saber, forzándola a declinar "apuestas (que) no son lícitas de hacer". El hombre y la mujer ha de tener oídos para el peor pronóstico, es decir para la profecía de lo peor, y evitar que ella se realice. Decidir, en fin, con la vista fija en ella, qué juegos pueden y cuáles no pueden ser jugados.

La vida persigue su continuidad, su finalidad propia, hecho

que adquiere en la conciencia humana la forma de la responsabilidad. Ésta se plasma entonces a través de distintas formas regulatorias (imperativos) que encauzan el poderío adquirido a través de la ciencia y de las técnicas. Las tres dimensiones enunciadas (teológica, heurística del temor y futurología comparada), ínsitas en la noción de responsabilidad, señalan suficientemente las dos características que la definen: por un lado la prudencia o precaución, habida cuenta de la ignorancia de las consecuencias últimas de las acciones, por otro lado los sentimientos humanos de amenaza y miedo ante la finitud irredimible. Ambas coadyuvan a garantizar el fin máximo de la vida, que no es otro que el de su conservación en el tiempo y el espacio, bajo ciertos niveles de calidad (sustentabilidad).

Resulta innegable la importancia de los señalamientos de Jonas para todos los que estan involucrados en el destino de la era tecnológica, en tanto su pensamiento pretende ahondar en el significado concreto que esconden los derechos y las obligaciones de tercera generación. Su propuesta tuvo y conserva favorable acogida entre filósofos, teólogos, juristas, científicos sociales y tecnólogos pero, con todo, se entiende que la categoría moral de la responsabilidad sostenida por el pensador se presta a ser discutida en varios frentes, ya sea con el objeto de precisar sus alcances, de enriquecer la noción o de corregirla donde parece mostrar debilidades. Oportunamente se ha consignado algunos núcleos de discordia enunciados en clave personal, permitiéndonos observaciones que avalan la disidencia o que al menos apuntan debilidades argumentativas que requerirán mayores profundizaciones. Cabe aquí sólo mencionarlas: la primer cuestión a elucidar es si el principio de responsabilidad un verdaderamente "principio" ético; la segunda refiere a las dificultades que porta una ética elaborada en clave diacrónica; la tercera apunta a comprender los alcances de la responsabilidad en clave fenomenológica; se analiza también el significado último de la preservación pragmática del sumo mal; la novedad que implica la falta de reciprocidad entre derechos y deberes; se indaga la obligación de preservar y conservar las condiciones de vida –base biológico-material para la existencia y autorrealización de generaciones futuras– y se cuestiona si ella no corre en paralelo con una obligación ética equivalente por

desarrollar y hacer florecer, por emancipar a todos los seres, sin exclusión alguna, estableciendo relaciones justas entre beneficios y cargas entre todos los afectados –actuales o futuros–; y finalmente se retoma la propuesta de defensa de la vida humana en general.

Bibliografía

Jonas, Hans (1995) *El principio de responsabilidad,* Barcelona, Herder.

Bioética-social

La revista *Vectores de Investigación* en su número 17 está dedicada monográficamente a la "Bioética social", con la participación de Sergio Cecchetto, Alfonso Llano Escobar, James Drane, José Alberto y José Luis Mainetti, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Fermin Roland Schramm, Miguel Kottow y Francisco Javier León Correa. Todos estos autores, a excepción del prestigioso bioeticista norteamericano, pro principialismo, se han desarrollo en el entorno de la bioética social característica de América Latina.

La revista está dividida en dos bloques de contenido diferenciados; en una primera parte, se centra sobre la historia y el devenir de la bioética en Latinoamérica, fundamentalmente, y una segunda, conformada en torno al desarrollo teórico de la bioética social; previamente a ambas se inicia el número de la revista con una "Introducción" elaborada por el bioeticista argentino, fallecido siendo aún joven, Sergio Ceccheto, y que presentamos como homenaje a su persona, que trata sobre la "Ética de las responsabilidad, a partir de Hans Jonas". Seguidamente, se da paso, a la primera parte del presente número monográfico, con la respuesta a la pregunta "¿Qué es la bioética global hoy?" que nos presenta Alfonso Llano Escobar, en la que aprovecha su autor para dar una panorámica de la bioética desde sus orígenes en Norteamérica hasta el desarrollo inicial en Europa (España) y América Latina (Argentina). A continuación, James Drane muestra una visión personal, como miembro capital en la introducción y desarrollo de la bioética en Latinoamérica y en España (en Madrid fundamentalmente, a excepción de en Cataluña donde lo hace con antelación directamente Francesc Abel –según Llanos-) y en América Latina José Alberto Mainetti en Argentina. Igualmente, José Alberto y José Luis Mainetti presenta una visión personal del "Desarrollo de la bioética en América Latina", en el que desde el protagonismo que representa ambos autores, hermanos, tiene de la introducción y desarrollo inicial de la bioética en el subcontinente latinoamericano. Por último, Fernández-Carrión, elabora la "Historia de la bioética social

en América Latina", en el que muestra el paso del principialismo a la teoría bioética-social; constituyéndose en la tercera tendencia de aplicación de la bioética en el mundo, siguiendo en su desarrollo al principialismo norteamericano ideado por Beauchamp y Childress, en *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica,* 1979) y la teoría personalista europea propuesta por Paul Schotsmans en "Personalism and pólices" (1999).

José Alberto y José Luis Mainetti proponen tres etapas de desarrollo de la bioética en América Latina: recepción, asimilación y recreación (correspondientes al último tercio del siglo XX, a las décadas 70, 80 y 90) a la que Fernández-Carrión le añade una cuarta etapa de "propuesta" de una nueva teoría de aplicabilidad de la bioética médica, que ha ultimado con el título de "bioética-social" (bioethics-social) (FC), y que corresponde al primer tercio del siglo XXI.

En la segunda parte del presente número de la revista, se integran cuatro textos de bioética-social, los dos primeros son un clásico del establecimiento de esta nueva tendencia de bioética propia de Latinoamérica, el texto de Fermin Roland Schramm y Miguel Kottow con el título "Principios bioéticos en salud pública. Limitaciones y propuestas", seguido del elaborado por Francisco Javier León Correa intitulado "Principios para una bioética social", en ambos textos se presentan una crítica de la teoría principialista (que no es una propuesta del eurocentrismo, sino del panamericanismo norteamericano) y se proponen una alternativa social, pero pensado principalmente para la práctica en la salud pública, a la bioética convencional aplicada en el subcontinente. En esta misma línea de alternativa Fernández-Carrión ultima presentando la teoría de la bioética-social. En último lugar, Miguel Kottow hace público unas reflexiones sobre bioética social, que intenta complementar una amplia panorámica de la bioética desde la perspectiva latinoamericana, intentándose con todos estos escritos presentados en el presente número monográfico de la revista Vectores de Investigación un corpus general de la bioética-social, como tercera propuesta teórica de aplicabilidad médica, en beneficio de la salud, de la bioética propuesta desde América Latina al mundo.

¿Qué es bioética global hoy?

What are global bioethics today?

DEMANDADO 2-1-2020 **REVISADO** 20-2-2020 **ACEPTADO** 28-2-2020

Alfonso Llano Escobar
Bioeticista
Instituto de Bioética Pontificia, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

Palabras claves
Bioética global, fundamentos de la bioética y "bioética original"
Key Words
Global bioethics, foundations of bioethics and "original bioethics"

RESUMEN Han pasado cerca de medio siglo desde la aparición de la bioética como disciplina en el mundo académico y como método para resolver problemas biotecnológicos, en la sociedad; además, se ha desarrollado tan extensamente la bioética en todo el mundo, en una forma tan acelerada y carente de todo control que hoy día se corre el serio peligro de que se diluya como el azúcar en el agua y de que no estemos hablando de bioética cuando usamos el término porque cuando todo es bioética nada es bioética. ¿Qué otra cosa desea cualquier persona que recurre al término de bioética más que no ser engañado, sino de encontrarse con la auténtica bioética, la original, la que idearon los fundadores hace cincuenta años? Creo que las universidades, y en ellas institutos y profesores de bioética, conocedores de la genuina bioética y que han tenido contacto directo y profundo con sus fundadores, están llamados a salvarla del naufragio. Pero, cabe la pregunta, antes de

empezar ¿se da una sola bioética, auténtica y original?, ¿cuál es?, ¿cómo identificarla y garantizar su unicidad y originalidad? El procedimiento para ello debe recorrer los siguientes pasos:

- Tratar de identificar a los fundadores y, si es el caso, los institutos o centros que se crearon en tomo a la bioética.
- Exponer las características esenciales de esta disciplina original.
- Tratar de formular una definición aproximada de lo que debe o suele entenderse por bioética en sus orígenes.

ABSTRACT Nearly half a century has passed since the appearance of bioethics as a discipline in the academic world and as a method for solving biotechnological problems in society; Furthermore, bioethics has been developed so extensively throughout the world, in such an accelerated way and lacking any control that today there is a serious danger that it will be diluted like sugar in water and that we are not talking about bioethics when we use the term because when everything is bioethics nothing is bioethics. What else does anyone who uses the term bioethics want more than not to be deceived, but to find the authentic bioethics, the original, the one that the founders devised fifty years ago? I believe that universities, and in them bioethics institutes and professors, who are aware of genuine bioethics and who have had direct and deep contact with its founders, are called to save it from a shipwreck. But, the question fits, before we begin, is there a single, authentic, and original bioethics? What is it? How to identify it and guarantee its uniqueness and originality? The procedure for this must go through the following steps:

• Try to identify the founders and, if applicable, the institutes or centers that were created around bioethics.

• Explain the essential characteristics of this original discipline.

• Try to formulate an approximate definition of what should or is usually understood by bioethics in its origins.

1 Los fundamentos de la bioética

Antes de entrar en materia, y faltando a la modestia, me permito presentar mis credenciales, y dar un breve resumen de mis contactos con los orígenes de la bioética.

El autor lleva tres décadas de dedicación casi exclusiva a la

bioética. En la primera década del año 1980 a 1990 tuve contacto con los fundadores de la bioética en sus sitios de trabajo. Así fue como pude visitar al profesor Van Rensselaer Potter en su McArdle Institute for Cancer Research de la Universidad de Wisconsin, en Madison, Wisconsin, Estados Unidos.

He ido varias veces al Kennedy Institute of Ethics de Georgetown University en Washington, USA, e hice en ella una pasantía de un semestre en 1986. Su primer director, el ginecoobstetra André Hellegers, ya había muerto en esa época, pero consulté detenidamente durante seis meses su excelente biblioteca y tuve largo contacto con los profesores del Instituto que conservan y cultivan su espíritu desde su fundación.

He visitado varias veces, en su sede en las afueras de Nueva York, al profesor Daniel Callahan, fundador y director emérito del Hastings Center on Hudson, de Nueva York, he leído sus escritos y ha sido invitado por mi parte para dictar una conferencia sobre bioética en nuestro Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana de Bogotá. He visitado varias veces al profesor Francesc Abel, fundador y director emérito del Instituto Borja de Bioética, en Sant Cugat del Vallés, pueblito vecino a Barcelona (1976), hoy radica en Barcelona. Frascesc Abel, formado en bioética durante cuatro años, de 1971 a 1975, en el Kennedy Institute of Ethics, bajo la dirección del profesor André Hellegers, tiene el indiscutido mérito de ser el pionero de la bioética en toda Europa.

En la década de 1990 al año 2000 pude inspirar y colaborar en la fundación de varias instituciones colombianas y latinoamericanas de Bioética: FELAIBE, ANALBE, CENALBE, y de haber visitado casi todos los países de Latinoamérica para identificar a un promotor de la bioética en cada país y de fundamentar y promover esta especialidad en dichos países.

Durante la última década, del año 2000 hasta la fecha, he procurado asistir a congresos internacionales y mundiales de bioética organizados por la International Association of Bioethics (IAB) y la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) y más de treinta congresos, simposios y jornadas de bioética dentro y fuera de Colombia.

A finales del 2009, después de asistir al Congreso Internacional de Bioética, organizado por la Edinboro University, del Estado de Pennsylvania, y al congreso mundial de bioética, que organiza la IAB en Singapur, espero retirarme a la edad de 85 años.

Creo que los datos que acabo de presentar me acreditan como conocedor de los orígenes de la bioética y capacidad para identificar sus características esenciales desde su origen hasta hoy día.

2 Los fundadores de la bioética y características esenciales de ésta

Siempre he dicho: la bioética descansa más sobre grandes personalidades que sobre institutos y bibliotecas, lo cual no significa que no descanse sobre éstos. Esto me lleva a identificar cuatro grandes personalidades y cuatro centros o institutos que los respaldan:

1 Ante todo, Van Rensselaer Potter, director del Instituto para el Estudio del Cáncer, de la Universidad de Wisconsin, en la ciudad de Madison, Estado de Wisconsin, Estados Unidos. El legado de Potter (1970, 1971,1988 y 1998) a la bioética, se puede condensar en los siguientes puntos:

- La palabra bioética y la idea de una disciplina nueva, del mismo nombre.
- El diálogo entre dos culturas: la científica (biología) y la ética.
- La preocupación por la extensión de la ética al planeta Tierra.
- La preocupación por el futuro de la humanidad y del planeta Tierra, en grave peligro de extinción.
- Los grandes valores contenidos en el credo bioético.
- El énfasis en la bioética global, holística, no sólo médica.
- El carácter científico y profano de la bioética.

2 El profesor André Hellegers, del Instituto Kennedy, de Georgetown University, en Washington. El primer nombre del Instituto fue: The Joseph and Rose Kennedy Institute for the study ofthe human reproduction and Bioethics. Hellegers fue director de esta institución desde su fundación, ello de julio de 1971 hasta su muerte, ocurrida en el año 1979. Podemos concretar el legado de Hellegers a la

bioética así:

- La vinculación de la bioética a una universidad, con todo el respaldo académico que ello supone y su continuo trabajo de investigación.
- El trabajo en equipo interdisciplinar.
- El diálogo entre reflexión ética y problemas actuales de la sociedad.
- Excelente biblioteca y notables publicaciones: *Enciclopedia de bioética*, (tres ediciones) revista, libros, curso anual, entre otros.

3 Podemos mencionar al profesor Daniel Callahan, fundador (1969) y director emérito del Hastings Center on Hudson. Actualmente (2009) vive y trabaja en el Centro Hastings, así mismo continúa escribiendo sobre bioética, es una de las mayores autoridades mundiales, si no la principal, a juicio del notable moralista norteamericano Richard McCormick, sobre bioética. El año de 1969 reunió un grupo de amigos, para trabajar en forma estable e interdisciplinar sobre grandes problemas de la humanidad, a la luz de la reflexión ética. El legado de Callahan (1973 y 1985) a la bioética, consiste en:

- Crear un diálogo entre la problemática mundial y la ética.
- Hacer énfasis en el estudio e investigación de la bioética como disciplina.
- Poner énfasis en la bioética médica.

4 Nos encontrarnos con Francesc Abel, jesuita ginecoobstetra catalán, obtuvo su doctorado en Medicina, bajo la dirección del profesor André Hellegers del KIE en Washington, lo cual le llevó cuatro años de estudio: de 1971 a 1975. Conoció el Instituto Kennedy en los primeros años de su fundación y funcionamiento. Cuando terminó su doctorado, regresó a Cataluña, España, y radicó en el pueblito Sant Cugat del Vallés, cerca de Barcelona. Allí fundó el Instituto Borja de Bioética, primero en su género en toda Europa. Es sin discusión ni competencia, el pionero de la bioética en Europa. Hace unos diez años trasladó su Instituto Borja al Hospital San Juan de Dios, en Barcelona; allí vive y allí trabaja Abel, rodeado de un equipo interdisciplinar de colaboradores de bioética, con una excelente bi-

blioteca, revistas, centro de datos, entre otros. Son 35 años de continua labor bioética, personal y grupal, como fundador e impulsor del Instituto Borja de Bioética. El legado de Abel (1985) se puede concretar de la manera siguiente:

- El diálogo entre ética y la problemática actual biotecnológica.
- El carácter neutral del instituto, no obstante su vinculación a un centro confesional católico.
- La libertad académica en el planteamiento y valoración de los problemas.
- Sólida fundamentación de la bioética como disciplina.
- Ubicación epistemológica de la bioética en el contexto cultural europeo.

Resumiendo, a partir de estos cuatro grandes personajes y de sus respectivos centros de bioética, podemos concretar las características esenciales de la bioética así:

- El diálogo entre dos culturas: la científica, concretada en la biología, y las humanidades, concretada en la ética.
- Su carácter científico y profano.
- La interdisciplinariedad epistemológica.
- El recurso a la razón y a la sensatez, antes que a la autoridad, para valorar éticamente los problemas biotecnológicos actuales.
- Su carácter teórico-práctico: es una disciplina altamente académica al servicio de la supervivencia de la humanidad y del planeta Tierra, por medio de grupos (comisiones, comités, simposios y congresos) interdisciplinarios de toda clase.

Valga la aclaración: buscando consensos entre las diversas características de la bioética, es posible hablar de una bioética original, la que encuentra uno cuando visita estos cuatro centros y habla con las personas que allí trabajan, consulta la biblioteca, toma cursos, entre otros. Sin necesidad de explicitarla ni preguntar cómo la entienden, uno encuentra allí lo que busca: la bioética.

Desde sus comienzos se han dado diversas tendencias dentro de la misma bioética, según el objeto: reducido en el KIE y el Hastings, a bioética médica, amplio y global en Madison, Wis-

consin; diverso en la fundamentación, los cuatro principios del KIE, la fundamentación antropológica de la bioética europea y así por el estilo, variado en el método y forma de tratamiento de los problemas, pero en todos se da el diálogo interdisciplinar entre biología y ética. El elemento esencial que encontrarnos en los cuatro centros fundacionales y sus directores, es este diálogo profano entre ciencias y ética, que se ocupa de la problemática mundial biotecnológica.

Estudiando y analizando estos cuatro personajes, fundadores de la bioética, encontrarnos otras características o circunstancias que sin ser esenciales, ayudan notoriamente para su identificación y aplicación acertada y eficiente:

- El cambio de paradigmas a partir de los cuales conviene estudiar y aplicar la bioética. Nos referirnos al paradigma evolutivo del universo y del planeta Tierra, incluyendo, por supuesto, al hombre, que debe entenderse como fruto de la evolución y, por lo tanto, como un animal más, éste sí, consciente, analítico y crítico. Nos referirnos igualmente al paradigma científico, encuadrado dentro de una epistemología de segundo orden, que supera las divisiones y separaciones entre sujeto y objeto, materia y espíritu, cuerpo y alma, y otros más.
- El ambiente científico en que nació la bioética, –un laboratorio de cáncer– que hace de ella una disciplina y un estudio profano, no confesional, en el que se recurre a la razón y a la sensatez, no a la autoridad, para la valoración y solución de los problemas.
- El carácter psicológico y social de la bioética, que se vale de la libertad para el ejercicio de los elementos y problemas que estudia. Dato que la hace ambivalente: una disciplina muy personal y creativa, pero a la vez expuesta a la diversidad de tendencias, de fundamentaciones, que da pie a cierta vaguedad y de dispersión y aun, a cierta oscuridad en sus planteamientos y procesos.
- La bioética es teórico-práctica. Como teoría, se viene estudiando a fondo en las universidades, tratando de ofrecer cursos de maestría y doctorado. Sólo así se evita la superficialidad, la vaguedad, el diletantismo.
- Pero no hay que olvidar que la bioética es “Biología y sabiduría en acción”, según Potter, y que según el credo bio-

ético, del mismo autor, toda verdad debe ir seguida de acción: "creo y resuelvo; acepto y me comprometo".

- Otro factor que jugó un papel decisivo en la fundación de la bioética fue el tomar conciencia de los abusos cometidos contra la humanidad y el planeta Tierra, abusos que erosionaron la tierra y maltrataron gravemente a la humanidad. De aquí que el surgimiento de la bioética se presentara como una solución a los males gravísimos que aquejaban al hombre y a la Tierra.

3 ¿Definición de bioética?

Conviene advertir: las definiciones suelen ser peligrosas, pero útiles. El peligro suele radicar en definir, como su nombre lo sugiere, y limitar el horizonte de lo que se quiere definir. Peligro que se puede superar si, teniendo en cuenta dicho riesgo, se asumen los datos que contienen la definición como pistas y luces para ampliar sus elementos.

No se trata, pues, de imponer una camisa de fuerza sino de ofrecer una ayuda para concretar sus elementos esenciales, pero tendiendo a completarlos, ampliarlos y dar cabida a posibles desarrollos en el tiempo y el espacio, dar lugar a tendencias, corrientes y formulaciones de la bioética en su diverso y rico fluir. Por esto, nos animamos a definirla, siguiendo de cerca la definición que aportó el "Programa de bioética" de la Organización Panamericana de Salud (OPS) en Chile, cuando indicó que:

> La Bioética es el uso creativo del diálogo interdisciplinar entre dos culturas, la biológica y la ética, para plantear y, en la medida de lo posible, resolver a la luz de la razón y de la sensatez algunos de los problemas presentados por la biotecnología actual al hombre y a la sociedad contemporáneos, asumiendo, así, la nueva responsabilidad frente a las futuras generaciones y al planeta Tierra (OPS, 1996).

Por bioética, según sus fundadores, se debe entender siempre un diálogo interdisciplinar entre dos culturas: la científica y la ética. Nos parece que el diálogo es su característica esencial. No hay bioética donde no hay desarrollo interdisciplinario entre ciencia y ética. De estos dos saberes si se da verdadero diálogo entre ellos, se tiene que seguir una nueva disciplina, una nueva episteme o conocimiento racional, no simplemente una opinión.

En tiempo de los fundadores no se podía hablar todavía de una disciplina y menos, de la epistemología o estatuto epistemológico de la misma. Hoy ya es un hecho hablar de epistemología y aun de estatuto epistemológico de la bioética.

Potter, fuera de sugerir la bioética como una nueva disciplina, la lanzó como un movimiento mundial en pro de la vida: lo cual fue apareciendo con el tiempo, aunque todo esto se encontraba ya implícito y no desarrollado en los ambientes en los que empezaba a figurar.

4 ¿Cómo encontrar hoy la bioética original?

Partamos de un hecho: hoy día, estos cuatro centros siguen trabajando en bioética, con fidelidad a un pasado y apertura a un futuro.

Potter murió en el 2001 en Madison, Wisconsin, a la edad de 90 años, y hasta su muerte siguió insistiendo en la bioética como el diálogo entre dos culturas: biológica y ética. En su último libro, *Global Bioethics,* se esforzó por superar el reduccionismo norteamericano que sólo se ocupaba de la bioética médica. Es curioso que no haya fundado un centro o instituto de bioética, que se encargara de perpetuar su pensamiento y su concepción de la misma.

El KIE, en Washington, por encima de su reduccionismo de la bioética a bioética médica, sigue enfocando la bioética como el gran instrumento para deliberar éticamente sobre los grandes problemas de la biotecnología moderna a la luz de los grandes principios éticos que ayudan a humanizar la ciencia y cuidar de la humanidad y del planeta. El KIE, como el mejor instituto de bioética del mundo, sigue ofreciendo un equipo de profesores que mantiene vivo el espíritu de la bioética original, a través de cursos anuales, de la revista, de la enciclopedia, de las publicaciones de libros, de la mejor biblioteca de bioética, entre otros. El KIE es un punto necesario de referencia cuando se habla de bioética. Allí se forman bioeticistas venidos de todo el mundo y para todo el mundo. Allí hay que ir si se quiere conocer la bioética original y actual.

Daniel Callahan en el Hastings Center, con su equipo interdisciplinar de trabajo, no se queda corto ante el KIE. Sigue fiel a

sus orígenes, haciendo publicaciones de mucho valor e interés científico.

Por su parte, Francesc Abel sigue orientando al Instituto Borja, produciendo notables publicaciones, ofreciendo cursos, una excelente biblioteca, un notable equipo de investigadores, dentro de una libertad sensata y audaz que lo hace pionero en toda Europa del papel que debe ejercer la bioética dentro de nuestra sociedad. España es, hoy por hoy, uno de los países del mundo que cuenta con más actividad bioética, congresos, comités, publicaciones, asociaciones. Marcelo Palacio, en Gijón fundó, hace ya más de diez años, la Sociedad Internacional de Bioética SIBI, que organiza un congreso mundial de bioética cada dos años.

> Por lo anterior, resulta relativamente fácil responder a la pregunta arriba formulada: ¿cómo encontrar la bioética original hoy día? Recurriendo a estos cuatro centros de bioética: a sus bibliotecas, a sus publicaciones y al equipo de investigadores.

Los bioeticistas que trabajan actualmente por todo el mundo en Comisiones nacionales de bioética y en la enseñanza de la bioética en las universidades en cursos de posgrado, deben mantener un contacto frecuente y a fondo con estos cuatro centros si quieren alimentar sus actividades y trabajos con el espíritu de la bioética original.

La bioética goza de un cierto sex-appeal que la hace seductora y atractiva. Pero no todo lo que brilla es oro. Quienes recurren a ella están obligados a observar cierto rigor en el uso de la palabra que corresponda a la realidad. Si se anuncia en una revista o congreso un tema tratado con enfoque o desde una perspectiva bioética, no debe ser sólo un asunto de palabra sino de hechos. Quien lo anuncia debe estar informado de las características originales de la bioética y aplicarlas cuando desarrolla el tema. La bioética está llamada a prestar un servicio cualificado cuando se la entiende y se la usa acertadamente. No es lo mismo un comité de ética que un comité de bioética. El primero busca una valoración ética de un caso o problema, por parte de un grupo que suele ser unidisciplinario, por ejemplo, compuesto sólo por médicos o enfermeras y se puede, en dicho comité, recurrir al argumento de autoridad. Pero su ejercicio no es de bioética, sino de ética. En

cambio, si el comité es de bioética, debe ser interdisciplinario y actuar como tal, comportándose cada cual desde su profesión o enfoque, buscando consensos y valoraciones colectivas.

En resumidas cuentas, sí es posible hablar hoy día de la bioética original, de identificarla y de usarla adecuada y acertadamente evitando así, que se esfume como la espuma en el agua.

Bibliografía

Abel, F. (1985) "Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad", *Labor hospitalaria,* No. 196, 101-111.

Callaban, D. (1985), "Bioethics", *Encyclopedia of Bioethics,* W.T. Reich (director), New York, The Free Press MacMillan Publishing, vol. V.

- (1973) "Bioethics as a Discipline", *The Hastings Center Studies,* 1(1), 66-73.

Organización Panamericana de Salud (OPS) (1996) *Biodiversidad, biotecnología y desarrollo sostenible en salud y agricultura: conexiones emergentes,* Washington, OPS.

Potter, V. R. (1998) "Bioética puente, bioética global y bioética profunda", *Cuadernos del Programa regional de bioética,* No. 7, 21-37.

- (1988), *Global bioethics, Building on the Leopold Legacy,* Michigan, Michigan State University Press.
- (1971) *Bioethics, Bridge to the future,* New Jersey, Englewood Cliffs, Prentince Hall.
- (1970) "Bioethics the Science of Survival", *Perspectivas in medicine,* autum, s.p.

La bioética en las américas: norte y sur Una historia personal

Bioethics in the Americas: North and South. A personal story

DEMANDADO 4-2-2020 **REVISADO** 29-2-2020 **ACEPTADO** 3-3-2020

James Drane
Bioeticista
Bioethics Institute, Edinboro University of Pennsylvania, Estados Unidos

Palabras claves
Bioética, origen de la bioética, principialismo
Key Words
Bioethics, the origin of bioethics, principlism

RESUMEN La historia de mi participación en una ética médica que iba a ser la bioética, data del periodo posterior a la segunda guerra mundial, cuando la medicina moderna empezó a ser dominada por la medicina norteamericana. Poco después de 1945, siendo seminarista fui enviado a Roma para estudiar teología en la Universidad Gregoriana. Esta institución jesuita, muy respetada, tenía estudiantes de todo el mundo. La lengua oficial de la universidad era el latín. Los profesores eran académicos jesuitas de diferentes países y daban sus conferencias en latín a clases enormes. Los exámenes eran generalmente orales y también en latín. Mi profesor de teología moral era el padre Francis Hurth, S.J. que tenía un gran currículum y además era médico. Utilizaba casos médicos para aplicar principios éticos a situaciones concretas. Otro profesor de teología moral era el padre Edwin Healy, que

había escrito varios libros sobre medicina y ética, y usaba también casos éticos de medicina. Lo que los estudiantes recibíamos en Roma era una educación al estilo clásico medieval, enfocada a la teología, al derecho y a la medicina. En gran medida, mi formación en teología fue una introducción a la ética médica y la bioética.

ABSTRACT The history of my participation in medical ethics that was to be bioethics dates from the period after the Second World War, when modern medicine began to be dominated by North American medicine. Shortly after 1945, as a seminarian, I was sent to Rome to study theology at the Gregorian University. This highly respected Jesuit institution had students from all over the world. The official language of the university was Latin. The professors were Jesuit scholars from different countries and they gave their lectures in Latin to huge classes. The exams were generally oral and also in Latin. My professor of moral theology was Father Francis Hurth, S.J. He had a great resume and was also a doctor. He used medical cases to apply ethical principles to concrete situations. Another professor of moral theology was Father Edwin Healy, who had written several books on medicine and ethics and also used ethical cases from medicine. What the students received in Rome was an education in the classical medieval style, focused on theology, law, and medicine. To a large extent, my training in theology was an introduction to medical ethics and bioethics.

1 Introducción

Durante los largos veranos, a los estudiantes norteamericanos no se les permitía regresar a casa y por lo tanto viajábamos por Europa. La experiencia académica romana estaba por tanto enriquecida por contactos en vivo con diferentes culturas. Mi primera visita a España fue en los primeros años cincuenta.

Después de mi ordenación de sacerdote mi primera asignación fue a un hospital. Allí me vi, cara a cara, con muchos de los problemas éticos creados por las nuevas tecnologías y por las nuevas intervenciones médicas. Esto ocurrió pocos años después de la segunda guerra mundial, posteriormente de que el gobierno de los Estados Unidos hubiera invertido enormes cantidades de dinero en investigación médica y en

el desarrollo de nuevos tratamientos médicos. Se empezaban a introducir muchos fármacos y nuevas tecnologías en los hospitales.

Hubo desacuerdos entre médicos sobre el uso apropiado de estos nuevos instrumentos y también se veían involucrados frecuentemente en conflictos con los pacientes y las familias sobre el uso de estas nuevas tecnologías. Estas cuestiones a menudo eran llevadas a los sacerdotes y eticistas académicos. Aquellos que fueron consultados y los médicos que confrontaban esas situaciones éticas, empezaron a pensar en la necesidad de una disciplina académica en la cual los problemas éticos de la nueva medicina científica se pudieran estudiar rigurosamente. A veces se formaron comités para discutir los problemas éticos y para tratar de crear soluciones que se pudieran justificar. Estas eran algunas circunstancias del contexto para que emergiera la disciplina de la bioética.

2 Origen de la bioética en Estados Unidos

Un problema que tuve que confrontar mi primera semana en el hospital estuvo relacionado con el inicio de la bioética. Fue presentado por una pareja católica casada que ya tenía 6 niños y que no podía controlar la procreación. Ellos se amaban y sin la ayuda de los nuevos medicamentos y tecnologías de contracepción, no podían controlar el tamaño de su familia. El método permitido por la iglesia –el método de control natural– no era eficaz en su caso. Yo les explique los argumentos que había aprendido en las clases de teología para apoyar la postura de la iglesia. Estos parecieron convencer al esposo, pero no a la esposa.

Una o dos semanas después de nuestra conversación, la monja que me había puesto en contacto con la pareja, se me acercó en el pasillo para decirme algo. Me informó de que la pareja se había separado. Me quedé atónito y caí al suelo, literalmente. Mi fallo tuvo consecuencias terribles para la pareja y para sus 6 niños. Yo era el mayor de 10 hermanos y sabia por mi propia experiencia las dificultades que experimentan la madre y el padre de familias grandes.

Sabía que le había fallado a esta pareja y sabía que tenía que hacer algo. Empecé a reconsiderar la enseñanza oficial. Em-

pecé a revisar mis libros de teología y mis libros de la historia de la iglesia. Había una creciente bibliografía sobre este problema dentro y fuera de la iglesia. Terminé construyendo una defensa del control de natalidad y de la contracepción en el matrimonio. La contracepción era moral, yo decía, cuando se usaba para controlar la procreación dentro del matrimonio, cuando se emplea para facilitar una continua expresión del amor marital y cuando la procreación adicional podría ser física, emocional o económicamente imprudente. No publiqué ese artículo inmediatamente porque sabía que causaría una reacción muy "negativa" en el obispo.

Después de mi estancia en el hospital, me asignaron enseñar en el Seminario de St. John en Little Rock, Arkansas. Primero enseñé latín y cuando se fue el profesor de español tuve que asumir sus clases. Me matriculé en el programa de master en español en la Universidad de Middlebury, en Vermont. Después de unas clases en Vermont en verano, los estudiantes de este programa se trasladaban a la Universidad de Madrid en España. Durante esta época, el general Franco gobernaba y en la universidad yo estaba estudiando constantemente temas del marxismo y del fascismo.

Para pasar más allá del marxismo teórico, decidí tratar de entrar a escondidas a la Unión Soviética, para ver así como funcionaba la ideología en la práctica. Fui a Austria y al sector por entonces bajo control de la Unión Soviética. Me hice amigo de un grupo de comunistas que planeaba visitar la Unión Soviética y los convencí de que me llevaran con ellos. A los norteamericanos no se les permitía entrar. Por tanto tenía que guardar mi identidad en secreto. Viajamos largamente y viví experiencias muy interesantes sobre las que empecé a escribir a mi regreso. Visité hospitales para ver cómo funcionaba la medicina. Fue una sorpresa lo precaria que era.

Al volver a Estados Unidos publiqué artículos y un libro (*Pilgrimage to Utopia* –1965– y "La Rusia actual") sobre mi experiencia. Cuando agentes del gobierno norteamericano leyeron algunos de mis artículos, enviaron a unos investigadores a entrevistarme. Compartí muchas fotos, tomadas dondequiera que los guías de la KGB decían que no se permitía tomar fotos. Desde ese momento, por desgracia y sor-

presa, los agentes seguían mis huellas, dónde estaba y qué estaba haciendo.

Después de terminar el master en castellano regresé a España para empezar un programa de doctorado en filosofía o en ética en la Universidad de Madrid. Había empezado el Concilio Vaticano segundo. Durante esta segunda visita a España tenía dos objetivos:

1 Recibir un Doctorado en Ética bajo la tutela de José Luis López Aranguren, el eticista más reconocido de España.
2 Intentar influir a la jerarquía española para cambiar sus convicciones sobre la libertad religiosa.

El segundo objetivo fue planeado bajo la dirección del padre John Courtney Murray, SJ, un teólogo jesuita que era el asesor principal de los obispos norteamericanos en el Concilio del Vaticano segundo y el autor principal del documento sobre la libertad religiosa.

El Concilio Vaticano segundo se reunió en cuatro sesiones de 1962 a 1965. El objetivo más importante del concilio era conducir a la iglesia más allá de la actitud negativa del Concilio Vaticano primero hacia los valores de la Ilustración y reconciliar la iglesia con el mundo moderno.

La Ilustración europea del siglo XVIII tenía un sabor distintivamente anticatólico, porque proponía las ciencias duras de laboratorio como la única forma de conocimiento. Los intelectuales de esa época trataron de hacer pasar a la sociedad de la religión y de la época medieval, hacia una nueva era de libertad individual y democracia política. Los líderes políticos de la Ilustración eran especialmente antagónicos con la iglesia católica, diciéndolo de otra manera, eran anti-católicos debido al poder que las autoridades de la iglesia ejercían sobre la gente común en muchas naciones europeas. Las autoridades católicas fueron públicamente amenazadas. Se les quitó el poder "terrenal" y perdieron los estados papales. Los papas reaccionaron contra la Ilustración con críticas y condenas de todo lo que representara.

John Courtney Murray, en sus muchos libros y artículos, argumentaba teológicamente por una perspectiva política más positiva a favor de los derechos humanos universales y por el

ideal de libertad religiosa. La iglesia, argumentaba, necesitaba cambiar sus enseñanzas y su política en estos temas. Un documento del concilio expresaba sus ideas. Este importante documento encontró fuerte oposición en el concilio por parte de los obispos españoles. Ellos eran de la posición de que "el error no tiene derechos" y por lo tanto ellos defendían la unión con el estado franquista y la negación de los derechos básicos a los no católicos. Esta perspectiva estaba fuertemente establecida en la España de Franco de aquellos tiempos.

Un pequeño incidente que ocurrió durante mi estancia ayudará a los lectores comprender el clima político y religioso de la España en esos días. Un turista evangelista norteamericano se detuvo para que le lustraran los zapatos en un puesto en el centro de Madrid y aprovechó la oportunidad para tratar de convertir al hombre mayor que le limpiaba los zapatos. Después de escuchar los ruegos para su conversión al protestantismo, el hombre pensó por un minuto y luego le dijo: "mira, yo no creo en la iglesia católica, que es la 'única' verdadera iglesia, ¿cómo puedo creer en la tuya?" Uno de los puntos más importantes del padre Murray era que, donde la iglesia católica era la religión oficial y gozaba de una posición privilegiada, se creaba una extensa perdida de fe en la población, que luego se reprimía. Todas las religiones estarían mucho mejor en un ambiente social de libertad política y respeto mutuo.

Mi tarea, planificada con el padre Murray en la Universidad de Georgetown, era escribir mi tesis doctoral en castellano sobre estos temas y, mientras estaba en España, dirigirme a los obispos españoles personalmente con los argumentos para tratar de cambiar la postura oficial de la iglesia española. Mi profesor y mentor en la universidad compartía la perspectiva del padre Murray. Él estuvo de acuerdo con el tema de mi disertación y con mis esfuerzos de entablar una relación con los obispos españoles. El título de mi disertación era “Las bases de la tolerancia”.

Conversé con muchos obispos y en una ocasión fui invitado a hablar con toda la jerarquía española sobre este tema. Ellos escucharon, pero mis razonamientos cayeron en el vacío de un silencio ensordecedor. Un obispo, después de la conferencia y camino al comedor, me susurró muy en privado que

él estaba de acuerdo conmigo. Cuando el documento sobre la libertad religiosa se votó en el concilio, los obispos españoles votaron no. Mi proyecto no tuvo éxito. El voto final sobre este documento al final del concilio fue 1.954 a favor y 249 en contra. Este voto y las nuevas enseñanzas éticas de la iglesia fueron uno de los momentos más importantes del concilio. Fue un éxito para los obispos norteamericanos que abogaban por los cambios y fue un tributo a su asesor principal y experto teólogo, el padre John Courtney Murray, cuyas ideas y razonamientos reflejaba el documento.

Mi trabajo durante este periodo enriqueció mi relación con el pueblo español y con la cultura española. Mi profesor me llevaba con él a reuniones semanales, en las que participaban los más reconocidos intelectuales españoles, incluyendo a Pedro Laín Entralgo. Pedro era el intelectual médico más respetado de España y el más reconocido humanista médico de toda la cultura occidental. Sus docenas de libros conectaban la medicina científica moderna con la filosofía, teología, ética clásica y contemporánea. Asistí a muchas de las conferencias de Pedro y me ayudaron a apreciar los temas éticos incrustados en la práctica médica contemporánea. Usando la obra de Pedro más tarde escribí un libro de ética médica con el título: *Como ser un buen médico*.

Durante mi estancia en España tuve considerables experiencias con el sistema político del general Franco. Mi profesor, José Luis Aranguren, era un prominente crítico de Franco y su régimen. Consecuentemente, en nuestras clases siempre había observadores del gobierno. Sabíamos que nos estaban vigilando. Poco después de que saliera de España, mi profesor fue despojado de su cátedra y tuvo que salir del país. La España de Franco no era un ambiente acogedor para lo que estábamos haciendo.

Además de trabajar sobre mi tesis doctoral en la universidad, en mi segunda estancia en España, presté ayuda a un cura católico del país vasco. Éste se oponía públicamente a Franco y estaba organizando sindicatos libres para jóvenes vascos pobres. Debido a esto hice varios viajes a la región vasca.

La noche anterior a la defensa de mí tesis recibí una llamada de la embajada norteamericana informándome que desde

hacía tiempo el gobierno de Franco me estaba observando y que estaban a punto de arrestarme. Me aconsejaron salir del país inmediatamente. Así que empaqué mis cosas esa noche y después de mi defensa de tesis, me fui. Al regresar a mi país estuve muy implicado en asuntos de integración racial, en Arkansas, y en las relaciones ecuménicas con protestantes y judíos. Pero esos años fueron tranquilos en comparación con lo que estaba por llegar.

El artículo sobre el control de la natalidad lo tenía guardado en mi escritorio. Sabía que si lo publicaba, mi vida estaría revuelta. Pero muchas parejas me consultaron sobre este tema y una pareja en particular estaba sufriendo a causa de las enseñanzas de la iglesia. Tampoco podían controlar la procreación con el método natural. Frustrado, después de la conversación con ellos, saqué el artículo del escritorio y lo mandé a publicar. Una semana después de la publicación me echaron de mi puesto en el seminario, me suspendieron del sacerdocio y cerraron el seminario. Estaba en la calle. Un profesor protestante de Yale, James Gustafson, uno de los más destacados expertos protestantes en ética médica me invitó a Yale.

Durante mi estancia en Yale me ocupé de defender mi postura sobre el control de la natalidad y la ética médica al inicio de la vida. También estaba escribiendo un libro sobre *Autoridad y poder institucional en la iglesia católica*. No es muy reconocido, pero la cuestión del control de la natalidad estuvo muy vinculada con el inicio de la bioética.

No cabe duda de que el control de la natalidad estaba relacionado con la ética y la medicina; con tecnologías y procedimientos médicos: por ejemplo, el atar o ligar las trompas a las mujeres, los contraceptivos orales (la píldora), los implantes subcutáneos, inyecciones de progestin, dispositivos intrauterinos, condones, diafragmas, tapas cervicales, espermicidas, etc. El control de natalidad estuvo relacionado con realidades nuevas, con una situación de cambios culturales y con la inevitable evolución del pensamiento moral basado en realidad objetiva.

Algunos teólogos vinieron en mi defensa después de mi expulsión. Inicié una demanda legal en el Sistema de la corte eclesiástica cuestionando mi expulsión. No tuve éxito en las

cortes diocesanas y finalmente el caso llegó a Roma. De nuevo no tuve éxito. Unos de los jueces en Roma, sin embargo, pensó que los procedimientos eclesiásticos habían sido violados y me ofreció un estado laico y una dispensación de mis votos eclesiásticos. Acepté. El caso recibió atención nacional en la prensa (por ejemplo, en *Life magazine*).

Mientras estuve en Yale, Dan Callahan estaba involucrado en el tema del aborto y en las políticas públicas o leyes sobre el aborto. Quería hacer un estudio sobre las leyes del aborto en diferentes culturas, y sobre cómo la experiencia del aborto en estas culturas podría contribuir a la creación de una política pública mejor en Estados Unidos. Dan recibió una beca para llevar a cabo este estudio y me invitó a ir con él. Viajamos alrededor del mundo, él estudiando leyes sobre el aborto y yo estudiando leyes sobre el control de la natalidad. Uno de los países que pensábamos visitar hacia el final era Checoslovaquia y antes de llegáramos allí, los soviéticos invadieron. Dan extrañaba a su esposa y a sus niños, y decidió regresar a casa. Yo decidí quedarme. Llegué a Praga, donde tuve problemas por viajar con periodistas para observar las fuerzas soviéticas. Finalmente me fui y terminé mi proyecto en España.

Durante nuestros viajes Dan constantemente hablaba de la posibilidad de establecer un instituto para estudiar los problemas éticos en la medicina. Se había informado de los numerosos problemas éticos relacionados con las nuevas tecnologías médicas y con la continua investigación médica. Sabía que los conflictos continuarían aumentando. Estos problemas precisaban ser afrontados de forma académicamente sólida, sistemática y rigurosa para que los legisladores pudieran crear políticas públicas responsables. Después de presentar su visión de este tipo de instituto a varias fundaciones, recibió un "Grant" y estableció el Instituto de Sociedad, Ética y las Ciencias de Vida, "El Centro Hastings" en Hastings en el río Hudson de Nueva York. Dan también creó una nueva revista llamada *The Hastings Center Report*. Llevó a los mejores académicos, de diferentes campos, al centro para estudiar los problemas éticos específicos en la medicina. Después facilitó la distribución de los resultados de dichas investigaciones a los responsables de las políticas públicas y al público en gene-

ral.

Un poco de tiempo después de haberse establecido el Hastings Center (1969), El Kennedy Institute of Ethics fue creado en la Universidad de Georgetown (1971) por André Hellegers. Originalmente, el Kennedy Institute se llamó el Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics (el Instituto Kennedy para el Estudio de la reproducción humana y la bioética). El Proyecto Hastings juntó a académicos especializados para estudiar y crear guías éticas para los políticos en el área de la salud pública. El Instituto Kennedy desarrolló clases y programas académicos en la nueva disciplina que fue nombrada bioética por van Rensselaer Potter en 1971.

André Hellegers durante años también abogó por un cambio en la enseñanza de la iglesia católica sobre el control de natalidad. El nombre del instituto en la Universidad de Georgetown, el Instituto Kennedy para el estudio de la reproducción

Humana y Bioética, muestra la conexión entre la cuestión del control de la natalidad y el comienzo de la bioética. El control de la natalidad era una cuestión ética, controvertida tanto en la iglesia como en la sociedad. En la sociedad, las feministas abogaban por el libre acceso a los medicamentos y las tecnologías de control de la natalidad. Trabajaron para derogar la legislación que restringía su uso. Dentro de la iglesia, el papa Juan XXIII había establecido una comisión para estudiar esta cuestión y si la iglesia debía cambiar sus enseñanzas. Después de la muerte de Juan XXIII, el papa Paulo VI amplió la comisión. Católicos laicos casados anticiparon la eliminación de la prohibición de la anticoncepción y la decepción fue enorme cuando Pablo VI rechazó la recomendación de cambio hecha por la mayoría de los miembros de la comisión. El médico Andre Hellegers había sido miembro de la comisión papal y compartía la decepción generalizada. Quiso continuar el estudio de la cuestión, incluso después de la encíclica *Humance Vitae* de Pablo VI. Este interés de Hellegers se refleja en el nombre del instituto de bioética que el fundo en Georgetown.

El comienzo de la bioética sin duda está conectado con la atención generalizada de la sociedad en el control de la natalidad. Antes del Hastings y del Kennedy, sin embargo, hubo muchas cuestiones éticas que atrajeron la atención del públi-

co y que requerían una investigación académica continua, que serían garantizadas mediante el establecimiento de la disciplina de la bioética y los institutos de bioética. Un tema destacado fue la investigación médica que utiliza sujetos humanos. Varios casos recibieron mucha atención en la prensa. Uno fue en el Hospital estatal de Willowbrook, que involucró a niños retrasados. Otro caso se dio en el Hospital judío con pacientes seniles. El caso Tuskegee supuso el uso indebido de hombres negros pobres. Estos casos hablaban fuertemente de la necesidad de protección jurídica para los sujetos humanos utilizados en investigación médica. Se estableció la Comisión nacional para la protección de sujetos humanos en la investigación biomédica y del comportamiento, que formuló recomendaciones para realizar leyes federales sobre el uso de sujetos humanos en la investigación médica. El "Informe Belmont", uno de los documentos más importantes de la bioética, fue producido por académicos miembros de esa comisión.

Comisiones, institutos, programas académicos, todos tenían que ver con establecer la bioética como disciplina. La bioética fue definida como el estudio sistemático de la conducta moral en la medicina y en las ciencias biológicas. En los primeros días de la bioética, individuos como yo, con preparación en filosofía y teología, tuvimos que buscar una formación en medicina. Los médicos, en cambio, tuvieron que estudiar la ética. Durante la década de los años 1970 tomé clases en la Escuela de Medicina de la Universidad de Georgetown y después me aceptaron como interno en la Menninger School of Psychiatry. Mi capacitación teológica en Roma y filosófica en Madrid me dio una base sólida para trabajar en esta nueva disciplina llamada bioética.

En este primer periodo de la bioética la mayoría de los problemas estaban relacionados con el comienzo y el final de la vida: el aborto y la contracepción, la muerte y la agonía. Hubo, por ejemplo, un comité ético que se formó durante los años 60 en Seattle, Washington. Éste comité trató de establecer reglamentos éticos para la distribución de la diálisis – una tecnología médica escasa– entre pacientes moribundos. Ser aceptado para diálisis quería decir vivir. No ser aceptado quería decir morir. Los criterios usados por este comité fue-

ron severamente criticados. Hacía falta mucha más atención académica y mejores criterios.

Debido a que la salud (salus) en la cultura norteamericana es lo que era la salvación (salvus) en la Edad Media, la práctica médica recibió un considerable apoyo económico por parte del gobierno y una atención continua por la prensa. La bioética trajo bajo una sola disciplina los asuntos éticos relacionados con la investigación médica y aquellos vinculados con la práctica general de la medicina. Aquello que durante siglos fue llamada ética médica quedaba ahora incluido bajo una disciplina amplia, la bioética. La bioética se extendió rápidamente de Estados Unidos a Europa, y después al resto del mundo.

Identificar el inicio de una disciplina siempre es una teoría o visión. Señalar el comienzo de la bioética con eventos como el establecimiento de centros como el Hasting Center o el Kennedy Institute es claramente teórico. Distinguir el inicio de la disciplina académica de las influencias preliminares y del trasfondo es difícil. Pero estos centros académicos estuvieron ciertamente relacionados con el comienzo de la bioética, que hoy en día es una disciplina académica ofrecida en universidades y en escuelas de medicina en todo el mundo, y que está expandiéndose continuamente. Esta es mi visión o teoría de la historia de la disciplina en Estados Unidos. Ahora vamos a España.

3 Origen la bioética en España[1]

En varias de mis visitas a Madrid durante las décadas de los años 1970 y los 1980, había conversado frecuentemente sobre la bioética norteamericana con el doctor Diego Gracia. Todavía recuerdo nuestra primera reunión en su oficina y el interés inmediato que él demostró cuando hablaba sobre la nueva disciplina de la bioética y lo rápido que estaba creciendo. Gracia quería introducir inmediatamente esta disciplina en el curriculum de la Facultad de Medicina de la Complutense. Empezó a ensenar una clase de bioética a sus estudiantes

[1] NE según Alfonso Llano Escobar en "¿Qué es bioética global hoy? el origen de la bioética en España lo lo lleva acabo el profesor Francesc Abel, al fundar el Instituto Borja de Bioética, en Sant Cugat del Vallés, próximo a Barcelona, en 1976.

de medicina. Así, yo sabía del desarrollo de la bioética en España a través de mi amistad con Diego Gracia.

En 1987, hice gestiones para que él visitara los Estados Unidos. El y su familia vino a Edinboro. Estuvo un periodo en el Hasting Center y en el Kennedy Institute, y luego juntos viajamos por Estados Unidos, estudiando cómo era tratada la bioética en diferentes contextos académicos. Las visitas también proporcionaron a Diego un contacto personal con los bioeticistas norteamericanos más prominentes. Cuando regresó a España, empezó su programa de master en la Universidad Complutense, el primero en España. Ahora voy a Latinoamérica. Diego y yo siempre hemos sido amigos y hemos trabajado juntos para establecer primero una bioética española y luego una bioética latinoamericana.

4 Origen de la bioética en América Latina

La bioética llegó a América Latina de manera formal y legal a través de la Pan American Health Organization (PAHO) u Organización Panamericana de Salud (OPS) en la década de los 1980. Personajes como José Alberto Mainetti[2] en Argentina habían establecido los cimientos intelectuales para la disciplina al organizar congresos sobre las humanidades médicas y ética médica, y al publicar artículos en revistas en los que se hacía referencia a la bioética y su desarrollo en Estados Unidos y en Europa. El doctor Mainetti, como yo, había sido alumno de Pedro Laín y se identificaba fuertemente con las humanidades en la medicina. Otros profesionales implicados en este temprano periodo de la bioética en América Latina fueron Alfonso Llano S.J. en Colombia, Roberto Llanos y Manuel Velasco-Suárez en México

La OPS se hizo promotora de la bioética como disciplina, después de haber sido penalizada por los abusos cometidos con sujetos humanos en América Latina. Las grandes compañías farmacéuticas llevaron proyectos de investigación a Latinoamérica para evitar el control y los limites morales establecidos en Estados Unidos. Algunos de los sujetos de investiga-

[2] El Dr. Mainetti publicó la revista *Quirón,* la cual estaba dedicada a las humanidades médicas, y en 1987, editó su libro*: Introducción a la bioética.*

ción en las naciones latinoamericanas fueron seriamente lesionados en las investigaciones clínicas y la OPS fue acusada de no proveer la protección adecuada a dichos sujetos. Subsecuentemente hubo demandas judiciales, multas y finalmente esfuerzos de la OPS para evitar que dichas violaciones ocurrieran otra vez. Desde la oficina de asuntos legales en la OPS y bajo la dirección de un abogado, Hernán Fuenzalida, organizaron un congreso sobre bioética en los 1980 y se distribuyeron publicaciones sobre bioética en la región. Estos esfuerzos fueron dirigidos por bioeticistas norteamericanos y las publicaciones eran principalmente traducciones de autores norteamericanos. Estos primeros pasos fueron importantes, pero inadecuados.

Una bioética latinoamericana era necesaria, y tenía que basarse en la cultura de las naciones latinoamericanas, una bioética que expresara una perspectiva latinoamericana. La OPS se puso en contacto conmigo y me pidió que trabajara con ellos. Para comenzar, el director de la OPS me envió en un viaje a través de toda la región para dar información sobre la bioética y para identificar a individuos en las diferentes naciones que estuvieran dispuestos a capacitarse y a trabajar en la disciplina. Uno de los objetivos fue crear comités de ética en cada nación para supervisar las investigaciones que se llevaban a cabo allí (IRBs) y para eventualmente desarrollar códigos nacionales que sirvieran de vigilancia a los proyectos de investigación. Otro objetivo diferente, pero relacionado, fue estimular el desarrollo de clases en bioética en las escuelas de medicina y crear comités de ética clínica en los hospitales.

Tomé un periodo sabático y dejé la Universidad de Edinboro para ser el primer bioeticista residente en la OPS y para promover el proyecto de bioética de la OPS en toda la regíón[3]. Durante las visitas a cada país, me reuní con ministros de salud, directores de asociaciones médicas, profesores de ética, miembros del plantel de hospitales universitarios y profesionales que habían escrito sobre la ética médica o so-

[3] Drane, JF. y Fuenzalida, HL. Elaboran "Medical Ethics in Latin America: a new interest and commitment" (1991: 325-338) y Lolas, F. "Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane" (2005: 161-168).

bre temas relacionados. Trabajaba en la oficina de asuntos legales en Washington, y después de volver a mi universidad en Pennsylvania continuaba mis viajes a lo largo de América Latina.

La culminación de estos esfuerzos fue un acuerdo forjado por la OPS, la Universidad de Chile y el Gobierno federal de Chile, para establecer y apoyar económicamente un Programa de Bioética Regional en Santiago, desde el cual se llevarán a cabo continuos programas de bioética. El presidente de Chile, Eduardo Frei, asistió a la inauguración del Programa, así como los directores de la OPS de todos los países latinoamericanos. El primer director de este Programa regional fue el médico Julio Montt, exministro de Salud de Chile. El siguiente director fue el exvicerector de la Universidad de Chile, Fernando Lolas.

Desde el Programa –la oficina permanente de bioética– se fundó una revista, se organizaron conferencias, cursos, contactos con hospitales, facultades de medicina y universidades en todos los países del continente.

Gran parte de las investigaciones médicas llevadas a cabo en naciones latinoamericanas fueron financiados desde fuera, muy a menudo por compañías farmacéuticas internacionales. Estas llevaron a cabo investigaciones en personas que firmaron un formulario de consentimiento, pero debido al carácter paternalista de la relación paciente-medico, en la mayoría de los países latinoamericanos los sujetos de investigación raramente participaron con consentimiento libre e informado. La ética de la investigación dependía frecuentemente de la buena voluntad del investigador. En muchos casos, la "investigación" era una repetición de proyectos ya realizados en los Estados Unidos pero llevados a cabo allá por médicos pagados por las farmacéuticas. El objetivo era la publicidad para los productos e incrementar así las ventas.

Cada nación de América Latina tenía hospitales con tecnologías avanzadas en donde la medicina científica contemporánea era practicada. La ética sin embargo no jugaba el mismo papel en estos hospitales, como sí ocurría en Estados Unidos y en Europa. La medicina contemporánea de tecnología avanzada era generalmente practicada en América Latina en

sistemas de salud socialistas. La medicina socializada intentaba proporcionar acceso al tratamiento a amplias poblaciones, pero proveía de pocas oportunidades para establecer una relación personal entre médicos y pacientes. El énfasis estaba en el proporcionar tratamiento médico, pero se dio menos atención por parte de los médicos o de los pacientes, a la comunicación de información, al consentimiento libre. Se enfatizaba en la literatura norteamericana la autonomía individual, y esto se plasmaba poco en la situación clínica vigente en latinoamericana.

Después del gran éxito de su programa en España, Diego Gracia aceptó en 1996 a establecer un master en América Latina, un programa apoyado por el Programa de la OPS en Chile. Los estudiantes de Diego ahora enseñan bioética en diferentes países, trabajan en comités de ética para supervisar proyectos de investigación, y comités para resolver problemas dentro de un contexto clínico. Su programa de master ha enriquecido los proyectos de bioética por toda América Latina. La bioética en Latinoamérica se debe, en gran parte, a lo que hizo y sigue haciendo allá Diego Gracia[4]. Su colega, Miguel Sánchez se juntó con él en la difusión de bioética en la región. Padre Abel en Barcelona también ha formado en bioética a un gran número de latinoamericanos. Para continuar desarrollando esta perspectiva y para aumentar su influencia en la región, se estableció en 2005 un Instituto de Bioética en la Universidad de Edinboro, Pensilvania. Este instituto proveerá apoyo económico y logístico para académicos latinoamericanos que quieran hacer investigación en bioética y contribuir académicamente con publicaciones de esta disciplina en la región.

La bioética en América Latina no está tan extensamente des-

[4] NE Por encima de la posible influencia de Gracia en el desarrollo de la bioética en América Latina, se debería atender al escritor de Fernández-Carrión de la "Historia de la bioética social en América Latina", donde se aprecia la existencia de dos grandes bloques diferenciados de bioeticistas: la corriente oficialista, que si puede estar influenciados en parte con los criterios expuestos por Gracia acorde a los dictados norteamericanos y la tendencia social (no "socialista" como lo entiende Drane, y la bioética alternativa por José Luis Mainetti y proseguida por otros bioeticistas latinoamericanos principalmente.

arrollada como en Estados Unidos y en Europa, pero su progreso es continuo. Cuantos más programas académicos se establezcan en diferentes universidades, se organicen más congresos de bioética, se inauguren más institutos de investigación, más becas sean disponibles, se publiquen más revistas, el desarrollo de la disciplina continuará. La forma que la bioética tome en América Latina se deberá a la influencia cultural de las diferentes naciones. La bioética latinoamericana estará influida por intelectuales norteamericanos y europeos, pero tendrá su propio carácter. Creo que la bioética de América Latina continuará la tradición intelectual grecoromana, la experiencia indígena, una tradición católica y pondrá un mayor énfasis en la justicia social. Cuando su perspectiva y énfasis sea más conocida en Europa y los Estados Unidos, entonces contribuirá a la bioética en todo el mundo.

Bibligrafía

Drane, JF., Fuenzalida HL. (1991) "Medical ethics in Latin America: a new interest and commitment", *Kennedy Institute Ethics Journal*. 1 (4), 325-338.

Lolas, F. (2005) "Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane", *Acta Bioethica.* XI(2), 161-168.

Mainetti, JL. (1987) *Introducción a la bioética*, La Plata, Quirón.

Desarrollo de la bioética en América Latina

Development of bioethics in Latin America

DEMANDADO 14-11-2019 **REVISADO** 17-12-2019 **ACEPTADO** 30-1-2020

+José Alberto Mainetti
Bioeticista

José Luis Mainetti
Bioeticistas
Facultad de Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, Argentina

Palabras claves
Bioética, América Latina, origen bioética en Latinoamérica
Key Words
Bioethics, Latin America, bioethics origin in Latin America

RESUMEN La bioética nació en los Estados Unidos y con el tiempo fue adoptada (y adaptada) por otros países. Entre las naciones que incorporaron la bioética estuvieron los de América Latina, nombre dado a una comunidad cultural y lingüística comprendiendo América del sur, América central, México y parte del Caribe. Por cuanto la bioética es una disciplina cuyo discurso floreció en la tradición cultural de América del norte, es lógico comparar la ética biomédica norteamericana y la latinoamericana. La bioética de América Latina ha evolucionado a lo largo de treinta años en tres etapas, de una década cada una de ellas, comenzó en 1970 con su recepción y fue seguida por la asimilación y la recreación. Como pionero del proceso por el cual la bioética se institucionalizó en Argentina, no puedo evitar alguna referencia personal a mi propia experiencia como testigo y testimonio (Mainetti, 1987, 1990, 1995 y Mainetti, 1996). Tal narrativa autobio-

gráfica acerca de la emergencia de la bioética en Latinoamérica puede justificarse por el comentario de un reconocido bioeticista americano que afirmó: "Identificar el origen de la bioética en EEUU es materia de cierta considerable controversia. Pero la historia bioética de América Latina es en alto grado la historia de un hombre" (Drane, 1996: 557-569).

ABSTRACT Bioethics was born in the United States and overtime was adopted (and adapted) by other countries. Among the nations that incorporated bioethics were those of Latin America, a name was given to a cultural and linguistic community comprising South America, Central America, Mexico and part of the Caribbean. Since bioethics is a discipline whose discourse flourished in the cultural tradition of North America, it is logical to compare North American and Latin American biomedical ethics. The bioethics of Latin America has evolved over thirty years in three stages, one decade each, beginning in 1970 with its reception and was followed by assimilation and recreation. As a pioneer of the process by which bioethics was institutionalized in Argentina, I cannot avoid some personal reference to my own experience as a witness and testimony (Mainetti, 1987, 1990, 1995 y 1996). Such an autobiographical narrative about the emergence of bioethics in Latin America can be justified by the comment of a renowned American bioethicist who stated: "Identifying the origin of bioethics in the US is the subject of some considerable controversy. But the bioethical history of Latin America is to a high degree the history of one man" (Drane, 1996: 557-569).

1 Recepción de la bioética en los setenta

Los setenta fueron la etapa de recepción de la bioética en América Latina. "Recepción" no debe entenderse como una introducción formal de la disciplina, dado que en la década del setenta el término bioética no era corriente, incluso en los Estados Unidos. En cambio "recepción" se refiere a cómo la situación histórica y cultural en la región posibilitó o limitó la incorporación de la bioética. Los años setenta se caracterizaron por una reacción, bien de resistencia o rechazo a este nuevo movimiento por quienes adherían al ethos cívico y profesional tradicional. Como moralidad secular y liberal, la bioética promovía la autonomía del paciente, introduciendo

la idea del paciente como sujeto moral en medicina y enfatizando el rol del paciente como agente racional y libre, cuyas decisiones son centrales para la relación terapéutica. Estas ideas eran ajenas a la vieja ética médica todavía reinante en América Latina. En ese entonces, la ética médica latinoamericana permanecía paternalista y confesional, siguiendo la autoridad y la doctrina moral del catolicismo romano. Los médicos practicaban conforme al rol de "dominación" según Max Weber, en el cual la autoridad del médico es suprema y el rol del paciente es el sometimiento a la autoridad del médico (Macklin y Luna 1996: 140-153).

Al inicio la bioética se percibió principalmente como made in USA, un abordaje norteamericano adecuado al estilo estadounidense de medicina y atención de la salud. Las ideas norteamericanas, por otra parte, estaban destinadas a encontrar resistencia debido a que actitudes marxistas y antinorteamericanas estaban profundamente afirmadas en América Latina. La bioética no podía ser simplemente trasplantada en el contexto latinoamericano sin tomar en cuenta las diferencias culturales y políticas y el cambiante significado que consecuentemente "bioética" tendría en esas sociedades en particular.

La Argentina lideró la recepción de la bioética en América Latina. El primer programa iberoamericano de bioética se estableció en Argentina con el Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación José María Mainetti (1969). José Alberto Mainetti fundó el Instituto en 1972 y jugó un rol importante en las primeras actividades bioéticas en la región. Más tarde, los programas de educación fueron desarrollados a través de la Escuela Latinoamericana de Bioética bajo la dirección de Juan Carlos Tealdi. Durante años muchos académicos de EEUU participaron en este proyecto. El instituto ha publicado la revista *Quirón* desde 1970 y producido numerosas monografías sobre ética médica (Figueroa y Fuenzalida 1996: 611-627).

El instituto cultivó los estudios bioéticos en América Latina bajo la influencia de la Escuela Española de Historia de la Medicina, liderada por Pedro Laín Entralgo, el patriarca del humanismo médico íberoamericano. La disciplina histórico-

médica de Laín Entralgo procuró un camino hacia la teoría de la medicina basado en la antropología médico-filosófica, la cual se inspira por la filosofía existencial y hermenéutica europea. Esta matriz intelectual creó condiciones favorables para la recepción del movimiento norteamericano de las humanidades médicas en la bioética latinoamericana.

La primera década del Instituto de Humanidades Médicas argentino registró la etapa de recepción de estas disciplinas, respaldada por el intercambio personal e institucional iniciado con el médico y filósofo H. Tristram Engelhardt, que estaba entonces en el Instituto para las Humanidades Médicas de la Universidad de Texas, extensión de la Escuela Médica en Galveston, y el médico bioeticista Edmund Pellegrino, que era director del influyente Institute of Human Values in Medicine con sede en Washington. Estas conexiones de humanidades médicas explican por qué Argentina y España fueron los primeros países en iniciar la bioética en América latina y Europa, respectivamente.

El movimiento de las humanidades médicas, en la búsqueda del humanismo médico, estaba en sintonía con la antropología médica de Laín Entralgo, a cuya escuela de pensamiento me uní junto con muchos otros académicos en América Latina (Escobar, 1996: 651-657). La recepción de la bioética como parte de la perspectiva teorética de las humanidades médicas, significaba por tanto para nosotros una actitud crítica en el sentido de desafiar presupuestos no aclarados y juicios de valor tanto en medicina como en bioética. Durante los años setenta la "medicina posmoderna" emergió como crítica al razonamiento médico positivista. Estas críticas eran de largo alcance y afectaron el objeto, el método y el fin de la medicina misma. Vale decir que la medicina no era ya más una "ciencia normal" en el sentido Kuhniano sino que estaba en el seno de una revolución moral. Emergió entonces una literatura crítica sobre la medicina, que incluye la famosa Némesis Médica de Ivan Illich (Illich 1976), las iconoclásticas Reith Lectures de Ian Kennedy, The Unmasking of Medicine (Kennedy 1981) y el análisis de crítica social del poder médico capitalista por escritores norteamericanos como Vicente Navarro (Navarro 1975: 65-94).

La "medicina posmoderna" debe su relativismo a su creciente

naturaleza comprensiva, interpretativa y evaluativa, en suma, su condición reflexiva. La filosofía de la medicina comprende la antropología, la epistemología y la axiología médicas. Esta última disciplina incluiría la bioética en ambos aspectos, clínico y de salud pública. De esta manera, en América Latina abordamos la bioética como el nuevo paradigma médico-humanista y esencialmente como una ética "implicada en" antes bien que "aplicada a" la medicina, esto es una ética derivada de la intrínseca axiología de la profesión médica. Por ello, en contraste con el desarrollo norteamericano de la bioética, que involucra a médicos, teólogos, filósofos y abogados, los protagonistas latinoamericanos de la disciplina son principalmente médicos y profesionales de la salud.

2 Asimilación de la bioética en los ochenta

Asimilación caracteriza la segunda etapa en el desarrollo de la bioética en América Latina. La disciplina académica y el discurso público se institucionalizan en toda la región y en este respecto sigue el modelo norteamericano. Con la restauración de la democracia y la introducción en Latinoamérica de las nuevas tecnologías médicas, tales como el cuidado crítico, trasplantes y reproducción asistida, se expandió en los ochenta el interés público y académico en la bioética. La asimilación fue el reflejo de la bioética norteamericana en dos aspectos. Primero, la creciente litigación por mala praxis en casos médicos y el movimiento por los derechos del paciente imitaban los factores que llevaron al nacimiento de la bioética en los EEUU. Segundo, con la restauración de la democracia aparece un renovado interés en la filosofía moral y política al igual que el pluralismo ideológico y la formación de consenso, que fueron entonces aplicados a la medicina y se convirtieron en componentes clave para la nueva bioética, como en EEUU (Lolas, 2000a).

En 1980 la Fundación Mainetti impulsó una segunda etapa en la institucionalización de la bioética, en dos ámbitos académicos, la Facultad de Ciencias Médicas y el Departamento de Filosofía de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. La cátedra de posgrado de humanidades médicas brindó la oportunidad para la reflexión filosófica de la medicina como una filosofía

pos-flexneriana del arte de curar en vez del modelo reduccionista. El modelo de Flexner comprendía el viejo paradigma médico positivista de la medicina restringida a las ciencias naturales aplicadas. La bioética latinoamericana rechazó este abordaje y giró hacia un nuevo paradigma médico humanista que empleaba las ciencias sociales y las humanidades para desarrollar una teoría y una práctica médicas. En los ochenta continuamos la asimilación de la bioética en la actual filosofía de la medicina. La cátedra de antropología filosófica introdujo a la bioética como un fenómeno cultural, es decir, la concepción de una revolución biológica que transformó la naturaleza humana, y una nueva moral cívica del cuidado de la salud.

Los últimos años de la década del ochenta fueron testigos del florecimiento de los centros e institutos de bioética y profesionales de la disciplina en la región. El Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (Bogotá, Colombia) fue fundado en 1985, impulsado por el notable magisterio de Alfonso Llano Escobar, de la Universidad Javeriana. En Venezuela, el doctor Augusto León Cecchini, que escribió un texto clásico de ética médica en 1975, fue el responsable del artículo sobre la bioética en América Latina aparecido en la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics* (Cecchini, 1978: 1005-1007). La Universidad Católica de Chile creó una unidad de bioética en la Escuela de Medicina en 1988, y médicos sobresalientes participaron en este programa, entre ellos los doctores Alejandro Serani y Manuel Lavados. La Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul, en Porto Alegre, Brasil, estableció un programa de posgrado en bioética en 1988, dirigido por Joaquim Clotet, un filósofo de Barcelona, España.

A la recepción crítica le siguió un período radical en la asimilación de la bioética en América Latina. La naturaleza radical de la bioética latinoamericana va más allá de una filosofía de la medicina para convertirla en una filosofía de la cultura y la tecnología, pasando de la metamedicina a la metaética en busca de un cuestionamiento fundamental de la tecnociencia. La novedad y la seriedad de los problemas de la vida actual configuran una crisis bioética de la era tecnológica. En esta crisis vital y normativa aparecen entrelazados tres nuevos temas:

1 La catástrofe ecológica.

2 La revolución biológica.
3 La medicalización de la vida.

La bioética fue posible como un resultado de cambios más amplios en nuestra comprensión de la condición humana y nuestra progresiva habilidad para transformar el cuerpo humano. Desde el comienzo, el camino de la bioética latinoamericana ha sido una interrogación por el hombre en el sentido de una búsqueda de los fundamentos de la bioética en la antropología filosófica centrada en la nueva capacidad para alterar el cuerpo y crear una moral alternativa (Drane 1996: 557-569 y 1999: 109-121).

3 Recreación de la bioética en los años noventa

En los noventa la bioética latinoamericana se recreó incorporando las tradiciones morales e intelectuales de la propia región. En la mayoría de los países de la región el movimiento bioético se desarrolló en tres áreas:

1 Académica (investigación científica y educación superior).
2 Atención de la salud (consultas clínicas y de salud pública, como en los comités hospitalarios de ética).
3 Política sanitaria (consejos y recomendaciones a las autoridades sobre cuestiones normativas y regulativas).

Concurrentemente con las redes bioéticas de cada nación, se desarrollaron asociaciones regionales que impulsaron el movimiento bioético latinoamericano. De esta identidad ética regional distintiva devino un modelo bioético latinoamericano.

La Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE) de la Fundación Mainetti, fundada en 1990, es la primera iniciativa académica en nuestra área de influencia cultural. Se trata de un programa para crear recursos humanos a fin de liderar la disciplina en los países de origen de los participantes, al tiempo que provee de un foro para el intercambio cultural y científico en toda la región. El Curso internacional de bioética de la ELABE durante los noventa fue dictado por profesores prominentes de los centros líderes en bioética. El Centro Oncológico de Excelencia (Fundación Mainetti) puso en marcha la Federación Latinoamericana de Bioética (FELAIBE) en 1991.

En 1990 James Drane de EEUU fue comisionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a visitar varios países de América Latina para más tarde hacer un informe que relevara el desarrollo de la bioética en América Latina. Este influyente documento proponía sucesivos pasos para el ulterior desarrollo regional de la disciplina (Drane y Fuenzalida 1991: 325-338). En el mismo año, la OPS publicó un número especial de bioética, editado por Susan Scholle Connor y Hernán Fuenzalida-Puelma, presentando formalmente la bioética en Latinoamérica (Connor y Fuenzalida, 1990). Este es el primer colectivo regional de autores precursores en el campo de la bioética que trataron diversos tópicos y delinearon diferentes perspectivas en la disciplina. Finalmente, la OPS, pionera entre las organizaciones mundiales de salud, creó en 1994 el "Programa regional de bioética" (2000), con sede en Santiago de Chile, pero cuyas actividades están descentralizadas para poder servir a todos los países miembros de la OPS. Este programa, diseñado para brindar una política integradora en bioética y sus disciplinas asociadas, se encuentra en una nueva etapa bajo la dirección del conspicuo académico Fernando Lolas Stepke ("Programa regional de bioética", 2000b).

La etapa de recreación revela un tercer rasgo de la bioética latinoamericana, su preocupación global. La bioética es enciclopédica por definición, etimológicamente "ética de la vida" (y "vida de la ética"), pero no circunscripta semánticamente al bios tecnológico y el ethos liberal característicos del modelo norteamericano. En contraste el modelo latinoamericano enfatiza un bios humano y un ethos comunitario. Esta es la razón por la cual la bioética es hoy más un movimiento político o de reforma social que una disciplina académica restringida al dominio de la atención de la salud. En la bioética latinoamericana los principios de solidaridad y justicia juegan el papel central mientras la autonomía lo es en la norteamericana. Entonces, las políticas de salud latinoamericana abrazan el acceso universal al cuidado de la salud y pone el acento en la justicia distributiva y la equidad en la asignación de recursos para la salud.

Este no es el lugar para un relevamiento de los desarrollos en los diferentes países latinoamericanos o de los problemas peculiares de la región (Mainetti, Pis Diez y Tealdi, 1992: 83-96; Tealdi, Pis Diez y Esquisabel, 1995: 113-135). La bioética

se ha convertido en la arena de nuevos desafíos en América Latina. Una aparente uniformidad esconde ricas y heterogéneas actividades. No sólo las influencias europea y cristiana sino también las tradiciones intelectuales indígenas son muy importantes en el desarrollo de la bioética latinoamericana. Esta no tiene su propia filosofía como la anglo-americana parece tener, pero sí tiene su propios literatura y estilo narrativo. El particular escenario histórico, el ethos cultural y la realidad social de Latinoamérica podrían infundir nueva vida a la comunidad bioética global. En este sentido, un síntoma de los tiempos nuevos es el hecho de la realización en Buenos Aires, Argentina, del *Segundo Congreso de la Asociación Internacional de Bioética* en 1994, y el sexto congreso en Brasilia, Brasil, en 2002. En años recientes empezó a florecer "una nueva bioética brasileña" o "bioética dura"; e inspirada por la contradictoria realidad social del país, explora perspectivas alternativas a las corrientes bioéticas tradicionales (Garrafa 2000: 177-182).

4 Conclusión

Este texto ha dado un panorama del desarrollo de la incorporación de la bioética en Latinoamérica a lo largo de las tres últimas décadas del siglo XX, describiéndolo en tres etapas: recepción, asimilación y recreación. Primero, la bioética llega como un forastero y luego sufre una transformación cultural. Trasplantada a una tierra que no era su habitat "natural", la bioética en Latinoamérica ha conseguido hoy su propia voz y carácter distintivo y se ha convertido en un fuerte emprendimiento intelectual y político (Lolas 1994: 28-30 y 1998).

En comparación con el estilo norteamericano de la bioética, la latinoamericana hace un abordaje más teórico y filosófico. En la búsqueda de una bioética crítica, radical y global, la bioética latinoamericana representa una era global "pos-bioética" (Drane 1998: 53-64 y Spinsanti, 1995: 167-176). Aunque la bioética latinoamericana está lejos de ser un sistema teórico unificado o una única perspectiva coherente, representa la ethica spes (la esperanza ética) del nuevo milenio.

Bibliografía

Drane, James F. (1999) "Complejo bioético: Pigmalión, Narciso y Knock", *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina*, 45(2), 109-121 (commentary to José A. Mainetti).

- (1998) "Ética médica universal", *Quirón*, 29(2),53-64.
- (1996) "Bioethical perspectives from Ibero-America", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21(6), 557-569.

Drane, James F., Fuenzalida, Hernán (1991) "Medical ethics in Latin America: a new interest and commitment", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 1(4), 325-338.

Escobar Triana, Javier (1996) "Humanistic and social education for physicians: The experience of The Colombian School of Medicine", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21(6), 651-657.

Figueroa, Patrico R., Fuenzalida, Hernán (1996) "Bioethics in Ibero-Amrican and the Caribbean", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21(6), 611-627.

Garrafa, Volnei (2000) "Una radiografía bioética de Brasil", *Acta Bioética*, VI(1), 177-182.

Illich, Ivan (1976) *Limits to medicine: Medical nemesis. The expropiation of health*, London, Marion Boyars Publishers.

Kennedy, Ian (1981) *The unmasking of medicine*, London, Allen and Unwin.

León Cecchini, Augusto (1978) "Latin America in the twentieth century", *Encyclopedia of Bioethics*, Warren T. Reich (edición), New York, Macmillan, 1005-1007.

Lolas Stepke, Fernando (2000a) *Bioética y antropología médica*, Santiago de Chile, Mediterráneo.

- (2000b) "La bioética y la cultura de la vida: una contribución para la paz", *Bioética informa*, "Programa regional de bioética OPS/OMS", 6(19), 8-11.
- (1998) *Bioética*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- (1994) "El discurso bioético. Una anécdota personal", *Quirón*, 25(4), 28-30.

Macklin, Ruth, Luna, Florencia (1996) "Bioethics in Argentina: A country report", *Bioethics*, 10(2), 140-153.

Mainetti, José Alberto (1996) "In search of bioethics: A personal postscript", *The Journal of Medicine and Philosophy*, 21(6), 671-679.

- (1995) "Medidal ethics, history of: The Americas: Latin America", *Encyclopedia of bioethics*, Warren T. Reich (edi-

ción), New York, Macmillan, 1639-1644.
- (1990) "Out of America. The scholastic and mundane bioethical scene in Argentina" *Symposium "Transcultural dimensions of medical ethics"*, coorganizado por la Fidia Research Foundation y Georgetown University Center for the Advanced Study of Ethics, Washington, National Academy of Sciences, 26-27.
- (1987) "Bioethical problems in the developing world: A view from Latin America", *Unitas. A quarterly for the arts and Sciences*, 60(2), 238-248.

Mainetti, José A., Pis Diez, Gustavo, Tealdi, Juan C. (1992) "Bioethics in Latin America", *Bioethics yearbook: Regional development in bioethics: 1989-1991*, Andrew Lustig (edición), Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers, vol. 2, 83-96.

Navarro, Vicente (1975) "The political economy of health care", *The International Journal of Health Services*, No. 5, 65-94.

Programa Regional de Bioética OPS/OMS (2000) "Instituciones y Centros Especializa- dos en Bioética en América Latina y el Caribe", Santiago de Chile.

Scholle Connor, Susan, Fuenzalida, Hernán (1990) *Bioethics issues and perspective*, Washington, OPS.

Spinsanti, Sandro (1995) "José Alberto Mainetti: simboli dell' antichità classica in America Latina", *La bioetica. biografie per una disciplina*, Sandro Spinsanti (edición), Milano, Franco Angeli, 167-176.

Tealdi, Juan C., Pis Diez, Gustavo, Esquisabel, Oscar (1995) "Bioethics in Latin America: 1991-1993", *Bioethics yearbook: Regional development in bioethics: 1991-1993*, Andrew Lustig (edición), Dordrecht, the Netherlands, Kluwer Academic Publishers, vol. 4, 113-135.

Historia de la bioética social en América Latina

History of social bioethics in Latin America

DEMANDADO 22-2-2020 **REVISADO** 16-5-2020 **ACEPTADO** 8-6-2020

Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Historiador, bioeticista
Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, España-México

Palabras claves
Bioética, historia de la bioética en América Latina, bioética-social
Key Words:
Bioethics, history of bioethics in Latin America, bioethics-social

RESUMEN En la actualidad, en primer tercio del siglo XXI, coexisten tres tipos de interpretación y aplicación de la bioética en el mundo: la teoría principialista, iniciada por Beauchamp y Childress, en *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica),* en 1979 y desarrollada fundamentalmente en los países anglosajones; la teoría personalista, propuesta en Europa por Paul Schotsmans, en "Personalism and policies" (1999); y la teoría social, bosquejada inicialmente por León Correa en "Una bioética social para Latinoamérica" (2005), desarrollada metodológicamente por Schramm y Kottow en "Principios bioéticos en salud pública…" (2001) y León Correa en "Principios para una bioética social" (2009) y ultimada con la "Teoría de bioética-social de Fernández-Carrión (2020).

ABSTRACT At present, in the first

third of the 21st century, three types of interpretation and application of bioethics coexist in the world: the principlist theory, initiated by Beauchamp and Childress, in Principles of Biomedical Ethics, in 1979 and developed mainly in Anglo-Saxon countries; the personalist theory, proposed in Europe by Paul Schotsmans, in "Personalism and policies" (1999); and social theory, initially outlined by León Correa in "A social bioethics for Latin America" (2005), methodologically developed by Schramm and Kottow in "Bioethical principles in public health..." (2001) and León Correa in "Principles for a social bioethics "(2009) and finalized with the" Theory of social-bioethics" of Fernández-Carrión (2020).

1 Introducción

La bioética principialista norteamericana alude a aquellas teorías que se estructuran alrededor de una pluralidad de cuatro principios (no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia) de "obligación no absoluta" (Degrazia, 1992: 518). En cambio, la teoría personalista europea tiene como finalidad promover el bien íntegro del ser humano, pues como señalara Sgreccia:

> No se podrá prescindir de una antropología [bioética] de referencia, dentro de la cual el valor de la vida física corpórea, del amor conyugal y de la procreación, del dolor y de la enfermedad, de la muerte y del morir, de la relación libertad-responsabilidad, individuo y sociedad, encuentren su propio marco y su valoración ética (Sgreccia, 1999: 52).

Este pensamiento ontológico está basado en dos fundamentos: uno, desde presupuestos antropológicos, entorno a la vida y la corporalidad, y otro, alrededor de cuatro principios de bioética principialista "relativos a la intervención del hombre sobre la vida humana en el terreno biomédico": de defensa de la vida física, de libertad y responsabilidad, de totalidad o principio terapéutico y de socialidad y subsidiariedad (cfr. Laura Palazzini, 2004), es la conjunción de la teoría principialista remodelada y el inicio de la teoría personalista. En cambio, Schotsmans en "Personalism in medical ethics" (1999), pero sobre todo en "Integration of bioethical principles and requierements into European Union statutes, regulationms and policies" (2005), distingue y concretiza a la bioética europea como una ética teleológica y personalista, en oposición a la anglosajona a la que caracteriza como bioética procedi-

mental.

La "Historia de la bioética social latinoamericana", elaborada por Miguel-Héctor Fernández-Carrión, publicada con la autoría colectiva en "Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana" en *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas* (2017: 17-40), es una continuación de la "Bioética latinoamericana: [como] bioética social" en *La bioética en España y Latinoamérica* (2016: 47-72) y la versión más reducida con el título de "Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases", en *Historia ilustrada de la bioética* (2015: 199-228), e individualmente en "Historia y fundamentos teóricos de la bioética" (2014b) y la "Historia de la bioética en América Latina", en la *Revista Vectores de investigación* (2015: 57-95). El presente texto se centra sobre la peculiaridad diferenciadora de la bioética latinoamericana con respecto a las otras dos: norteamericana (principialista) y europea (personalista), caracterizada como una bioética social.

2 Debate sobre el concepto de bioética latinoamericana

Desde principios del siglo XXI, se ha producido un debate entre algunos especialistas de bioética sobre la conveniencia o posibilidad de poder hablarse de una bioética que se desarrolla en América Latina o se puede aludir directamente a la existencia de una bioética latinoamericana; de la primera tendencia destaca Álvarez-Díaz, y de la segunda Fernández-Carrión y es cada vez más amplia la nómina de esta última tendencia.

En este sentido, Álvarez-Díaz propone una "búsqueda de una 'bioética latinoamericana'" (Álvarez-Díaz, 2012: 17-22), en primer lugar, alude 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). Para ello, Salazar establece una diferenciación práctica entre la bioética desarrollada en Estados Unidos, Europa y la que existe en Latinoamérica, esta última 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 particular, Peralta demandará que la bioética latinoamericana "debe fundamentarse en premisas conceptuales que consoliden filosóficamente su autonomía y autenticidad" (2009: 110).

Asimismo, 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),

aunque termina puntualizando que

> cuando hablamos de Bioética desde América Latina o latinoamericana no pretendemos la creación de una Bioética para la región geográfica determinada (…). En realidad, nos estamos refiriendo a una perspectiva latinoamericana es decir a la necesidad de orientar la reflexión teórica y la práctica bioética a la realidad latinoamericana en la que estamos inmersos (Parenti, 2001: 38).

De esta forma se constata que Lolas Stepke pretende construir una bioética latinoamericana, Salazar considera que es una tendencia de interpretación de la bioética, mientras que Parenti entiende que es una necesidad conformar una bioética desde la perspectiva latinoamericana.

Según Martínez Echazabal 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 del 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 inicialmente por la bioética argentina, caracterizada por una fuerte preocupación y alternativa social (Fernández-Carrión, 2015).

A pesar del criterio de Fernández-Carrión en defensa de una bioética social latinoamericana, Álvarez-Díaz 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-Díaz, 2012: 26); pero mejor sería decir que primero hay que comprender las peculiaridades de la teoría y la 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 por tanto se puede hablar de bioética latinoamericana (Fernández- Carrión, 2015).

Gracia establece cuatro períodos históricos éticos y por ende –Álvarez-Díaz (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 sí 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).
2 La "ética de despotismo"[5] 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

[5] Gracia precisa que no debe denominarse "tiránico" sino "despótico", pues legalmente los establece como "súbditos de la corona" y de ningún caso esclavos.

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"2[6] (Gracia, 2007: 26-31). Mientras que la medicina occidental se desarrolló 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 excluida (FC).

4 La búsqueda de una "ética de la autonomía" a partir de la independencia. Tras el proceso político de independización de Latinoamérica, se desarrolla una búsqueda de una ética propia, consiste en una emancipación 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-Díaz, 2012: 19) con el apoyo ideológico, político y económico de la masonería (indicada anterior-

[6] El desarrollo de la medicina no se da por igual en todos los casos, sino que se produce con un "enfoque distinto" entre la medicina europea y la indígena, como indica Gracia; para ello, baste atender al contenido de *Chilam Balam de Ixil. Faccsimiliar 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 recíproca", 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 armonía en la medicina mesoamericana es semejante al de la medicina tradicional china (Lipp, 2002: 82).

mente), "cuyos intereses cada vez coincidían menos con los de los españoles" (Álvarez-Díaz, 2012: 19) o mejor dicho eran contrarios a la monarquía española, fomentado por los propósitos de promoción nacional norteamericano, francés o inglés, dependiendo de las logias dirigentes en cada momento histórico imperante (FC). "Formalmente se trata de un avance"–señala Álvarez-Díaz, 2012: 19–, pero en 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" no (incluidos los indígenas) (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 económicamente se puede 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, principalmente en las grandes ciudades, donde se llega a aplicar disposiciones específicas de la bioética, como el consentimiento informado y el documento de voluntades anticipadas (DVA), por el que se opta por alguna medida bioética –dependiendo de las condiciones sanitarias-legales de cada país– para el final de la vida o en un momento de enfermedad crónica irreversible del paciente, como la medicación del proceso de morir; así como la medicina del inicio de la vida: técnicas de reproducción asistida, etc., o la medicina altamente tecnificada: medicina genómica, etc. Mientras que en el mundo rural y en las pequeñas 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 deficiente[7].

5 Promoción de una "ética de la liberación", propuesta por Fernández Carrión (2014a) a partir del ideario de Enrique Dussel (1996), 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 en este sentido La Rocca, Mainetti e Issel (2010) indican que la posible relación entre la ética de la liberación y la bioética "no existe todavía". De acuerdo con estos últimos criterios, Álvarez incide en señalar que por esta misma razón "no existe todavía una propuesta de una 'Bioética de la liberación'" (Álvarez-Díaz, 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 numerosa en Bolivia, Perú y Paraguay, seguida por la de Brasil, Chile y México, mientras que es muy poco numerosa en Argentina y Uruguay.

3 Bioética social latinoamericana

El proceso de conformación de la bioética social en Latinoamérica sigue el siguiente desarrollo evolutivo, constituido por cinco pasos o planteamientos teóricos. Distinto a la teoría principialista anglosajona, introducida y aplicada en América Latina, con una perspectiva que supera la concepción individualista, con otra con interés social, se presenta en primer lugar la postura comunitarista en la que se considera que la teoría ética debe trascender la idea del individuo para lograr un vínculo esencial entre las personas y sus respectivas co-

[7] Según 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.

munidades [o sociedad] (Sandel, 1982).

- En el primer paso evolutivo, 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)[8]. Esta postura comunitarista es defendida por Sandel, MacIntyre, Taylor[9], Callahan[10] y Emanuel[11].

- En el segundo paso evolutivo, comprendido entre la concepción individualista y el comunitarismo[12], se puede señalar el posicionamiento defendido por Sergio Cecchetto[13] 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. Imperativos tecnológicos e improvisación moral* (1999b) 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

[8] 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).

[9] Redacta "Atomism" en esta línea comunitarista, tenida en consideración por la bioética latinoamericana, según Salles.

[10] A través de su propuesta general presente en "Principlism and Communitarianism" (2003).

[11] Autor de *The Ends of Human Life*, y que de acuerdo con Salles, Emanuel realiza "la propuesta comunitarista más completa dentro de la bioética" (Salles, 2008: 98).

[12] Como analiza Solange Donda en "Comunitarismo e individualismo" (2008: 20-21).

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

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 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 especial en *Dilemas bioéticos*… (1999b). En el "Prólogo" de *Teoría y práctica*…, de Cecchetto, Maliandi señala que

> 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, Cecchetto atiende a todos los protagonistas y las circunstancias que inciden en el hecho analizado, como se aprecia en *Dilemas bioéticos*… (1999b) y en *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana* (1999a).

- El tercer paso evolutivo busca la caracterización de una bioética latinoamericana, a partir de entender que la problemática de los casos bioéticos demanda de la participación colegiada de los "protagonistas" de los mismos (segundo paso, propuesto por Cecchetto), así como la vinculación del individuo con su comunidad (sociedad, defendido por Sandel y MacIntyre, entre otros), 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 "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" (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 establecida por la *Declaración de Helsinki*[14], al señalar 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 última con la propuesta de un posicionamiento propio de la bioética latinoamericana, como realiza Tealdi con el título de "Una bioética latinoamericana ¿un nuevo orden moral?", pues como indica Pfeiffer:

> La forma de hacerlo es abandonar los moldes anglosajones que viene siguiendo la reflexión bioética y construir otros (…). 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 (Pfeiffer, 2004a: 8-9).

En esta línea, se constata que son numerosos los estudios que relacionan la bioética con los derechos humanos, como lo hace por ejemplo Ricardo Páez Moreno en "Los derechos humanos y la bioética: una perspectiva desde Latinoamérica"

[14] 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, de 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).

([2005]), que como expone en sus conclusiones

> Los derechos humanos en su comprensión tradicional, han sido un aporte invaluable para la humanidad. Sin embargo, las múltiples definiciones y clasificaciones de los derechos obedecen a una visión individualista y sobre todo lejana del contexto histórico y cultural de los países pobres, que ha quedado lejos de dar respuesta a los grandes desafíos planteados por la gran mayoría de la humanidad" (Páez, [2005]: 17).

De igual forma, lo hace varios autores al tratar sobre el "Sistema de derechos humanos" (Héctor Gros Espiell et al.) y "Derecho a la salud" (Horacio Cassinelli et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (Gros et al., 2008: 242-258 y 226-240) y sobre algunos derechos en particular, como se refiere en la "Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano" ("Declaración de Manzanillo", en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001), en particular en el punto tercero pone énfasis en esta cuestión social para demandar de unas políticas bioéticas más sociales, al señalar que

> dadas las diferencias sociales y económicas en el desarrollo de los pueblos, nuestra región participa en un grado menor de los beneficios derivados del referido desarrollo científico y tecnológico, lo que hace necesario: a) una mayor solidaridad entre los pueblos (…) ("Declaración…", 2001: 2).

- El cuarto paso, se origina con la consideración inicial de "los determinantes sociales de la salud", por el que León Correa (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 sociales[15]

[15] 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 afron-

crean desigualdades en salud [como apunta Emanuel, 2000: 101-106], por lo que es necesario –como concuerda 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 Correa (2011) entiende que la pobreza y la discapacidad se relacionan –en ocasiones directamente– con la enfermedad, y las tres con la "calidad de vida"[16] (León Correa, 2011: 22).

Aparte de este perspectiva general sobre la cuestión social de la salud pública en América Latina, también se ha producido propuestas particulares sobre la misma cuestión; por ejemplo, desde un posicionamiento religioso, como lo realiza Cardona Ramírez al exponer "El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo" (2010), donde presenta un breve desarrollo histórico de la bioética en América Latina en torno a la problemática social y económica que pervive en el subcontinente, dándole al final una impronta franciscana, y en especial de san Francisco de Asís. Próxima a esta línea se podría aludir a un posicionamiento humanista, como lo propone María Do Céu Patrão Neves en "Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo" (2002: 107-120) o María Isabel Gil Espinosa en *Bioética una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida* (2000), pero igualmente Schramm y Kottow, con un planteamiento moralista, en los "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas" "intenta caracterizar la especificidad de los problemas morales en la salud pública y analizar la aplicabilidad del modelo principialista como padrón para dirimir sus conflictos" (2001: 949), pero lo que realmente están proponiendo es un planteamiento político-social para establecer una "alternativa para una ética [político-social] en salud pública" para América Latina, para ello después de analizar la "inadecuación del

tar 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).

[16] Sobre este tema Laura Schwartzmann ha elaborado un extenso trabajo sobre la "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales" (2003).

modelo principialista" (950-951), proponen un principio de solidaridad, una ética de la responsabilidad y de protección y responsabilidad óntica y diacónica (950-954), de todos ellos destaca en especial el "principio de protección", por el que

> principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una potestad legítima de intervención, autorizada para exigir a la autonomía personal que se ajuste al bien común. La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable (Schramm y Kottow, 2001: 954-955).

En cambio, desde un posicionamiento exclusivamente político, Mora Sánchez considera que la ideología marxista es la que podría caracterizar el planteamiento social de la bioética de Latinoamérica, en su "Perspectiva de la bioética en América" (2010), al señalar que

> la Bioética en América va de lo clínico-médico-biológico al hombre como ser social, a los problemas del ser humano y de la vida en todas sus dimensiones; es decir, a una perspectiva social, global, como un movimiento o activismo político centrado en las grandes inequidades, la pobreza, la exclusión y la discriminación, como condición básica para la dignidad humana (Mora, 2010: 10)[17],

pero lo vincula con la "socialización y el desarrollo" de la bioética en Cuba; aunque, esta misma perspectiva Rivas-Muñoz et al., la extrapola al resto de Latinoamérica a través de la puesta en marcha de una "bioética de intervención" "centrada en la justicia y la salud pública, cuyos proponentes son Garrafa y Porto" con la pretensión de que

> tenemos muchas posibilidades de construir una bioética que apunte a la emancipación de los individuos y los pueblos, y hacia ella nos dirigimos porque no nos es suficiente una bioética que centre su teoría y su práctica en asuntos que finalmente están siendo reducidos a unas normas de buenas prácticas clínicas y de investigación con seres vivos, como si esos fueran nuestros más importantes problemas, aunque los tengamos y nos debamos ocupar también de ellos (Rivas-Muñoz et al., 2015: 143 y 150),

en favor de la emancipación, el "buen vivir" (Rivas-Muñoz et

[17] Sobre la dignidad del paciente también lo trabaja Jairo Mejía Porras en "Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales" (1999).

al., 2015) y la salud pública. El referente teórico de Rivas-Muñoz et al., es la "bioética de protección" trabajada por Volnei Garrafa y Dora Porto (2008: 161-164) y próximo a ella también se encuentra Miguel Kottow en "Bioética de protección" (2008: 165-166). En relación a esta última, se puede precisar que en Brasil, Argentina y Chile, entre otros países latinoamericanos, ha surgido una bioética de carácter protec-cionista a favor de los vulnerados (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 (…), dentro de la realidad latinoamericana (Schramm, Rego, Braz, Palacios 2005: 17).

Estas grandes desigualdades económicas entre gran parte de la población en América Latina, se ven agravadas por la actitud comercial de las multinacionales farmacéuticas, pues como indica Peter C. Gotzsche, investigador y cofundador de la Cochrane Collaboration "la industria farmacéutica trabaja por las ganancias, y no por los pacientes" (en su libro *Medicamentos que matan y crimen organizado*, cfr. "Peter Gotzsche: La industria farmacéutica le miente a los médicos", 2014), como quedan reflejadas en las declaraciones dadas públicamente por parte del consejero delegado de Bayer, Marijn Dekkers

> no creamos medicamentos para indios, sino para quienes pueden pagarlos" (como recoge la Asociación Latinoamericana de Medicina Social en "Red de medicamentos"). Lo contrario, desde la consideración de la interculturalidad, trabajan varios autores en *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural* (Fernández Juárez, 2006)[18],

aludiendo a las realidades indígenas principalmente en Bolivia… y México, pero es extensible al resto del mundo.

• El quinto paso, tiene que ver con la verdadera puesta en práctica de la bioética social, que se puede relacionar –según Fernández Carrión– con la elaboración de una ética "del cui-

[18] Criterio de Dekkers que es igualmente criticado por todos los bioeticistas sociales.

dado y la solidaridad"[19], en esta línea de pensamiento León Correa 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 propia y ajena revelamos nuestro grado de humanidad (Bermejo, 2002),

para que seguidamente se conforme la "ética del cuidado" y se aplique con intencionalidad solidaria; más allá de los debates actuales sobre los límites de la justicia, aproximándose a la dimensión personal de la experiencia de la discapacidad y la vulnerabilidad, con énfasis en la solidaridad, para lograr una mayor acción dentro de la justicia social (Ralston y Ho, 2010), coincidente con lo que indica Sen, de que

> 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, pasando por 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 esta misma línea, se muestra, García Alarcón al señalar que

> quienes se dedican al estudio de la Bioética en Latinoamérica, tienen la obligación de preocuparse como hombres y como profesionales, por las condiciones miserables en las que tendrán que sobrevivir las futuras generaciones (…) aumentar la efectividad de las tareas del Estado y posibilitar el acortamiento de la brecha de la inequidad hacia la equidad (…) (García Alarcón,

[19] En este mismo sentido León propone desde una perspectiva fundamentalmente institucional dar 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 Correa, 2008: 1079).

2012: 46 y 51).

De igual forma se expresa, Salazar en "Una visión diferente de la bioética", al indicar que

> nuestros problemas giran no tanto en cómo se usa la tecnología médica, sino más bien en quiénes tienen acceso a ella. La Bioética latinoamericana está marcada por un fuerte tinte social: los conceptos de justicia, equidad[20] y solidaridad deben ocupar un lugar privilegiado (Salazar, 2000: 35),

por esto mismo León Correa termina proclamando "Una bioética social para Latinoamérica", que pueda

> aportar (…) los estudios que profundizan en la ética del cuidado y de la solidaridad, además de los ya conocidos que apelan a la ética de la responsabilidad (…). Las nuevas propuestas para el desarrollo de la bioética como disciplina de debate ético social y político [están] ligada a las exigencias éticas de la justicia y el desarrollo social (León Corra, 2005: 26 y 19).

A este punto de la solidaridad médica llega León Correa a partir de analizar la aplicación de la teoría principialista en relación con las actuales peculiaridades inherentes en América Latina, en el apartado dedicado a los "Principios de bioética clínica, institucional y social", al señalar que a estos principios le falta –acogiéndose a la idea expresa por De Velasco (2003)–: "el principio de solidaridad, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual" (De Velasco, *La bioética y el principio de solidaridad*, 2003), pues como señala León Correa

> una sociedad puede implementar un sistema que garantice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico (…). Mientras que, por el contrario, un sistema con menos recursos –económicos y humanos– como el sector de salud pública chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficiente desde la propia sociedad o los individuos (León Correa, "Principios para una bioética social", 2009: 24).

De igual forma se expresa Michelini, al apuntar que "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,

[20] Este aspecto en particular lo analiza James F. Drane en "El desafío de la equidad: una perspectiva" (2000: 75-90).

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 que beneficie a los más desprotegidos, para lograrlo Daniels et al. (2000, cfr. Miechlini, 2008) proponen una reforma de los sistemas de salud tendente a la equidad social, mientras que Pérez de Nucci alude a concepto de "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 de Nucci, 2008: 115). Por todo esto, Rodríguez Yunta, proclama (como lo hiciera anteriormente Salazar -2000- y León Correa -2005-) que en Latinoamérica es necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una de carácter más social,

> en que se afronte la promoción de la ética institucional con una mejor gerencia y condiciones laborales, la elaboración de políticas públicas de salud y de distribución de recursos en base al logro de equidad y la evolución hacia un sistema de salud más justo, de acuerdo con las exigencias y necesidades de la sociedad (Rodríguez Yunta, 2009: 91-92).

Esta bioética social, pretende además

> 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 Correa a través de la aplicación de la bioética de la calidad de vida:

> 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 Correa, 2011: 26).

De igual forma se expresa Otero Morales en "Atención clínica y contexto social" (2008: 74), así como también lo hacen varios autores al tratar sobre la "Pobreza y necesidad" (Jutta Wester et al.) en el *Diccionario latinoamericano de bioética* (2008: 515-527)[21], el apartado dedicado a "Bioética, justicia y

[21] Aspectos sociales que se alude en *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futu-*

pobreza en Latinoamérica" en *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, de Francisco Javier León Correa (coordinador) (2012: 20-79) y Maglio et al., al resaltar la cuestión social de los servicios públicos, con los siguientes términos:

> La salud es un derecho[22] que no podemos ignorar y el instrumento adecuado para que ese derecho sea respetado en 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 (Maglio, Pfeiffer, 2004: 123).

Para la solución de toda esta problemática social de la salud pública, Callahan (1998) propone la implantación del "principio de solidaridad" en busca de una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable, pero según Schramm y Kottow este

> (…) principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo allí donde se le utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocidamente finitos y escasos recursos [que además son desviados para el enriquecimiento personal, a través de la corrupción política imperante] en cualquier sistema sanitario" (Schramm y Kottow, 2001: 951).

La nueva bioética latinoamericana –según Pfeiffer– 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 (Pfeiffer, 2004b: 13-14).

O como indica igualmente Pfeiffer en el "Epílogo" de *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*:

> Hay una amenaza a la salud cuyo origen no es la práctica bio-

ros, de Susana M. Vidal (editora) (2012).

[22] 17 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).

> médica espúrea, sino que nace de las condiciones que la hacen posible (…). 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 (Pfeiffer, 2004a: 251),

deberían ser tratadas no sólo por foros de expertos. Esas cuestiones deben ser solucionadas por los ciudadanos, pues como redunda en señalar Pfeiffer "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).

En cambio, en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aún no se aprecia ese interés por la defensa de una bioética social en Latinoamérica, baste para ello comprobar el contenido del *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, a pesar de ser su editor Fernando Lolas Stepke y partícipar James Drane (Lolas, 2004).

Resumiendo, existen siete tipos, que se han venido a denominar –según Fernández Carrión– "pasos evolutivos" para el logro del establecimiento de una bioética latinoamericana, cuyo desarrollo se inicia con la emancipación en parte y en fase progresiva de la teoría principialista anglosajona, durante la década de los ochenta hasta la primera década del siglo XXI[23], en proceso de conformación de una bioética propia, en torno a lo que Fernández Carrión denomina "teoría social", que caracteriza la bioética desarrollada en América Latina, desde la primera década del siglo XXI hasta la actualidad.

El primer paso, está protagonizado por los comunitaristas, que defiende Emanuel (2000), entre otros. Seguido, por un segundo paso protagonizado por el posicionamiento mantenido por Cecchetto (1999 ss.), al atender prácticamente a todos los componentes partícipes en el proceso de salud pública (paciente, la familia, el equipo médico, entre otros). El tercer paso, lo constituye la defensa de los "derechos de las

[23] Según José Alberto y José Luis Mainetti, durante las tres últimas décadas del siglo XX: la bioética en América Latina, se desarrolla a lo largo de tres etapas: "recepción, asimilación y recreación" (2020, 67) y en las dos primeras del XXI –según Fernández-Carrión-, tiene lugar la etapa de creación, por la que se establece una teoría de "bioética-social" característica del subcontinente americano.

personas" a propuesta de Pfeiffer (2004a), y en general la vinculación con los derechos humanos, por Paéz Moreno ([2005]), entre otros. El cuarto paso, se centra sobre los determinantes sociales de la salud, como hace León Correa (2011), desde su perspectiva generalista, pero también se ha propuesto desde posicionamientos particulares, como el religioso (católico) por parte de Cardona Ramírez (2010) o político (marxista) por Mora Sánchez (2010) o desde la interculturalidad o la diversidad cultural por Fernández Juárez (coordinador, 2006). Por último, el quinto paso, está relacionado con la propuesta de una práctica de una bioética social, a la manera como lo hace León Correa (2005 y 2008), Bermejo (2002), Salazar (2000), entre otros.

Existe otro criterio sobre la conformación de la bioética latinoamericana, como lo hace Tealdi al considerar que se produce de la siguiente forma:

> como cultivo de un pensamiento de origen y dominancia 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 –según este autor- el desarrollo de la bioética latinoamericana[24].

En resumidas cuentas, como se ha podido apreciar se han presentado cinco posicionamientos diferenciados, heterogé-

[24] 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 (Pfeiffeer, 2004b: 169-185).

neos, sobre la interpretación y aplicación dada sobre la bioética en América Latina, pero faltaría añadir un sexto y séptimo paso. El sexto posicionamiento consiste en una perspectiva unificadora de la bioética latinoamericana, caracterizada por los siguientes cinco puntos programáticos de la bioética social, propuestos por Fernández Carrión (2015b):

1 Politización social de la bioética (como propone Pfeiffer, 2004a y Garrafa, Erig, 2009), para alejarla del escenario normal de la política, y aproximarla a la reivindicación de los derechos sociales (FC). Este posicionamiento muestra una predisposición para que los representantes sociales sean los principales protagonistas –actores– de la aplicación bioética, así como deben participar también en el debate y en los comités de ética como parte de la sociedad, el personal hospitalario, pacientes, 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" alejado de la realidad, o desde la distancia del momento presente, sino que debe considerar las situaciones y la vida de la gente tal como se produce, sin manipulación y distorsión (fc, como reivindica Pfeiffer, 2004a).
3 El marco de referencia teórica –como apunta Tealdi– debe ser los derechos humanos[25], en sus aspectos fundamentales de la defensa de la sociedad, entendida como "un nuevo orden moral", en el que sobresalga la dignidad de los seres humanos y las múltiples identidades culturales latinoamericanas (Pfeiffer, 2004a).
4 La principal intencionalidad será favorecer a la población vulnerable, marginada y desfavorecida socialmente, y de esta forma compensar su falta de recursos económicos para contar con servicios de salud gratuita y de calidad, aunque sin dejar de atender al resto de población (FC).
5 Por último, se aplicará la teoría principialista, en sus prin-

[25] 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.

cipios –ideados por Beauchamp y Childress, 1979– de beneficiencia, de no maleficiencia, de autonomía, y de justicia, unido al "principio de protección" (propuesto por Schramm, Kotow, 2001), así como el de "respeto a las personas" (ideado por La Vertu y Linares –en 1990–), unido al de "solidaridad" (Callahan –en 1998–), y otro más que con el tiempo se pueda crear y considerar oportuno agrupar con los previamente indicados.

Tras este intento unificador de los distintos planteamientos bioéticos que se han desarrollado en América Latina durante el primer tercio del siglo XXI, el propio bioeticista Fernández-Carrión elabora la teoría de bioética-social (que presenta en este mismo volumen de la *Revista Vectores de investigación*).

Bibliografía

Alvárez-Díaz, Jorge Alberto (2012) "¿Bioética latinoamericana o bioética en Latinoamérica?", *Revista Latinoamericana de Bioética,* 12(1), 10-27.

Beauchamp, Tom L., Childress, James F. (1979) *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica)*, Oxford University Press.

Bermejo, J. C. (edición) (2002) *Cuidar a las personas mayores dependientes*, Santander, España, Sal Terrae.

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), april, 254-258.

Buchanan, Allen (1989) "Assessing the Communitarian Critique of Liberalism", *Ethics*, vol. 99, 852-888.

Callahan, Daniel (2003) "Principlism and Communitarianism", *Journal of Medical Ethics*, vol. 29, 269-274.

- (1998) *False Hopes. Why America's Quest for Perfect Health Is a Recipe for Failure*, New York, Simon&Schuster.

Cardona Ramírez, Carlos Mario (2010) "El desarrollo de la bioética en Latinoamérica y el aporte desde el franciscanismo", *AGO USB*, 10(1), 243-268.

Cecchetto, Sergio (2001) *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal*, Mar del Plata, Argentina, Ediciones Suárez.

- (1999a) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc Villela Editor.

- (1999b) *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.

De Velasco, J. M. (2003*) La bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto.

"Declaración ibero-latinoamericana sobre derecho, bioética y genoma humano" ("Declaración de Manzanillo", en Colima, México, en 1996, revisada posteriormente en Buenos Aires, en 1998 y en Santiago de Chile, en 2001)", http://www.uchile.cl/...bioetica/.../declaracion- ibero-latinoamericana-sobre-derecho-bioetica...

Degrazia, David (1992) "Moving Forward in Bioethical Theory: Theories, Cases and Specified Principtism", *The Journal of Medicine and Philosophy*, No. 17.

Drane, James F. (2002) "Presente y futuro de la bioética", *Revista Selecciones de Bioética*, vol. 1, 69-85.

- (2000) "El desafío de la equidad: una perspectiva", *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*, Fernando Lolas Stepke (editor), Santiago de Chile, Lom Ediciones, 75-90.

Dussel, Enrique (1996) *Filosofía de la liberación*, Bogotá, Editorial Nueva América.

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 (2015) "Historia de la bioética en América Latina", *Revista Vectores de Investigación*, 11(11), 57-95.

- (2014a) "Políticas de responsabilidad social universitaria y su impacto en la sociedad: sociedad y educación", *Responsabilidad social universitaria. El reto de la construcción de ciudadanía*, Jorge y Julio César Olvera García (coordinadores), México. Miguel Ángel Porrua, librero-editor, 11-48.
- (2014b) "Historia y fundamentos teóricos de la bioética", "Segundo Seminario Internacional de Bioética", *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. Facsimiliar 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), Revista Vectores de investigación, 3(3), 167-171.

Fernández Carrión, Miguel Héctor et al. (2017) "Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana", *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas,* Jorge Olvera-García, Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al. (coordinadores), Barcelona, México, Editorial Gedisa et al., 17-40.

- (2016) "La bioética latinoamericana", *La bioética en España y Latinoamérica*, Benjamín Herreros Ruiz- Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Fundación Tejerina, Universidad Europea, et al. 47-72.
- (2015), "Historia de la bioética en América Latina: una bioética en dos fases", *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya (edición y coordinación), Madrid, Fundación Tejerina, Universidad Europea et al., 199-228.

Fernández Juárez, Gerardo (coordinador) (2006) *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural,* Quito, Ediciones Abya-Yala et al.

García Alarcón, Rodrigo Hernán (2012) "La bioética en perspectiva latinoamericana, su relación con los derechos humanos y la formación de la consciencia social de futuros profesionales", *Revista Latinoamericana de bioética, Bogotá, Universidad Militar Nueva Granada*, 12(2), julio-diciembre, 44- 51.

Gracia, Diego (2007) "El contexto histórico de la bioética hispanoamericana", *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica, Santiago de Chile*, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Lolas (coordinadores), Santiago de Chile, Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 21-36.

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

Garrafa, Volnei, Eirg Osório de Azambuja, Leticia (2009) "Epistemología de la bioética: enfoque latinoamericano", *Revista Colombiana de Bioética*, 4(1), enero-junio, 73-92.

Garrafa, Volnei, Porto, D. (2008) "Bioética de intervención", *Diccionario latinoamericano de bioética*, J. C. Tealdi (direc-

tor), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 161-164.

Gil Espinosa, María Isabel (2000) *Bioética: una nueva propuesta de humanización y actitud frente a la vida*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis grado de Especialista en Bioética, microfichas).

Gotzsche, Peter C. (2014) "La industria farmacéutica le miente a los médicos", http:// biolatina.wordpress.com/2014/-09/08/peter-gotzsche-la-industria-farmaceutica-le-miente-a-los-medicos/).

Gros Espiell, Héctor et al. (2008) "Sistema de derechos humanos", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 392-411.

Kottow, Miguel (2009) *Bioética ecológica*, Bogotá, Universidad El Bosque.

Kottow, Miguel (2008) "Bioética de protección", *Diccionario latinoamericano de bioética,* J. C. Tealdi (director), Bogotá, Unesco, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 165-166.

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*, 10(2), 483-494.

La Vertu, D. S. Linares Parada; A. M. (1990) "Principios éticos de la investigación biomédica en seres humanos: Aplicación y limitaciones en América Latina y el Caribe", *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (Bol Of Sanit Panam)*, No. 108, 489-498.

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

León Correa, Francisco (2012) "Bioética, justicia y pobreza en Latinoamérica", *Bioética y sociedad en Latinoamérica*, Francisco León Correa (coordinador), Santiago de Chile, Felaibe, Fundación Ciencia y Vida, 20-79.

- (2011) "Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética", *Acta Bioethica*, 17(1), 19-29.
- (2009) "Principios para una bioética social", *Bioethikos*, Centro Universitário, Säo Camilo, 3(1), 18-25.
- (2008), "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile", *Revista médica de Chile*, 136(8), agosto, 1078-1082.

- (2005), "Una bioética social para Latinoamérica", *Agora Philosophica, Revista Marplatense de filosofía*, VI(11), junio, 19-26.

Lipp, Frank J. (2002) *Herborismo. Tradición, simbolismo y uso de plantas tradicionales en oriente y occidente*, Singapur, Taschen.

Lolas Stepke, Fernando (2007) "La OPS y la bioética latinoamericana", Perspectiva de la bioética en América Latina, Leo Pessini, Christian de Paul de Barchifontaine, Fernando Loas (coordinadores), Santiago de Chile, ops/oms, 45-50.

Lolas Stepke, Fernando (editor) (2004*) Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*, Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud.

Lolas Stepke, Fernando (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.

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 (1999) "Prólogo", *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Sergio Cecchetto, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.

Maliandi, Ricardo (2001), "Prólogo", *Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal,* Sergio Cecchetto, Mar del Plata, Ediciones Suárez, 7-10.

Maliandi, Ricardo (2004) "[Convenido 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.

Martínez Echazabal, Lourdes (1998) "Mestizaje and the Discourse of National/Cultural Identity in Latin America, 1845-1959", *Latin American Perspectives*, 25(3), 21-42.

Mejía Porras, Jairo (1999) *Reconocimiento de la dignidad humana en pacientes terminales*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana (tesis para el grado de Especialista en Bioética, microfichas).

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*, 10(1), Cuba, enero-abril.

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.

Otero Morales, Jorge (2008) "Atención clínica y contexto social", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 74.

Paéz Moreno, Ricardo ([2005]) "Los derechos humanos y la bioética: una perspectiva desde Latinoamérica", *Proteo: Diálogos de ética y bioética*, http://www.bioetica.-unam.mx/ assets/ricardo-paez.pdf.

Palazzini, Laura (2004) "La fundamentación personalista en bioética", http://www. bioeticaweb.com/content/view/-65/40").

Parenti, Michael (2001) *Democracy for the Few*, Palgrave Macmillan, 7 edc.

Paträo Neves, María Do Céu (2002) "Fundamentación antropológica de la bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo", *Revista Bioética selecciones*, Bogotá, Instituto de Bioética-Cenalbe, Pontificia Universidad Javeriana, abril, 107-120.

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.

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.

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*, Nertherlands, Springer Verlag.

Rivas-Muñoz, Fábio, Garrafa, Volnei, Ferreira Feitosa, Saulo, Flor de Nascimento, Wanderson (2015) "Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad", *Saúde e sociedade*, Universidade de Säo Paulo, Vol. 24, supl. 1, 141-151.

Rodríguez Yunta, Eduardo (2009) "Temas para una bioética latinoamericana", *Acta Bioethica*, Santiago de Chile, Universidad de Chile, 5(1), 87-93.

Salazar, Arturo (2000) "Bioética ¿ciencia o disciplina?", *Investigación en enfermería: imagen y desarrollo*, 5(1-2), 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.

Schotsmans, Paul (2005) "Integration of bioethical principles and requierements into Euro- pean Union statutes, regulationms and policies", *Acta Bioethica*, XI(1).

Schotsmans, Paul (1999) "Personalism and policies", *Ethical Perspectives*, 6(1).

Schramm, F. R., Kottow, Miguel (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saúde Pública*, No. 17.

Schramm, F. R., Rego, S., Braz, M., Palacios, M. (organizadores) (2005) *Bioética, riscos e proteçäo*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.

Schwartzmann, Laura (2003) "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales", *Ciencia y enfermería*,

9(2), Concepción, Chile, diciembre.
Sen, Amartya (1997) *Bienestar, justicia y mercado*, Barcelona, Paidós.

Sgreccia, Elio (1999) *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomédica*, Milán, Vita e Pensiero.
Solange Donda, Cristina (2008) "Comunitarismo e individualismo", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 20-21.
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 (editora) (2012) *La educación en bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*, Montevideo, Unesco.
Wester, Jutta et al. (2008) "Pobreza y necesidad", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Juan Carlos Tealdi (director), Bogotá, Unesco, 515-526.

Principios bioéticos en salud pública Limitaciones y propuestas

Bioethical principles ion public health. Limitations and proposals

DEMANDADO 16-4-2020 **REVISADO** 22-5-2020 **ACEPTADO** 30-5-2020

Fermin Roland Schramm
Bioeticista
Escola Nacional de Saú Pública, Fundaçâo Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil

Miguel Kottow
Bioeticista
Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

Palabras claves
Bioética, principios morales, política social
Key Words
Bioethics, moral principles, social policy

RESUMEN Este texto intenta caracterizar la especificidad de los problemas morales en salud pública y analizar la aplicabilidad del modelo principialista como padrón para dirimir sus conflictos. Aunque considerado pertinente para la bioética clínica, este modelo no es aplicable sin más a los dilemas en salud pública, puesto que se fundamenta en la moral de las interrelaciones médico-paciente. Se analiza la pertinencia de los principios de "solidaridad", de "responsabilidad óntica" según Jonas, y de "responsabilidad diacónica" según Lévinas, destacando la inaplicabilidad del primero y la posible adaptación de los otros dos a la salud pública. A ese respecto se discute la posibilidad de vincular la preocupación ontológica de Jonas y la trascendental de Lévinas, proponiendo un principio de protección que sería más adecuado a los propósitos de una ética de la salud pública, permitiendo identificar claramente los objetivos y

los actores implicados en una implementación de políticas públicas moralmente correctas y pragmáticamente efectivas.

ABSTRACT We propose to analyze the specificity of ethical problems in public health issues and to elucidate the applicability of principlism as a problem-solving strategy in this realm. Although well-established in clinical ethics, principlism is not an adequate model to be used in public health since it is basically intended to serve as a moral guide in the physician-patient encounter. We discuss the possible adequacy of principles like "solidarity", "ontic responsibility" (as proposed by Jonas), and "caring or diaconal responsibility" as presented by Lévinas. Solidarity appears to be insufficiently specified, whereas the other two perspectives may be adapted to public health issues by bringing together Jonas´ ontological and Lévinas´ transcendental concerns to form a principle of protection that might better serve the purposes of such an ethics. This principle would help to identify more clearly the goals and agents involved in the implementation of public policies that are expected to be both morally correct and pragmatically effective.

1 Introducción

La especificidad de los problemas morales que se presentan en salud pública plantea la siguiente pregunta: ¿acaso la bioética ha desarrollado las herramientas adecuadas para enfrentar los principales dilemas morales que se dan en programas y prácticas de salud colectiva? Allí donde estos dilemas han sido abordados, la mayoría de los autores suelen adaptar los instrumentos conceptuales de la bioética clínica, en analogía a los modelos aplicados a la relación médico/paciente, estrategia que ha sido criticada en diversas publicaciones (Lachmann, 1998; Skrabanek, 1990).

Se tiende a adaptar al contexto colectivo el modelo de los cuatro principios de "no-maleficencia", "beneficencia", "autonomía" y "justicia" (Beauchamp y Childress, 1994).

Este modelo ha sido ampliamente discutido y criticado (Clouser y Gert, 1990; Evans, 2000; Gillon, 1996; Jonsen y Toulmin, 1988; Kuczewski, 1998), y esto, sin embargo, no nos permite avanzar en el tema que aquí nos preocupa. De hecho, todas las disquisiciones han ignorado el ámbito de la moral en salud

pública y sus aspectos particulares, aun cuando se ha considerado algún problema específico como la ética de la prevención de infección por VIH, algún programa de detección y tratamiento de predisposiciones, o el "derecho a salud". Ello ha ocurrido en forma genérica, sin atender a los fundamentos y métodos capaces de analizar y validar los dilemas y las propuestas espe- cíficas al ámbito de la salud pública.

El presente texto explora una posible ética en salud pública que sea más atinente a los conflictos morales que surgen en este campo. En la primera parte se presentan las inadecuaciones del principialismo para el ámbito de la salud pública. La segunda parte aborda tres propuestas alternativas y aparentemente más adecuadas: la propuesta de una ética de solidaridad revitalizada por Callahan (1998), así como dos versiones de ética de la responsabilidad: la ética de la responsabilidad óntica de Jonas (1979) y la ética de responsabilidad diacónica de Lévinas (1974). Después de mostrar las insuficiencias de la primera, se propone utilizar elementos comunes de ambas formas de ética de responsabilidad presentadas, sugiriendo una nueva versión de ética de responsabilidad elaborada como un principio de protección, que no había sido contemplado como tal por el pensamiento bioético tradicional.

El principio de protección será aquí propuesto como el más adecuado para enfrentar los problemas morales relacionados con la salud pública, capaz de generar acuerdos entre salubristas y eticistas cuando enfrentan conflictos que no pueden dirimirse con recurso al modelo principialista.

2 Inadecuación del modelo principialista

Clásicamente se ha planteado la coexistencia de cuatro principios: beneficencia, no-malefi- cencia, autonomía y justicia, enunciados para la investigación en seres humanos (The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 1978) y bioética clínica (Beauchamp y Childress, 1994). La beneficencia presupone que todo acto médico tiene por finalidad hacer el bien y cuidar los intereses del paciente; la no-maleficencia señala que toda intervención debe evitar o reducir al mínimo los riesgos y daños para el afectado; la autonomía requiere que todos los participantes en el acto biomédico consientan informada y

voluntariamente al proyecto terapéutico o de investigación a reali- zarse; según la justicia, todos los recursos, derechos y obligaciones deben ser ecuánimemente distribuidos y respetados para cada uno.

Esta breve descripción deja en claro que estos lineamientos éticos se refieren a interacciones entre individuos, tal como se da ejemplarmente en la relación médico-paciente o en la de investigador-probando.

La incorporación de avances técnicos y científicos al campo de las ciencias de la vida y de la salud, la transición epidemiológica que afecta a todas las sociedades tanto "desarrolladas" como "en desarrollo", y asimismo la emergencia de una demanda calificada de servicios de salud, van paulatinamente acarreando nuevas cuestiones éticas también para el campo de la salud pública. Ello lleva a indagar acaso, más allá de una postura general de "un mínimo digno de cuidados de salud" supuestamente garantizado por el estado y sus instituciones políticas y jurídicas (Beauchamp y Childress, 1994; Daniels, 1985), existe de hecho la posibilidad concreta, económica y socialmente sustentable de extender la prevención y la protección contra enfermedades, así como la promoción de estilos de vida más saludables para toda la población, garantizando que una opinión pública informada y en ejercicio de sus derechos ciudadanos evalúe y controle estas instituciones y garantice los derechos comprometidos.

Salud pública y biomedicina clínica tienen cada una su propia especificidad teórica, práctica y normativa, a pesar de compartir la misma categoría genérica "salud" y tener en común una serie de preocupaciones relativas al bienestar humano desde el punto de vista de las enfermedades, su tratamiento y su eventual curación. A diferencia de la biomedicina clínica, el referente universal de la salud pública son las medidas colectivas de prevención que no necesariamente pasan por la relación interpersonal entre médico y paciente o, si se prefiere, entre prestador de servicios y usuario. Se refieren estas medidas a poblaciones humanas y a sus contextos socioambientales por un lado, y a instituciones públicas responsables por la implementación de políticas de prevención y promoción de salud por el otro. El especialista en salud pública podrá estar de acuerdo que existen *prima facie* interacciones

y aun sinergias entre el campo de la biomedicina clínica y la salud pública, rechazando por lo tanto el separarlas en "dos culturas" que se ignoran mutuamente (Coye, 1994). También en este contexto parecen insuficientes las herramientas del modelo principialista para enfrentar los dilemas que actualmente ocupan la salud pública.

La reducción de la moralidad en salud pública al ámbito de la ética biomédica clínica es criticable porque:

- Descuida la especificidad de los problemas que enfrenta la salud pública, preocupada tanto de la prevención de morbilidades en poblaciones humanas como de la promoción en salud y de la calidad del ambiente biológico, psicológico, social y cultural.
- Reduce la complejidad de las relaciones entre biomedicina clínica y salud pública, lo cual implica que no todo lo relevante en el ámbito bioético clínico lo es también desde el punto de vista de la ética en salud pública.

En políticas públicas se trabaja con riesgos y complicaciones de grandes magnitudes así como difícilmente cuantificables, razón por la cual se vuelve extremadamente difícil hacer predicciones que posibiliten orientar moralmente a través del modelo principialista los comportamientos apropiados para minimizar los efectos negativos; por ende tal modelo debe ser considerado inadecuado para enfrentar los dilemas morales en salud pública.

Los problemas éticos en salud pública no se dejan enmarcar adecuadamente en el pensamiento bioético actual inspirado en el modelo principialista y, más allá, la evaluación ética de políticas sanitarias, sobre todo de carácter preventivo, puede llevar a una especie de "tiranía sanitarista" (Becker, 1986) y a un "fanatismo preventivista" (Skrabanek, 1994), por lo cual es preciso dar con una ética específica para salud pública.

3 Propuestas alternativas para una ética en salud pública

Cabe la pregunta: ¿acaso existen otros principios como el de solidaridad o el de responsabilidad, candidatos de peso como modelo de análisis ético aplicado a salud pública?

3.1 El principio de solidaridad

La solidaridad aparece en el siglo XVIII en el pensamiento sociopolítico de Francia y es propugnado en las encíclicas sociales del período leonino y en las de Juan Pablo II. La solidaridad asume que la atomización de un colectivo hace más vulnerable a cada uno de sus miembros, por lo cual es recomendable entender este colectivo como un sólido (= solidaridad) que aúna los esfuerzos de todos para paliar infortunios, defenderse de agresiones, constituir un sistema de protección y elaborar en conjunto para la obtención de bienes comunes. Implícita en la solidaridad está la igualdad, tanto de esfuerzo realizado como de protección obtenida, y allí donde esta simetría se rompe, aparecen los abusos y las desprotecciones de los más débiles.

Callahan (1998) señala que el "principio de solidaridad" constituye uno de los principales ingredientes para poder pensar una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable. Sin embargo, el principio de solidaridad se expone a innumerables críticas, sobre todo allí donde se le utiliza para legitimar políticas de asignación de recursos, que son reconocida- mente finitos y escasos en cualquier sistema sanitario.

El principio de solidaridad aplicado a las políticas públicas es insuficiente para resolver los complejos problemas de salud por estar obligado a ser solidario con los otros en situaciones de profunda diversidad de necesidades y aunque existan discrepancias profundas de valores que quedan opacas y negadas a la argumentación.

3.2 Ética de la responsabilidad

El otro principio a considerar como posible herramienta apropiada para el análisis de cuestiones morales en salud pública es la responsabilidad. Responsabilidad viene del verbo responder y significa en ética hacerse cargo de lo realizado frente al afectado, corolario de lo cual puede ser el cuidar de otro ser humano cuando ese está amenazado en su vulnerabilidad. La ética aplicada atribuye responsabilidades a los individuos a partir del presupuesto que cada acto humano ha sido libremente elegido por un agente moral, quien siempre es responsable por sus decisiones y las consecuencias de ellas. Así como la libertad, también la responsabilidad está en

la raíz de la ética como elemento constitutivo, siendo exigible sin que sea explí- citamente formulada como un principio adicional.

A primera vista parecería que la ética de responsabilidad de Jonas (1979) se puede hacer cargo de los problemas morales en salud pública, visto que el autor pone en la base de su ética el deber de responsabilidad con la totalidad del ser, lo que llamamos de responsabilidad óntica, preservándolo de los procesos de aniquilamiento. Eso significa actuar de tal forma que los actos no sean destructivos para las futuras posibilidades de una vida digna sobre la tierra; el nuevo imperativo moral se refiere por ende más a una política pública que al comportamiento privado. Al menos tres consideraciones tornan impracticable esta propuesta:

- No es posible ignorar, en primer término, que la responsabilidad en cuanto principio moral se refiere a entes que "deben ser de carácter personal" (Ferrater-Mora, 1999:3082), no pudiendo por ende guiar actos que carecen de actores identificables, como sería el caso de las políticas de salud pública diseñadas por entidades institucionales y destinadas a una población no siempre claramente acotada. Al respecto cabe preguntar si, al requerir la responsabilidad con un genérico "ser" de la naturaleza y de futuras generaciones, Jonas busca asignar responsabilidades por todo lo que acontece en el mundo. Si así fuese, sería un tipo utópico de responsabilidad, inapropiado y poco convincente para exigir una supererogación moral difícilmente alcanzable. Alternativamente, el principio de responsabilidad podría referirse ante todo a los deberes de las élites gobernantes, conforme a una jerarquía intuitiva que asigna mayor responsabilidad a quien supuestamente tiene más saber y poder. Ello sólo sería razonable si los poderes públicos efectivamente tomaran decisiones desde el punto de vista de la justicia distributiva y de políticas compensatorias. Sin embargo, estas consideraciones se vuelven extremadamente problemáticas y nebulosas al intentar aplicarlas a colectivos y a la sociedad.
- En segundo término, Jonas enfoca la responsabilidad en situaciones de incertidumbre (como son la mayoría de las situaciones a que él se refiere: el desarrollo de las biotécnicas, el deterioro ambiental o de las condiciones de vida de futuras

generaciones), que exigen una posición de prudencia en nuestros actos y de frugalidad en las tentativas de satisfacer nuestras pretensiones, lo que a su vez es inadecuado por defecto. Una política de restricción de inversión en desarrollo tecnológico, según Jonas, implicaría consecuencias incalculables para la sociedad, comenzando por el desempleo masivo y, desde el punto de vista de la asignación de recursos en salud, una menor cobertura para los más desprotegidos. En consecuencia, este tipo de responsabilidad tampoco puede dar cuenta de acciones de salud colectiva.

- En tercer término, es razonable preguntarse cuál sería la confiabilidad de técnicas de diagnóstico y pronósticas desarrolladas en el campo de la biomedicina clínica y aplicadas en el ámbito de la salud colectiva, cada vez que se pretenda detectar vínculos causales entre actos individuales y consecuencias colectivas a fin de asignar claramente las responsabilidades involucradas. Al carecer de datos confiables para evaluar acciones sanitarias, la responsabilidad no puede funcionar como un principio moral legítimo, puesto que no contamos con datos cuantitativos y valóricos fidedignos a los cuales aplicar el análisis moral.

Por supuesto, lo anterior no pretende sugerir que las acciones públicas estén liberadas de las responsabilidades individuales de los actores sociales que actúan en nombre del bien público, bajo pena de clasificarlos como agentes irresponsables. El agente público es también un individuo que, en tanto tal, es agente moral y debe responder por los costos sociales de sus decisiones públicas. Es igualmente cierto, no obstante, que el agente público, por su status profesional otorgado colectivamente, enfrenta serias limitaciones institucionales en sus deci- siones y acciones, aun cuando ello no significa que se torne un mero ejecutor de órdenes. De cualquier forma, la cuestión de conservar e identificar una responsabilidad individual en acciones colectivas es un asunto complejo que la bioética aún no ha abordado satisfactoriamente.

Con un poco de imaginación es posible detectar una diversidad de tipos de responsabilidad, desde una por causas y efectos probabilísticamente identificables, hasta responsabilidades imputables al carácter moral del agente. Estos tipos de responsabilidad indican que un agente moral debe ser responsable por las consecuencias de sus actos ante la sociedad

y de acuerdo con normas validadas por una instancia evaluadora. En la práctica, no obstante, ello es difícil de realizar debido a las incertidumbres que afectan los cálculos probabilísticos utilizados en salud pública, como muestran prácticamente todos los estudios epidemiológicos (Skrabanek, 1992).

3.3 Responsabilidad óntica y responsabilidad diacónica

De los diversos tipos de responsabilidad reconocidos en la literatura, dos parecen ser los candidatos más fuertes para una ética en salud pública:

1 La responsabilidad óntica (o "responsabilidad para con el ser") de Hans Jonas (1979).
2 La responsabilidad diacónica (o "responsabilidad para con el otro") de Emmanuel Lévinas (1974).

Responsabilidad óntica y responsabilidad diacónica tienen características comunes: no son fruto de una solicitud explícita sino de la vulnerabilidad del sujeto que insinúa una necesidad de amparo que es ofrecido por el agente moral. Ambas son asumidas libremente o, a lo sumo, obedeciendo a un deber imperfecto o virtud relativa a un "perfeccionamiento" de la conducta moral individual, por lo cual no pueden ser consideradas deberes propiamente dichos en sociedades seculares y laicas. Finalmente, los modos de responsabilidad asumidos constituyen un compromiso general que no puede tener objetivos claramente identificados, careciendo de un programa o agenda definidos en cuanto a beneficios específicos propuestos.

¿Qué es lo que decide el agente cuando se ciñe a una de estas formas de responsabilidad? De hecho, nada específico está siendo solicitado y ninguna acción en particular es requerida, no existiendo obligación alguna que esté siendo invocada. A este respeto, Jonas indica que la situación arquetípica que lleva a asumir la responsabilidad óntica es la de los padres frente al recién nacido, y Lévinas cita como ejemplo de responsabilidad diacónica el caso del otro desamparado que me incita a asumir una responsabilidad incondicional... ¡de protegerlo! No es posible equiparar la responsabilidad presentada por Jonas con la responsabilidad del gestor de políticas públicas, so pena de redundar en una cierta dosis de paternalismo

(Goffi, 1997). En el caso de Lévinas, el análisis es más sutil, pues el otro me convoca a asumir por él una responsabilidad incondicional que sólo puede darse en una relación asimétrica y no de reciprocidad; lo cual implica que el yo se define éticamente en función del otro. Bajo esas condiciones de una relación ética individual es difícil entender cómo una responsabilidad diacónica podría trasladarse al ámbito de las políticas públicas de prevención y promoción.

Si ninguna acción concreta está indicada para este tipo de oferta libre y de responsabilidad abierta, resulta difícil exigir el cumplimiento de una responsabilidad definida. En otros términos, la responsabilidad en estos casos deja de ser una obligación de responder concretamente ante alguien por lo hecho, para tornarse un acto ético supererogatorio demasiado fuerte para ser requerido por una ética convencional. Por estas razones, parece plausible substituir el principio de responsabilidad por otro: el principio de protección que guía los actos de un modo más comprometido al mismo tiempo que viable.

3.4 La ética de protección

La ética de protección tiene sus raíces filosóficas en el propio origen del vocablo ética, cuyo sentido más arcaico es precisamente de “guarida” para animales y, por extensión, de “refugio y protección” para los seres humanos (Chantraine, 1968; Liddell y Scott, 1968).

El principio de protección está en el fundamento del estado mínimo que reconoce su obligación de cautelar la integridad física y patrimonial de sus ciudadanos a partir del siglo XVIII, siendo por ende también el fundamento moral del estado de bienestar contemporáneo. Como es sabido, la salud pública nace en el siglo XVIII con el propósito de dar protección sanitaria a la fuerza laboral. Siendo así, el principio de protección subyace, desde hace por lo menos tres siglos, a las acciones públicas, tanto políticas como sanitarias, por lo que es sorprendente que la bioética no haya explícitamente incorporado este principio en su agenda.

Entendemos por protección la actitud de dar resguardo o cobertura de necesidades esenciales, es decir, aquellas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender a

otras necesidades u otros intereses.

Para poder hablar de un principio de protección y distinguirlo de otros principios, con- viene asignarle por lo menos las siguientes características:

- Gratuidad, en el sentido de no existir un compromiso a priori de asumir actitudes protectoras;
- Vinculación, en el sentido de que una vez libremente asumida se convierte en un compromiso irrenunciable;
- Cobertura de las necesidades entendidas desde el afectado.

De lo anterior se desprende que el principio de protección no es reducible al de beneficencia o a algún tipo de paternalismo. La legitimidad moral de la beneficencia depende de la evaluación del afectado que es el único que puede decidir si un acto será para él beneficente. En el caso del paternalismo es el agente quien decide lo que es beneficioso para el afectado, en independencia o aún en contra de la opinión de dicho afectado. Por lo tanto, estos principios difieren substancialmente de lo que aquí entendemos por protección.

Tareas de la salud pública son las medidas colectivas de prevención y promoción de la salud referentes a poblaciones humanas y a sus entornos socio-ambientales por un lado, y a instituciones públicas responsables por la implementación de políticas sanitarias legítimas y eficaces, por otro. El estado debe asumir obligaciones sanitarias que implican una ética de la responsabilidad social correspondiente, que llamamos aquí de ética de protección.

La protección sanitaria puede ser vista como una propuesta de cuidar a la ciudadanía, con miras a prevenir enfermedades y fomentar un medio ambiente saludable. La protección no se confunde con el paternalismo beneficente pues, en principio, el agente protector no puede actuar sin el consentimiento de la población, debiendo proponer medidas públicas necesarias y razonables para prevenir los problemas sanitarios. Como ya señalado, el principio de responsabilidad no puede ser aplicado de forma operativa a acciones colectivas ni a políticas sanitarias por cuanto tanto los agentes como los afectados no pueden ser identificados. El principio de protección, en cam-

bio, ofrece la posibilidad de una evaluación ética de acciones destinadas a cubrir necesidades sanitarias impostergables, efectivamente sentidas por la población.

La introducción del principio de protección para la evaluación moral de políticas públicas en salud colectiva será por ende bajo las siguientes condiciones concretas:

- Corresponde considerar la protección cada vez que determinados objetivos sanitarios son públicamente aceptados como mandatorios por estimarse indispensables.
- La aceptación de programas de salud pública implica la certeza –o la alta probabilidad– de que las medidas propuestas sean necesarias y suficientemente razonables para prevenir los problemas sanitarios abordados.
- Una vez aceptado como pertinente, el principio de protección puede cumplir su rol cabalmente, ya no pudiendo ser desestimado por razones secundarias, en vista que existe una necesidad social de ejercer la protección a través de las acciones programadas; vale decir, los eventuales efectos negativos no invalidan el programa.

Las políticas de protección de salud pública aparecen como propuestas frente a necesidades sanitarias colectivas. Una vez aceptadas, se vuelven obligatorias y permiten que el cumplimiento de las medidas de resguardo valide ejercer un legítimo poder de disciplina y autoridad para que sean efectivas. También se justifica someter la autonomía individual a los requerimientos del bienestar colectivo, en principio sin contemplar excepciones. La legitimidad de las acciones sanitarias y la inevitable restricción de la autonomía individual constituyen características de los actos protectores; la protección adquiere así una forma de poder sui generis, avalado por el principio de responsabilidad y caracterizado, como señalado, por la postergación de obligaciones frente a los individuos. Es decir, la justicia sanitaria prevalece sobre la autonomía individual.

Validada y aceptada la eficacia de un programa sanitario, es razonable suponer que el principio de protección, a diferencia del tradicional principio de responsabilidad, no implica en cada caso concreto exigencias y legitimaciones adicionales acerca de resultados esperados, riesgos, complicaciones o falencias, ya que todo ha sido previsto y explicado en el mo-

mento de la planificación, presentación y aceptación del programa. En caso de no ser aceptable, el programa ha de ser revisado y renegociado, siempre bajo la premisa que los requerimientos individuales deben ceder ante las necesidades sanitarias del bien común.

4 Conclusiones

Lo específico de la reflexión en salud pública es que tanto agentes como destinatarios no son individuos sino instituciones y colectivos.

Las autoridades sanitarias deben asumir algún nivel razonable y efectivo de resguardo, de servicios para el cuidado de la salud, de prevención de epidemias y de otros importantes programas de salud colectiva, incluyendo la promoción. Así y todo, estas tareas significan someterse a alguna forma de cobro o exigencia por los resultados obtenidos.

Rescatan do los contenidos morales del principio de responsabilidad, la protección es una versión actualizada de lo anterior pues recupera el sentido de responder voluntariamente a las necesidades de los otros y también se preocupa de la eficacia y de la efectividad de las medidas de protección sanitaria adoptadas.

Como sugiere el presente trabajo, la evaluación puede mejor realizarse a partir de un principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una potestad legítima de intervención, autorizada para exigir a la autonomía personal que se ajuste al bien común.

La ética de protección debe ser entendida como un compromiso práctico, sometido a alguna forma de exigencia social, con lo cual la protección se vuelve un principio moral irrevocable, puesto que agentes, afectados, tareas y consecuencias deben ser definidos.

No quedan de este modo resueltas las dificultades éticas en salud pública, pero al menos se intenta esclarecer algunos conflictos teóricos y prácticos que se han dado, en particular, por la confusión conceptual entre el nivel privado y el público en el análisis de sus problemas morales. Esta confusión ocurre cuando, en forma acrítica, se extrapola el modelo princi-

pialista del ámbito interpersonal al colectivo.

Es muy probable que algunos problemas y dilemas morales en salud pública, aparentemente insolubles en la configuración actual de las éticas aplicadas, lo sean no únicamente por su supuesta complejidad intrínseca sino ante todo por las inadecuadas herramientas conceptuales empleadas. Intentamos aquí mostrar las insuficiencias del modelo canónico del principialismo cuando se traslada del plano de las relaciones interpersonales al nivel de análisis institucional, así como la imprecisión del principio de responsabilidad cuando los agentes y los destinatarios no son claramente identificables. La protección completa y especifica la responsabilidad, y en ese sentido sugerimos introducir el principio de protección, que consideramos más apropiado para integrar responsabilidad moral y efectividad pragmática, respetando ya sea la pluralidad de necesidades y valores de las sociedades actuales como alguna forma justa y razonable de propiciar bienes sanitarios.

Bibliografía

Beauchamp, TL., Childress, J. F. (1994) *Principles of biomedical ethics*, Oxford, Oxford University Press, 4 edc.

Becker, MH. (1986) "The tiranny of health promotion", *Public Health Review*, No. 14, 15-25.

Callahan, D. (1998) *False hopes. Why America's quest for perfect health Is a recipe for failure*, New York, Simon& Schuster.

Chantraine, YP. (1968) *Dictionnaire éthymologique de la langue grecque*, Paris, Kliencksieck.

Clouser, KD., Gert, B. (1990) "A critique of principlism", *Journal of Medicine and philosophy*, No. 15, 219-236.

Coye, MJ., (1994) *Lead ership in public health*, New York, Millbank Memorial Foundation.

Daniels, N. (1985) *Just health care*, Cambridge, Cambridge University Press.

Evans, JH. (2000) "A sociological account of the growth of principlism", *Hastings Center Report*, No. 30, 31-38.

Ferrater Mora, J. (1999) *Diccionario de filosofía*, Barcelona, Ariel.

Gillon, R. (1996) *Principles of health care ethics*, Chichester, John Wiley.

Goffi, JY. (1997) "Jonas Hans", *Dictionnaire d'éthique et de*

philosophie morale, M. Canto-Sperber (edición), Paris, Presses Universitaires de France, 763-765.

Jonas, H. (1979) *Das prinzip verantwortung. Versuch einer ethik für die technologische zivilisation*, Frankfurt am Main, Insel Verlag.

Jonsen, AR., Toulmin, S. (1988) *The abuse of casuistry. A history of moral reasoning*, Los Angeles, University of California Press.

Kuczewski, M. (1998) "Casuistry and principlism: The convergence of methods in biomedical ethics", *Theoretical medicine and bioethics*, No. 19, 509-524.

Lachmann, PJ. (1998) "Public health and bioethics", *Journal of Medicine and philosophy*, No. 23, 297-302.

Lévinas, E. (1974) Autrem ent qu'etre ou au-delà de l'essence, La Haya, Nijhoff.

Liddell, HG., Scott, R. (1968) *A Greek-english lexicon*, Oxford, Clarendon Press.

The National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research (1978) *The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*, Washington, US. Government Printing Office.

Skrabanek, P. (1994) The Death of humane medicine and the rise of coercitive healthism, London, The Social affairs unit.

- (1992) "The poverty of epidemiology", *Perspectives in Biolog y and medicine*, No. 35, 182-185.
- (1990) "Why is preventive medicine exempted from ethical constraints", *Journal of Medical ethics*, No. 16, 187-190.

Principios para una bioética social

Principles of social bioethics

DEMANDADO 30-4-2020 **REVISADO** 16-6-2020 **ACEPTADO** 7-7-2020

Francisco Javier León Correa
Bioeticista
Director del Centro de Bioética de la Universidad Central de Chile

Palabras claves
Bioética social, ética clínica, comités de ética de investigación
Key Words
Social bioethics, clinical ethics, research ethics committees

RESUMEN Se intenta fundamentar la necesidad de ampliar el campo de visión de la bioética en Latinoamérica, desde la ética clínica a una bioética social, que aborde los dilemas éticos institucionales, de la salud pública, políticas y reformas de los sistemas de salud, y legislación. Para ello, es necesario dar contenido a los principios de la bioética, y complementar con la visión de la ética del cuidado, del personalismo y el comunitarismo, la interpretación más estricta del principialismo basada en la ética dialógica. La propuesta es triple. Por una parte, incorporar al debate académico en bioética estos aspectos de su dimensión institucional, con la ética de las organizaciones de salud, y social. Por otra, desarrollar el sistema de la bioética de principios, con principios complementarios que puedan ser utilizados en las resoluciones de casos y toma de decisiones, de forma que incorporen también los aspectos personales, institucionales y sociales. En tercer lugar, emplear los medios que

ya están explicitados en las legislaciones de muchos de los países y que forman parte de los objetivos de promover la ética institucional y social, propuestos para los Comités asistenciales de ética, los Comités de ética de investigación, y las Comisiones nacionales de bioética

ABSTRACT An attempt is made to back up the need to extend the scope of Bioethics in Latin America, from clinical ethics to social bioethics, comprising the institutional ethical dilemmas, as well as those of public health, policies, and reforms of health systems, and legislation. For this purpose, it is necessary to make concrete the principles of bioethics, and supplement them with the perspective of the ethics of care, personalism, and communitarianism, the strictest interpretation of principialism based upon dialogic ethics. The proposal is three-fold. First, incorporate these social dimension aspects in the academic debate of Bioethics. Second, develop a Bioethics system of principles, with supplementary principles that may be used in resolving cases and in decision-making processes, so that they can also incorporate the personal, institutional, and social aspects. Third, use the means clearly stated in the legal regulations of many countries, which are part of the goals of promoting institutional and social ethics, proposed for the Ethics Assistance Committees, Research Ethics Committees, and National Bioethics Commissions.

1 Introducción

En estos últimos años ha habido un desarrollo importante de la bioética en Latinoamérica. Necesitamos entender mejor los retos actuales que enfrenta y cuáles pueden ser las líneas que nos van a exigir una mayor dedicación en el futuro (León, 2005a, 19-26 y Anjos et al., 2007), dentro de la situación general de América Latina (León, 2005b: 145152). Estamos en los comienzos de la difusión y aplicación de la bioética clínica, en el ámbito académico y en el clínico, con el desarrollo legislativo de los derechos y deberes de los usuarios del sistema de salud y la institucionalización de los Comités de ética en los hospitales. Pero no podemos quedarnos sólo en esto, es necesario ampliar la bioética clínica a la Atención primaria de salud y, también desde los comités, desarrollar y promover la bioética institucional y social.

Objetivo de las actuales instituciones de salud es vigilar y

promover el compromiso de respeto a los derechos de los pacientes (Ministerio de Salud, Chile, 2007), y esto puede ser tarea de los Comités de ética asistencial en los hospitales, y de los comités de ética que puedan crearse en los Centros de salud. Pero muchos de los problemas ético-clínicos, no provienen directamente de la relación profesional de la salud-paciente, sino de otros dos factores importantes: los problemas institucionales, y los problemas éticos planteados por las políticas y sistemas de salud.

Para ello, es necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una que hemos denominado social, porque debe afrontar tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde la ética social de las políticas públicas de salud y de la evolución del propio sistema de salud, así como de las relaciones y adecuación entre el sistema y las exigencias y necesidades de la sociedad. Esto se puede lograr dando contenido a los principios de la bioética y buscando una fundamentación (Garrafa et al., 2006 y León, 2008a). No basta con una aplicación superficial de los cuatro principios clásicos, para asegurar en nuestros países el respeto a los derechos o la mejora de la situación vulnerable de gran parte de la población (Schramm et al., 2005). Esta puede ser una de las herramientas para que desde los Comités asistenciales de ética, los Comités de ética de investigación y desde las Comisiones nacionales de bioética, donde existan y funcionen, se aborden también los aspectos de ética institucional y social (León, 2008b).

2 La recepcIón de la bioétIca clínica norteamericana

En los años 80 y comienzos de los 90 comenzaba a enseñarse esta nueva disciplina, la bioética, en algunas universidades de Latinoamérica, después de su andadura inicial en el ámbito norteamericano.

Tenía unas características propias:

A La interdisciplinariedad: el diálogo entre las ciencias empíricas y las humanísticas.
B El debate ético en una sociedad plural, basado en la tolerancia.
C La elaboración de una teoría de fundamentación apoyada

en unos principios claros y concretos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia.

D La aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico, con dos aspectos prácticos importantes:

a Una metodología de análisis de casos clínicos que ayudaba efectivamente a los profesionales de la salud a la hora de resolver conflictos dilemas éticos en un mundo cada vez más conflictivo, de cambio de rol profesional y social, y de cambio de modelo de relación médico-paciente.

b La creación de comités de ética asistencial o ética clínica, en el interior de los hospitales, que han difundido el interés por la bioética, su enseñanza, y son hoy día un instrumento "institucionalizado" al servicio de la calidad de atención en salud y de la humanización de la relación clínica, aún con todos los problemas que su puesta en marcha y sus actividades llevan consigo dentro de sistemas de salud bastante burocráticos, rígidos y, en cierto modo, todavía autoritarios.

Estas características explican la gran difusión de la bioética en el ámbito clínico y su efectividad. Como ejemplo, tenemos la multiplicación de los Centros de bioética, ligados en su mayor parte al ámbito académico de la enseñanza universitaria, curso y congresos, asociaciones, publicaciones también en castellano etc. Ha sido sobre todo un desarrollo de la bioética clínica.

3 La difusión de la bioética institucional y social

El propio desarrollo de la bioética global de Potter (cfr. Acosta, 2002), el desarrollo de la ética institucional y empresarial aplicada a las instituciones de salud (Simón, 2005 y García Marzá, 2005), las propuestas de las éticas del desarrollo (Martínez Navarro, 2000; Goulet, 1999; Cortina, 2006 y Conill, 2006) y de la interculturalidad (Salas, 2003 y Lolas et al., 2007) y la necesidad de legislar y los debates sociales y en los medios de comunicación, han llevado a un reciente desarrollo de la bioética como una ética institucional, social y política (León, 2005a y Parenti, 2002: 171-184), con estudios también en España y Latinoamérica sobre justicia e igualdad en salud (Pessini et al, 2007), ética de las instituciones de salud (Simón, 2005 y García Marzá, 2005), y bioética en salud públi-

ca (Kottow, 2005; Roland et al., 2001: 949-956; Marques, 2005; Fortes et al, 2003 y Segre, 2006), que van más allá de la bioética general y clínica.

Es un campo importante de promoción de los derechos humanos fundamentales –especialmente el derecho a la vida y a la salud– y de análisis de las consecuencias prácticas de la justicia en nuestras sociedades. Muchos problemas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales que están en la base de muchas quejas de los usuarios de nuestros hospitales (Superintendencia de Salud, Chile, 2007; Chomalí et al., 2006 e Infante, 2006).

Es necesario pasar de una ética clínica a una bioética institucional y social, donde analicemos también la ética de la gerencia de las instituciones de salud, de la distribución de recursos, de las condiciones laborales de los profesionales de la salud, de las políticas de 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.

4 Propuesta de desarrollo de la bioética como instrumento del debate ético-social y político

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

Como paso previo para esto, debemos definir bien algunas nociones previas al diálogo, que tienen especial importancia en el ámbito de Latinoamérica (Cortina, 1993):

1 El debate en bioética debe ser plural, tolerante, sin “fundamentalismos” por un lado, y sin imponer un laicismo militante por el otro. No caben los “despotismos ilustrados” de ningún signo, y por lo tanto, deberemos exigir siempre la presentación pública de las razones, dar razones de cada una de las posiciones respetables o tolerables, o demos-

trar por otro lado por qué determinadas posiciones no deben ser toleradas o respetadas en nuestras sociedades democráticas, por traspasar los límites de nuestra ética de mínimos ciudadana consensuada entre todos.

Es preciso después abrir espacios de diálogo. Existen ya algunos espacios de debate que pueden resultar enriquece- dores: los comités asistenciales de ética en los hospitales o centros de atención primaria, y las Comisiones nacionales en aquellos países que las han implementado, y no sólo las dedicadas a ética de la investigación biomédica.

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

A la vez, es preciso analizar los valores propios de cada país, y los valores que debe aportar la justicia social en el ámbito de la salud: conocer previamente la realidad del acceso al sistema de salud, las desigualdades económicas, sociales, étnicas etc., nos ayudará a tener presentes las metas de justicia social antes de estudiar las posibles soluciones.

Es necesario, por ejemplo, realizar un análisis detenido de los problemas éticos que pueden suscitar en cada país las reformas de la salud que se están implementando (Lolas, 1999).

3 Debemos estudiar y proponer un nuevo modelo de relación médico-paciente, o profesional de la salud y persona atendida en salud, o prestador de servicios en salud y usuario. No cabe una aceptación acrítica de modelos externos, y tampoco una especie de indiferencia o abstención ante la evolución rápida que están teniendo nuestra sociedad en este punto, desde un paternalismo a formas de un contractualismo más o menos individualista, o esquemas neoliberales poco concordes con la experiencia clínica de nuestros países.

Es necesario, en definitiva, analizar qué modelo queremos para cada uno de nuestros países:

– Cómo incorporar plenamente la teoría y la práctica del consentimiento informado, que tenga en cuenta el papel de la autonomía individual;
– Cómo proporcionar la mejor información al paciente, una información que necesariamente en nuestros países será también parte de la educación en salud, y por tanto deberá unir su carácter instructivo con un delicado respeto por la objetividad y los valores del propio paciente.
– Cómo establecer una buena relación de ayuda, no sólo a nivel individual entre el profesional de la salud y el paciente, sino también comunitaria, con la familia y la comunidad social.

4 Finalmente, en la asimilación de los contenidos de la bioética norteamericana y europea, deberemos jerarquizar los principios bioéticos, sin reducciones fáciles y superficiales. Puede ayudar para ello la propuesta realizada hace ya algunos años por Diego Gracia de establecer un primer nivel, con los principios de justicia y no maleficencia; y un segundo nivel –importante, pero segundo– con los principios de autonomía y beneficencia (Gracia, 1999). Que ocupen estos últimos el segundo puesto no quiere decir que sean secundarios y prescindibles, pero sí que debe tenerse en cuenta la posición primordial en el debate bioético de la no maleficencia y de la justicia. Y pienso también que quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente– de justicia aporta al análisis bioético, y en los cambios de perspectiva que nos aporta también la consideración de principio de beneficencia no solamente como la complementación del de no maleficencia, sino como un deber responsable de solidaridad y cualificación de los cuidados del profesional de la salud.

5 La aportación desde la ética de los bienes básicos y el personalismo

En este sentido, pienso que aportan mucho también al debate los estudios que profundizan en la ética personalista, del cuidado y de la solidaridad (Torralba, 2002 y De Velasco, 2003). Pienso que se debe complementar la ética del discurso con la ética de los bienes básicos, y con la visión antropológi-

ca y ética del personalismo filosófico. No deben ser mundos separados, sino visiones complementarias, y desde luego, deben estar presentes en el diálogo bioético plural, desde el respeto mutuo.

La llamada "nueva escuela de derecho natural" parte de la fundamentación de los derechos de las personas en los que John Finnis llama "basic values" o valores básicos, que se refieren a aspectos fundamentales del bienestar humano. Estos bienes humanos básicos son, para Finnis, "aquellas formas básicas de realización humana plena como bienes que se han de perseguir y realizar" (cfr. Saldaña, 2005: 51-54). Son aprehendidos y orientados por la razón práctica y se explican como bienes que perfeccionan al hombre y lo conservan unido en sociedad salvaguardando su dignidad. No son básicos para su existencia, sino para su subsistencia y perfeccionamiento personal y social. En este mismo sentido escribe Gómez-Lobo sobre los que llama "bienes humanos básicos" (Gómez-Lobo, 2006) y los analiza como complementarios de la racionalidad práctica, aplicándolos en el ámbito de la vida humana y la bioética. Estos bienes humanos básicos forman el primer nivel de referencia, para analizar las decisiones antes de la aplicación de los principios "prima facie".

El respeto a la dimensión biológica del hombre –en el personalismo (Chalmeta, 2007: 15-26)– está unida esencialmente a su primer principio de la "afirmación de la persona por sí misma, como sujeto y objeto del amor" (Wojtyla, 1997), más allá de no utilizarla como un simple medio. Y esto se aplica a toda vida humana, que siempre debe ser tenida en cuenta en el diálogo bioético entre equipo médico y pacientes, gerentes de hospitales y usuarios, legisladores y ciudadanos, tanto en su condición de "interlocutor válido", como en la de "presente-ausente", cuando está en condiciones más vulnerables, con mayor fragilidad, sin poder ejercer su autonomía, y especialmente cuando está en juego el bien personal básico de la vida.

Esta es la aportación clave que, desde el personalismo, se hace al debate bioético: poner en el centro de la discusión un "cable a tierra", centrar todo en la persona concreta, del médico o del profesional de la salud, del paciente y del usuario. No son sólo decisiones clínicas de profesionales altamen-

te cualificados, o análisis de sistemas organizativos o políticas de salud, o deliberación sobre la relación entre los principios éticos básicos. Todo esto nos interesa, y mucho, porque afecta a las personas concretas, a cada uno de nosotros, a través del modelo de salud elegido, de la formación de nuestros profesionales, de las leyes que se votan en el parlamento sobre bioética, etc.

Por eso, debemos tenerlo en cuenta también a la hora de elaborar modelos de toma de decisiones y de aplicar los principios éticos que propone a la bioética. Y también quizás no hemos profundizado aún lo suficiente en las exigencias que el principio ético –no jurídico solamente– de justicia aporta al análisis bioético.

> Si la cuestión primera era la de los derechos de los pacientes frente al paternalismo ético de la vieja tradición hipocrática y frente a la invasión tecnológica, una ganancia que no se debe arruinar, la de ahora se centra en la denuncia de que el derecho a la salud es una prerrogativa de unos pocos, frente al abandono y la vulnerabilidad que sufre la mayoría. El hecho es que la justicia –como redistribución y reconocimiento– se nos aparece como la condición de posibilidad de la autonomía (Guerra, 2004: 15-33),

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

6 Propuesta de desarrollo del modelo de los principios en una bioética institucional y social

Ricardo Maliandi ha propuesto recientemente desde Argentina un desarrollo de los principios éticos en el área de la biotecnología, donde la no maleficencia y beneficencia serían el principio de precaución en la exploración genética; el de justicia, la no discriminación genética; y la autonomía, el principio de respeto por la diversidad genética (Maliandi, 2006). Pienso que es necesario desarrollar los principios secundarios o intermedios que necesitamos para delimitar y concretar en la práctica los grandes principios generales: ¿Qué es la justicia en un caso ético-clínico concreto? Puede ser respeto a un derecho, puede ser protección de un paciente vulnerable,

puede ser no discriminar de modo injusto los recursos en una decisión de limitación de tratamientos.

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

6.1 Principios de bioética clínica, institucional y social

Se realiza una propuesta inicial en el cuadro 1.

Cuadro 1. Sistema de principios en bioética

Principios de bioética clínica, institucional y social		
Bioética clínica (médico-paciente)	Bioética institucional (institución)	Bioética social (Ministerio Salud-sociedad)
No maleficiencia		
Deber de no abandono	No abandono institucional	No abandono social
Precaución	Precaución: sistemas	Prevención salud
Responsabilidad prof.	Responsabilidad institucional	Responsabilidad política
Responsabilidad familiar		
Justicia		
Respeto derechos	Respeto derechos	Promoción derechos
Equidad: no discriminación	Equidad acceso atención	Priorización salud
Equidad reparto recursos	Equidad en recursos	Seguimiento inequidades
Protección más débil	Protección población	Discriminación positiva
Eficiencia profes.	Eficiencia institucional	Control, acreditación

Continuidad-atención	Sostenibilidad	Sostenibilidad sistema
	Autonomía	
Respeto autonomía	Participación pacientes	Control social salud
Promover competencia	Participación familiar	Participación comunidad
Promover libertad	Educación en salud	Prevención/educación
Confidencialidad	Custodia información	Asegurar confidelidad
	Beneficiencia	
Calidad vida: fin clínica	Calidad asistencial	Calidad sistema
Excelencia profesional	Excelencia institucional	Acreditación
Humanización cuidado	Plan humanización institucional	Acreditación
Solidaridad: compasión	Solidaridad institucional	Subsidiariedad
Ética del cuidado		

Fuente: Elaboración propia

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

- Deber de no abandono del paciente o sujeto de investigación.
- Principio de precaución, que nos ayuda a evitar cualquier mala praxis, a nivel del equipo clínico y de la institución.
- Principio de responsabilidad ante las consecuencias de las decisiones ético-clínicas, o de toma de medidas en una institución o en salud pública.

Pero también existe el abandono, no sólo por parte del equipo profesional de salud, sino de la familia y la comunidad: están los deberes de responsabilidad familiar (no abandono familiar del paciente), y responsabilidad comunitaria (no abandono institucional y social).

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

- Principio del respeto a los derechos o a la legalidad vigente; ver en el paciente o usuario también un sujeto de derechos legítimos, y claridad en los derechos y deberes mu-

tuos de los profesionales de la salud y los pacientes y entre ellos y el sistema.

– Principio de equidad, que es distribuir las cargas y beneficios equitativamente, más que mero equilibrio entre costes/beneficios o recursos/servicios prestados. Primero consiste en no realizar discriminaciones injustas (caben las discriminaciones justas por motivos clínicos, de urgencia, en catástrofes etc.) y segundo en la igualdad en las posibilidades de acceso y en la distribución de los recursos de la salud, al menos dentro del mínimo ético exigible en cada situación concreta.
– Más allá de esto, el principio de protección, para conseguir efectivamente un nivel adecuado de justicia con los más vulnerables o ya vulnerados, en la atención de salud o en la investigación biomédica (Schramm et al, 2005 y Roland et al, 2001: 949-956).
– También pertenece a la justicia el deber de eficiencia a nivel profesional, institucional o del propio sistema de salud. Es "la relación entre los servicios prestados y los recursos empleados para su realización... es una exigencia moral puesto que todos estamos obligados a optimizar los recursos –que son limitados– sacando de ellos el mayor beneficio posible" (García Marzá, 2005). Es exigible la eficiencia a los profesionales que trabajan en el sistema de salud, a las instituciones privadas o públicas que están dentro de una medicina gestio- nada que debe necesariamente racionalizar el gasto. Aquí es primordial poner el fin de la salud –propio del profesional y del sistema– por encima del fin económico, importante pero secundario.
– Es de justicia finalmente asegurar la continuidad de la atención, tanto entre Centros de salud y hospitales, como del médico tratante, en lo posible. A nivel institucional, es un deber asegurar la sostenibilidad del sistema y la continuidad de la atención al usuario. Y es un deber de justicia prioritario para el sistema de salud asegurar la sostenibilidad de las prestaciones que se ofrecen a los ciudadanos.

En cuanto a la autonomía, no es solamente el respeto por las decisiones libres, voluntarias e informadas del paciente, a través del proceso del consentimiento informado. Existe también más allá el deber ético de los profesionales de promover la competencia, y de ayudar –sin paternalismos– a que el

paciente pueda ejercer una libertad responsable.

Más allá de la subrogación de la autonomía desde el punto de vista legal –muchas veces confundido con el ético– en los casos de falta de competencia momentánea o definitiva, está buscar al representante mejor de los intereses del paciente, y el papel de la familia en nuestra cultura. No se trata de una autonomía individualista, en muchos casos, sino del individuo en el ámbito familiar, y a veces comunitario, más amplio. Coexisten en nuestros países de hecho dos modelos, el de la salud privada y el de la salud pública. Pero no podemos mantener la idea de que la privada sería el ámbito del paciente que desea ser autónomo, mientras la pública queda –de hecho, no en los teóricos derechos– como el ámbito de la beneficencia y la justicia. Este planteamiento sería radicalmente injusto.

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

Por último, el principio de beneficencia, que es hoy en día mucho más que hacer al paciente el mayor bien posible según su propia escala de valores (Tauber, 2005).

En primer lugar, la beneficencia supone atender el bien de la calidad de vida del paciente como fin propio de la medicina: no solamente curar, sino cuidar y dar la mejor calidad de vida posible. Calidad de vida se entiende así como un bien del paciente, y no sólo como un instrumento o principio instrumental para medir la proporcionalidad de un determinado tratamiento.

Se entiende que el paciente desea una atención de calidad y excelencia, y éstas son valores que deben incorporar los equipos y profesionales de la salud. La calidad de la atención conlleva varios aspectos: excelencia en cuanto a obtener los mejores resultados, valor en cuanto al precio de los servicios ofrecidos, ajuste a unas determinadas especificaciones o

estándares, y satisfacción de las expectativas de los usuarios (García Marzá, 2005). Esto se puede conseguir mediante los compromisos explícitos de las instituciones a través de las Cartas de servicios, por ejemplo, y mediante los procesos de acreditación institucionales de las instituciones de salud.

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

El médico está ligado al paciente por un contrato profesional, y en el marco de una institución. Es, por tanto, el médico un agente que interviene en lo que denominamos con Paul Ricoeur el tercer nivel de la intención ética, el de la justicia. Pero a la vez, debe establecer relaciones personalizadas con los pacientes que atiende, y por eso su actuación se mueve en el segundo nivel ético del "con y para los otros" (Ricoeur, 1990). No puede ignorar la justicia, pero debe actuar con beneficencia, desde una ética de las virtudes que ayude al otro a conseguir una vida lograda, en la mayor medida posible (León, 2006). Y aquí son básicos los postulados de la ética del cuidado (Torralba, 2002 y 1998), que acerca la decisión al paciente concreto, con atención a lo singular, circunstancial, y no sólo al universalismo racional de los principios.

También es imprescindible el principio de solidaridad, más allá de la justicia, tanto a nivel social como individual (De Velasco, 2003). Una sociedad puede implementar un sistema que generalice la asistencia en salud a todos, con prestaciones de alta calidad si lo permite el desarrollo económico, pero podría ser calificado como deshumanizado, distante, no acogedor, por parte de los usuarios, y puede dar lugar a un aumento de las quejas o a una mala percepción de la atención recibida. Mientras que por el contrario, un sistema con menos recursos –económicos y humanos– como el sector de salud público chileno, ve de hecho compensadas sus deficiencias actuales por una solidaridad beneficente desde la propia sociedad o los individuos. Pero existe también un deber ético de solidaridad por parte de todas las instituciones públicas a todos los niveles, que para el estado se convierte en deber de subsidiariedad allí donde no llegue la iniciativa particular de

los ciudadanos.

Bibliografía

Acosta, JR. (2002) *Bioética para la sustentabilidad*, La Habana, Centro Félix Varela.

Anjos MF., Siqueira JE. (organizadores) (2007) *Bioética no Brasil. Tendências e perspectivas*, São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, Idéias e Letras.

Chalmeta, G. (2007) "La dimensión biológica del hombre en el personalismo ético", *Medicina y ética*, México, No. 18, 15-26.

Chomalí, M., Mañalich. J. (2006) *La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las institucio- nes de salud*, Santiago de Chile, Mediterráneo.

Conill, J. (2006) *Horizontes de economía ética. Aristóteles, Adam Smith, Amartya Sen*, Madrid, Tecnos.

Cortina, A. (2006) *Ética para el desarrollo: un camino hacia la paz*, Madrid, Sistema.

Cortina, A. (1993) *Ética aplicada y democracia radical*, Madrid, Tecnos.

De Velasco, JM. (2003) *La Bioética y el principio de solidaridad*, Bilbao, Universidad de Deusto.

Fortes, PAC., Zoboli, ELCP. (organizadores) (2003) *Bioética e saúde pública*, São Paulo, Centro Universitário São Camilo/Loyola.

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

Garrafa V., Kottow M., Saada A. (organizadores) (2006) *Bases conceituais da bioética. Enfoque latino-americano*, São Paulo, Gaia.

Gómez-Lobo, A. (2006) *Los bienes humanos. Ética de la ley natural*, Santiago de Chile, Mediterráneo.

Goulet, D. (1999) *Ética del desarrollo. Guía teórica y práctica*, Madrid, Iepala.

Gracia, D. (1999) "Prólogo". Principios de ética biomédica, T. Beauchamp, JF. Childress, Barcelona, Masson.

Guerra, MJ. (2004) "Hacia una Bioética global: la hora de la justicia. A vueltas con la desigualdad humana y la diversidad cultural", *Bioética: la cuestión de la dignidad*, L. Feito

(editor), Madrid, Universidad de Comillas, 15-33.

Infante, C. (2006) *Quejas médicas. La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*, México, Editores de Textos Mexicanos.

Kottow, M. (2005) *Bioética en salud pública, Santiago de Chile, Puerto de Pablos.*

León, FJ. (2008a) "De los principios de la Bioética clínica a una Bioética social para Chile", *Revista Médica de Chile*, 136(8).

- (coordinador) (2008b) *Comisiones nacionales de bioética. Libro de Actas VIII Jornada nacional de bioética*, Santiago, Sociedad Chilena de Bioética.
- (2006) *Autonomía y beneficencia en ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva*, Montevideo, Biomedicina.
- (2005a) "Por una Bioética social para Latinoamérica", *Agora Philosophica*, 11(1), 19-26.
- (2005b) "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 (editor), Santiago de Chile, Pan American Health Organization, 145-152.

Lolas, F. (1999) "La Bioética y los sistemas sanitarios en América Latina y el Caribe", *III Congreso nacional, latinoamericano y del caribe de bioética*, México, Comisión Nacional de Bioética y Academia Nacional Mexicana de Bioética.

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

Maliandi, R. (2006) *Ética: dilemas y convergencias*, Buenos Aires, Biblos.

Marques, MB. (2005) *Saúde pública, ética e mercado no entreato de dois séculos*, São Paulo, Brasiliense.

Martínez Navarro, E. (2000) *Ética para el desarrollo de los pueblos*, Madrid, Trotta.

Ministerio de Salud, Chile (2007) *Estándares generales para prestadores institucionales de atención abierta. Respeto a la dignidad del paciente*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.

Parenti, F. (2002) "Bioética y biopolítica en América Latina", *Bioética para la sustentabilidad,* JR. Acosta, La Habana, Centro Félix Varela, 171-184.

Pessini L., Barchifontaine CP. (organizadores) (2007) *Bioética na Ibero-América. História e perspectivas*, São Paulo, Cen-

tro Universitário São Camilo: Loyola.
Ricoeur, P. (1990) *Soi Même Comme un Autre*, París, Editions du Seuil.
Roland, F., Kottow, M. (2001) "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cadernos de Saude pública*, 17(4), 949-56.
Salas, R. (2003) *Ética intercultural. Ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos*, Santiago de Chile, Ediciones UCSH.
Saldaña, J. (2005) "El derecho a la vida. La defensa de Tomás de Aquino y de John Finnis", Direito Fundamental a Vida, IG. Silva (editor), São Paulo, Quartier Latin, 51-54.
Schramm RF., Rego S., Braz M., Palácios M. (organizadores) (2005) *Bioética, riscos e proteção*, Rio de Janeiro, Fiocruz.
Segre, MA. (2006) *Questão ética e a saúde humana*, São Paulo, Atheneu.
Simón P. (editor) (2005) *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, Madrid, Triacastela.
Superintendencia de Salud, Chile (2007) *Estudio de satisfacción de usuarios*, Santiago de Chile, Ministerio de Salud.
Tauber, A. (2005) *Patient autonomy and the ethics of responsibility*, Massachusetts, MIT Press.
Torralba, F. (2002) *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problema*s, Madrid, Institut Borja de Bioética y Fundación Mapfre Medicina.
- (1998) *Antropología del cuidar. Instituto Borja de Bioética*, Madrid, Fundación Mapfre Medicina.
Wojtyla, K. (1997) *Mi visión del hombre. Hacia una nueva ética*, Madrid, Palabra.

MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL
BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

Teoría de bioética-social

Bioethics-social theory

DEMANDADO 24-10-2019 **REVISADO** 29-11-2019 **ACEPTADO** 18-12-2019

Miguel-Héctor Fernández-Carrión
Historiador, bioeticista
Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, España-México

Palabras claves
Bioética, historia de la bioética en América Latina, bioética-social
Key Words
Bioethics, history of bioethics in Latin America, bioethics-social
Bioethics, history of bioethics in Latin America, bioethics-social

RESUMEN En América Latina la bioética –según José Alberto y José Luis Mainetti- se ha desarrollado, en el último tercio del siglo XX, a lo largo de tres etapas: recepción, asimilación y recreación y ha culminado en una cuarta –según FC-, que ha tenido lugar a lo lardo del primer tercio del siglo XXI, en la que se ha presentado una nueva teoría de bioética, propia del subcontinente latinoamericano, que se ha venido a denominar "bioética-social", y que conforma la tercera tendencia de aplicación bioética en el mundo, siguiendo en su desarrollo a la principialista norteamericana, ideada por Beauchamp y Childress, en *Principles of Biomedical Ethics (Principios de ética biomédica,* 1979) y la teoría personalista europea propuesta por Paul Schotsmans en "Personalism and pólices" (1999). La teoría de bioética-social se caracteriza por tener una visión humanitaria, contar con una intencionalidad social, y haber sido aplicada fundamentalmente en América Latina, diferenciándose de las

otras dos emplean mayoritariamente en gran parte del resto del mundo.

ABSTRACT In Latin America, bioethics –according to José Alberto and José Luis Mainetti- has developed, in the last third of the 20th century, along three stages: reception, assimilation and recreation and has culminated in a fourth –according to FC-, which has taken place throughout the first third of the 21st century, in which a new theory of bioethics has been presented, typical of the Latin American subcontinent, which has come to be called "social-bioethics", and which forms the third application trend bioethics in the world, following in its development the North American principlist, devised by Beauchamp and Childress, in Principles of Biomedical Ethics (Principles of biomedical ethics, 1979) and the European personalist theory proposed by Paul Schotsmans in "Personalism and politicians" (1999). The theory of social-bioethics is characterized by having a humanitarian vision, having a social intention, and having been applied fundamentally in Latin America, differing from the other two that are used mostly in much of the rest of the world.

1 Introducción: del principialismo a la bioética-social

Frente al principialismo bioético norteamericano, ideado por Beauchamp y Childress (1979) y el personalismo elaborado por Schotsmans (1999) Fernández-Carrión propone la teoría bioética-social, fundamentada en una revisión crítica de los planteamientos previos propuestos por diferentes bioeticistas latinoamericanos principalmente, de 1979 hasta la actualidad (cuadro 1), simplificada en cinco pasos de evolución de la bioética en América Latina, seguida de un posicionamiento unificador síntesis de las anteriores propuestas señaladas y se ultima, tras un análisis comparativo con los planteamientos sociales de la teoría principialista por parte de Schramm y Kottow y León Correa (cuadro2) con la creación de la teórica bioética-social –igualmente por parte de Fernández-Carrión-, que esta última es el resultado de la elaboración de un planteamiento teórico de bioética con un marcado propósito social.

Cuadro 1. Comparativa entre los pasos, el posicionamiento unificador y la teoría bioético-social en

Pasos	Posicionamiento	Teoría bioética-

	unificador	social
Comunitarismo (Sandel, MacIntyre, Taylor, Callahan, Emanuel)	Politización social de la bioética (Pfeiffer, Garrafa et al.)	Personalidad autónoma identitaria
Entre el individualismo y el comunitarismo y la participación de todos los "protagonistas" (Cecchetto)	Reflexión ética en relación a la realidad social (Pfeiffer)	Solidaridad
Participación colegiada de los "protagonistas" y su vinculación con la comunidad (Pfeiffer, Páez Moreno, et al.)	Atención a los derechos humanso (Tealdi et al.)	No maleficiencia
"Determinantes sociales de las salud" León Correa, Schramm, Kottow et al.)	Intencionalidad a favor de los vulnerables, marginados y desfavorecidos (Fernández-Carrión)	Justicia social
"Cuidado y la solidraridad" (León Correa et al.)	Teoría principialista (Beauchamp y Childress) y principios de protección social (Schramm y Kotov)	

Fuente: Elaboración propia a partir de Sandel (1982), MacIntyre (1984), Callahan (1998 y 2003), Emanuel (2000), Cecchetto (1999a y b), Pfeiffer (2004a y b), Páez Moreno ([2005]), León Correa (2008, 2009 y 2011), Schramm y Kottow (2001), Garrafa et al. (2009), Tealdi (2004), Beauchamp y Childress (1979) y Fernández-Carrión (2005b y propuesta)

Cuadro 2. Del principialismo a la teoría bioético-social

Principialismo (Beauchamp y Childress)	Principios bioéticos "en" salud pública (Schramm y Kottow)	Principios "para una" bioética social (León Correa)	Teoría bioética-social (Fernández-Carrión)
No maleficiencia	Ética de la responsabilidad (óntica y diacónica)	No maleficiencia*	Responsabilidad diacónica
Beneficiencia	Solidaridad	Beneficiencia*	Solidaridad
Autonomía		Autonomía*	Personalidad autónoma iden-

			titaria Defensa identitaria
Justicia	Ética de protección	Justicia*	Justicia social

Fuente: Elaboración propia a partir de Beauchamp y Childress (1979), Schramm y Kottow (2001), León Correa (2009), Fernández-Carrión (2005b y propuesta)
*Desde una perspectiva social

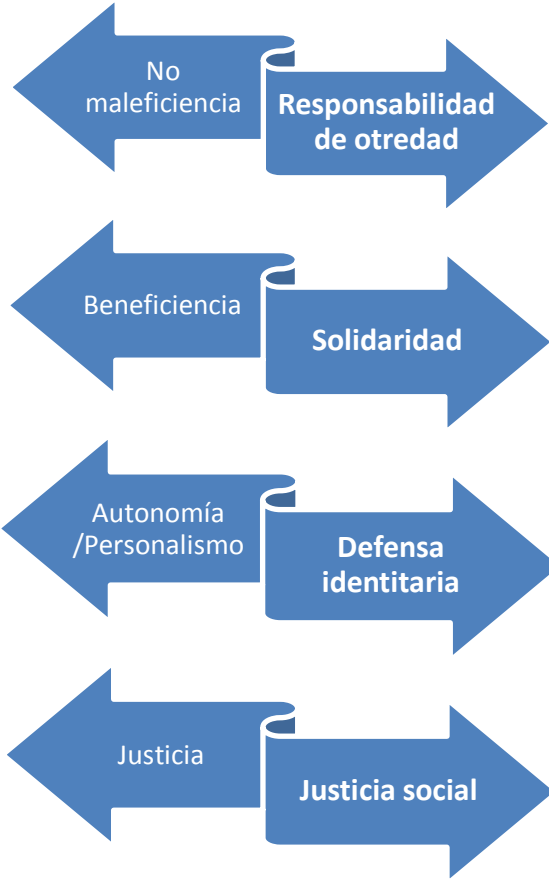
José A. y José L. Mainetti señalan que la bioética

> (…)no [está] circunscripta semánticamente al bios tecnológico y el ethos liberal característicos del modelo norteamericano. En contraste el modelo latinoamericano enfatiza un bios humano y un ethos comunitario. Esta es la razón por la cual la bioética es hoy más un movimiento político o de reforma social que una disciplina académica restringida al dominio de la atención de la salud. En la bioética latinoamericana los principios de solidaridad y justicia juegan el papel central mientras la autonomía lo es en la norteamericana (JA y JL Mainetti, 2016).

En América Latina el principialismo es cuestionado, a comienzos del siglo XXI, como lo hace León Correa bajo el título de "Principios para una bioética social" (2009) analiza críticamente el principialismo de Beauchamp y Childress (1979) desde las perspectivas institucional y social matizando y dándole un sentido social a las mismas; con antelación, en el tiempo, Schramm y Kottow revisan igualmente la teoría principialista y concluyen proponiendo tres elementos diferentes, aunque en parte concomitantes con los ideados en su momento por Beauchamp y Childress (1979), sintetizados en los siguientes: ética de la responsabilidad (óntica y diacónica), correlativo al principio de no maleficienca; solidaridad, al de beneficiencia, y ética de protección, al de justicia. Más tarde, en 2020, Fernández-Carrión atiende al planteamiento de Schramm y Kottow, en el sentido que toma de referencia el principialismo, pero lo matiza e incluso lo transforma con otros elementos distintos, y al mismo tiempo tiene en consideración de forma general la teoría personalista europea, conjuntando ambas teorías de bioéticas existentes mayoritariamente en el mundo y crea metodológicamente la tercera teoría de bioética-social, que se expondrá a continuación.

Figura 1. Del principialismo y personalismo a la teoría bioética-social

Principialismo/Personalismo	Teoría bioética-social



Fuente: Elaboración propia a partir de Beauchamp y Childress (1979), Schotsmans (1999) y Fernández-Carrión (2005b y propuesta)

2 Teoría bioética-social

2.1 Responsabilidad de otredad

El concepto de responsabilidad desde la perspectiva filosófica y/o religiosa se ha venido empleando a partir de la antigüedad griega hasta la actualidad: Cicerón, Kant, hasta la iglesia católica, pero en cambio su aplicación a la vida social o empresarial es reciente, pues el origen de un cierto tipo de res-

ponsabilidad social utilizado en los diferentes ámbitos de la sociedad se remonta a finales del siglo XIX, como analiza Fernández-Carrión en "Políticas de responsabilidad social universitaria y su impacto en la sociedad: sociedad y educación" (2014: 11-48). En un principio se muestra con intencionalidad ideológica, y posteriormente, de manera primordial, a partir del último cuarto del siglo XX, cuenta con una especial preocupación ética.

En el segundo tipo es sobre el que se centra la presente responsabilidad de otredad (RO) (este tipo de responsabilidad es en parte coincidente con la "responsabilidad diacónica" propuesta por Schhramm y Kottow (2001: 953), que fundamenta dichos autores en el pensamiento de Lévinas de "responsabilidad para con el otro" (1974); previamente a proseguirse en su conceptualización sobre este tipo en especial, se debe precisar sobre la vinculación en su desarrollo de la responsabilidad social empresarial (RSE) y la "responsabilidad social civil (RSC)" (FC). Los tres modos de responsabilidades deben darse en conjunto: la empresarial y la ciudadana como partes diferenciadas de los dos elementos claves del desarrollo humano y social; la primera, en relación con la empresa y la segunda con la población como parte de la sociedad en unión ambas con el desempeño de la responsabilidad diacónica; es decir, la RSE debe estar caracterizada y exteriorizarse (su praxis) con una responsabilidad diacónica que la engloba (praxis per se) y de igual forma la RSC debe contar también con la RD per se. Teóricamente RSE y RSC se presuponen que deben ser diacónicas cada una de ellas por separado; pero, en la práctica no siempre se da o lo hace implícitamente, aunque la realidad, en sus resultados, muestra lo contrario; por ello, se aludirá y se hará sinónimo la responsabilidad diacónica como una actitud específica del hombre y la mujer para con los demás seres humanos, independiente de su condición de ciudadanos o como miembros constitutivos de la dirección o gestión de una empresa pública o privada, siendo partícipes de la creación o puesta en práctica del plan de actuación industrial.

En la responsabilidad social empresarial o responsabilidad social corporativa, se conjuga primero la eficacia, los beneficios económicos y la responsabilidad con el desarrollo sostenible, y se ultima estableciendo una relación directa entre la

empresa o negocio con la ética. Claus Offe (1988) destaca la "ética de la responsabilidad", institucional, que se vincula con la empresa, como agente económico; con el estado, como creador de las políticas de salud y del código mercantil y penal…; con los centros de investigación médica y farmacéutica y hospitales y clínicas y hospitales, como cuidadores de la salud, y con las instituciones académicas en la formación de la población.

Frente a la responsabilidad social empresarial se encuentra la responsabilidad social civil o de la población en general que se refiere al compromiso y a la práctica, de todos los miembros de la sociedad, a nivel individual como también de forma colectiva, para con el entorno humano y natural. Esta RSC produce varios impactos en la vida:

1 Social, el comportamiento con ética del ser humano al desarrollarse en sociedad causa en su conjunto un impacto social específico.
2 Humano, la propia persona, de ser consciente de ello y actuar con libertad, adquiere una dimensión natural de aceptación de la realidad y la práctica ética en grupo, desde su particularidad propia.
3 Organizacional, la conjunción de voluntades individuales éticamente responsables produce una acción conjunta, organizacional de la sociedad.
4 Ambiental, la responsabilidad personal no debe contar con un impacto sólo de repercusión humana, sino que también debe influir en el entorno natural.
5 Global, de lo particular se debe tender a lo general, de manera que de lo local se debe actuar desde una perspectiva global, como parte de un todo.

La RSC, así como la RSE debe contar con una responsabilidad pensada y practicada en beneficio para con los demás miembros del colectivo en el que se está integrado, así como para con toda la humanidad en general; es en ese momento, cuando la acción práctica responsablemente ética adquiere la dimensión diacónica; de forma que la RSC y la RSE puede aceptar la otredad (RO) o no, dando por tanto el resultado explícito de una RSC-RO y RSE-RO o no RO.

La responsabilidad de otredad o de alteridad está caracteri-

zada con un pensamiento y una conducta ética con respecto a los demás seres humanos; puede tener una valoración positiva o negativa, dependiendo del tipo de repercusión que provoque; pero, también, puede ser real o ficticia, y directa o indirecta. Estos tipos de responsabilidades específicas debe acompañar siempre, para que tenga una repercusión positiva en la praxis de todo tipo de conducta humana y práctica empresarial, y de esta forma se conforma como un principio clave de la bioética-social, al consistir en una responsabilidad con alteridad, o ética comprometida con los otros, al igual que si fuera con uno mismo (FC).

2.2 Solidaridad

La responsabilidad con alteridad puede tener una repercusión solidaria o insolidaria, aunque esto último pueda parecer una contradicción en su enunciado; en el primer caso, se produce cuando la ética adquiere una dimensión de apoyo incondicional con los otros, sean quien sea, tenga o no relación consanguínea, de amistad, de compañerismo, etc. con uno mismo. En el que conjuga el ideario cristiano de "ayuda al prójimo" y marxista "ayudar al más necesitado" o "cuanto más necesitado más ayuda". Solidaridad proviene del sustantivo latino "soliditas", que significa la realidad homogénea de algo físicamente entero, compacto, unido y cuyas partes integrantes cuenta con igual naturaleza. Concepto aplicado en primer lugar en la sociología y posteriormente en la política. Sociológicamente la solidaridad se considera como un aspecto social que alude a la capacidad de entrega y apoyo de unos con los otros, entendidos como semejantes dignos de ayuda, sin considerar su estatus social, consanguinidad, etc., en una dimensión de apoyo moral, social y económico. Émile Durkheim (1987), distingue dos tipos de solidaridad:

1 Mecánica, o solidaridad por similitud, ejercitada principalmente en países pocos desarrollados o sociedades primitivas. Está caracterizada por un compromiso y una participación en la mayoría de los trabajos colectivos, diferenciándose exclusivamente con respecto a la edad, el género y la especie, y existen castigos penales y públicos.
2 Orgánica, o solidaridad por consenso, tiene lugar en las sociedades desarrolladas, en la que cada sujeto social cuenta con una capacidad o una habilidad propia que le caracteriza y

le diferencia del resto del colectivo; que, origina interdependencia y conlleva cohesión y solidaridad grupal. En el momento que cada miembro posee una parte de los conocimientos y capacidades generales y sus recursos, por lo que teóricamente todos dependen de todos, y por medio del derecho restitutivo, cada miembro de la sociedad se re-educa o perfecciona sus capacidades, para mantenerse en su disposición o ejercer su rol dentro del colectivo, sin crear o entrar en conflicto con los demás.

A estos dos tipos de solidaridad hay que añadirle dos condiciones en su realización, como apunta Fernández-Carrión:

3 Realidad, o solidaridad real, que significa que se efectúa o que tiene lugar en la vida consuetudinaria (del vocablo latino "consuetudinarius").

4 Ficticia, o solidaridad ficticia que no lleva a la práctica de la misma.

Aunque Callahan (2003) considera que el "principio de solidaridad" posibilitaría una medicina equitativa al mismo tiempo que sustentable, Schramm y Kottow (2001: 951) entienden que este principio es "inaplicable"; pero, en cambio, en el presente texto si se considera oportuno y necesario su empleo en la práctica de la bioética-social.

Bioéticamente, el principio de solidaridad[26], equivale a decir que se debe ayudar a los demás por el simple hecho de ser también seres humanos, independientemente de atender a cualquier otro condicionante social, político, económico, etc.

2.3 Defensa identitaria

A partir de la concepción personal identitaria, cada sujeto social conforma su ideario, que le caracterizará y defenderá en la vida ante los demás. Entendiéndose como identidad "la relación que cada entidad [o sujeto] mantiene sólo consigo mismo" (Audi, 1995), en este supuesto, se parte de la unidad individual, sujeto social que tiende a posteriori a identificarse

[26] Coincidiendo en este punto con el "principio de solidaridad" propuesta por Schhramm y Kottow, 2001: 951, que se acogen al criterio de Callahan (2003), de que favorecería para lograr una medicina que sea al mismo tiempo equitativa y sustentable, y de igual forma debe ser justa y solidaria para con los demás, tal como se ha expresado en el presente texto.

con el conjunto de unidades o directamente con el colectivo; o, dicho de otro modo, el proceso identitario consiste en un principio de conformación del ideal de uno mismo, que le diferencia del resto del colectivo y que culmina con conjunción con la identidad colectiva, del grupo social o la agrupación de sujetos.

Puede establecerse las semejanzas y las diferencias entre la identidad propiamente dicha, indivisible o "identidad numérica", de la "identidad cualitativa" o similitud, apreciándose en ambos casos las coincidencias y el acuerdo entre los principios programáticos sociales y políticos, entre otros. Dos o más individuos son cualitativamente idénticos cuando son exactamente similares o comparten todas sus cualidades, mientras que cuando coexiste una sola entidad o es individual, persiste la identidad numérica, aunque ésta pueda nombrarse de dos formas distintas: por su nombre propio o apodo.

La identidad se aplica a diferentes acepciones que van de la identidad personal o, mejor dicho, identidad individual, a la identidad colectiva, que puede comprender la identidad nacional, aunque desde la perspectiva del estudio de las relaciones internacionales y de comprensión nacional se tendría que añadir la existencia de la identidad local, regional y global.

Dentro de la identidad colectiva, puede aludirse a la que se posee institucional, política, económica, social, cultural e ideológicamente, entre otras. Como una variante de la identidad colectiva, existe una de tipo grupal, como también lo hay para los subgrupos, que en ocasiones logran mostrar una identidad común que agrupa a todos los miembros de dicho colectivo, caracterizados a pesar del aparente parecido general con la pluriculturalidad; es decir, frente al supuesto concepto de identidad colectiva única, con unas peculiaridades de coincidencia o común denominador identitario suficiente entre sus miembros, existe la llamada identidad pluricultural, multicultural, etc., acorde con las nuevas tendencias filosóficas, políticas y sociológicas de comprensión de la evolución humana, inmersa en el cambio de sociedad red, que conlleva una nueva disposición de conducta social.

La identidad colectiva se entiende frecuentemente como el sentimiento de pertenencia a un grupo, pero, en realidad, es

algo más, pues expresa la integración específica a una comunidad cultura, social y/o política (Triginer, 2010). Frente a la identidad colectiva se encuentra la individual, la cual en algunas épocas, se relacionaba con el concepto de "personalidad" (Guelbenzu, 2002), equivalente a la idea del individualismo contrario a la cultura o valores sociales de pertenencia a un grupo social predominante. En la actualidad, al inicio de la era digital, se ha acuñado un nuevo tipo identitario la "online identity" (identidad online o identidad cibernética) (Ursúa, 2006); pero ésta, aún resulta problemática, no es fácil de establecer: ¿cuál es la verdadera identidad de la persona en cuestión?, online, ya que puede mostrar una identidad en un momento y en otro adquirir otras ficticias o inventadas que se superpone a la anterior, de esta forma, se estaría hablando de una identidad conflictiva o imprecisa, que en algunos casos podría dar pie psicológicamente a una identidad múltiple, confusa o variable; en el primer supuesto se podría relacionar con una identidad online variable (online identity variable), como apunta Calderón y Laserna, 1994). Distinción entre identidad personal o individual y colectiva analizada en profundidad por Fernández-Carrión (2015: 77-99).

Bioéticamente el posicionamiento identitario no debe llevar a una defensa de lo propio de forma extrema, tal como analiza Fernández-Carrión en "Identidad, la defensa de lo propio…" (2015: 77-99), sino que al contrario, en la línea de investigación en la que trabaja actualmente: "Crítica de la defensa de lo propio" (en elaboración), en la que cada persona debe contar con un criterio personal, libre e independiente del ideario colectivo, de la vida, ser uno mismo dentro de un todo; por ello, cada individuo, debe defender su identidad personal, y con ello sus valores y el sentir que tiene de la vida y su existencia particular, aun estando integrado en sociedad.

2.4 Justicia social

No es suficiente con el concepto general de justicia, tal como se aplica actualmente en el mundo, dependiente esta de la política imperante en cada estado-nación y en un futuro del poder global; sino, que se alude a un nuevo tipo de justicia no política o politizada, sino desarrollada por la propia sociedad libre, autogestionada, con valores de humanidad; pero, mien-

tras tanto, se impone esta última nueva realidad, se debe sobre poner a la concepción de "justicia" en general, como lo estipula Beauchamp y Childress (1979), en alusión al principio de "justicia", que se refiere a la obligación médica de no discriminar a ningún ser humano. Demanda esta, que por generalista, es criticada por León Correa (2009: 22-23), y que debe ultimar, como se ha apuntado anteriormente, en una justicia con gran impacto de beneficio social o de gran repercusión benefactora al conjunto de la sociedad, y para ello hay que alcanzar la justicia social, que bioéticamente, conllevaría una actuación de apoyo de igualdad, equidad y solidaridad con la totalidad de la humanidad y al mismo tiempo contar con la defensa jurídica de ese derecho en todo el mundo.

Bibliografía

Audi, Robert (edición) (1995) *The Cambridge Dictionary of philosophy*, Cambridge, Cambridge University Press, 2 edc.

Beauchamp, Tom L., Childress, James F. (1979) *Principles of biomedical ethics (Principios de ética biomédica)*, Oxford University Press.

Calderón, Fernando, Laserna, Roberto (1994) *Paradojas de la modernidad. Sociedad y cambios en Bolivia,* La Paz, Fundación Milenio.

Callahan, Daniel (2003), "Principlism and communitarianism", *Journal of Medical ethics*, vol. 29, 269-274.

- (1998) *False hopes. Why america's quest for perfect health Is a recipe for failure*, New York, Simon&Schuster.

Cecchetto, Sergio (1999a) *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc Villela Editor.

- (1999b) *Dilemas bioéticos en medicina perinatal. Imperativos tecnológicos e improvisación moral*, Buenos Aires, Ediciones Corregidor.

Durkheim, Émile (1987) *La división social del trabajo,* Madrid, Akal.

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 (2015) "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina,* Ana Luisa Guerrero Guerrero et al., México, Miguel Ángel

Porrua, librero-editor et al., 77-99.
- (2014) "Políticas de responsabilidad social universitaria y su impacto en la sociedad: sociedad y educación", *Responsabilidad social universitaria. El reto de la construcción de ciudadanía*, Jorge y Julio César Olvera García (coordinadores), México. Miguel Ángel Porrua, librero-editor, 11-48.

Garrafa, Volnei, Eirg Osório de Azambuja, Leticia (2009) "Epistemología de la bioética: enfoque latinoamericano", *Revista colombiana de bioética*, 4(1), enero-junio, 73-92.

Guelbenzu, José María (2002) "Signos de identidad", *Glosario para una sociedad intercultural,* Valencia, Bancaja, 336-342.

León Correa, Francisco (2011) "Pobreza, vulnerabilidad y calidad de vida en América Latina. Retos para la bioética", *Acta Bioethica*, 17(1), 19-29.
- (2009) "Principios para una bioética social", *Bioethikos*, Centro Universitário, São Camilo, 3(1), 18-25.
- (2008), "De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile", *Revista médica de Chile*, 136(8), agosto, 1078-1082.

Lévinas, Emmanuel (1974) *Autrement qu'Être ou au-delà de l'essence*. La Haya, Nijhoff Publishers.

MacIntyre, Alasdair (1984) *After virtue*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.

Offe, Claus (1988) *Partidos políticos y nuevos movimientos sociales,* Madrid, Editorial Sistema.

Paéz Moreno, Ricardo ([2005]) "Los derechos humanos y la bioética: una perspectiva desde Latinoamérica", *Proteo: Diálogos de ética y bioética*, http://www.bioetica.-unam.mx/ assets/ricardo-paez.pdf.

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.

Sandel, Michael (1982) *Liberalism and the limits of justice*, Cambridge, Cambridge University Press.

Schotsmans, Paul (1999) "Personalism and policies", *Ethical*

perspectives, 6(1).

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.

Triginer i Fernández, Josep M. (2010) "Innovación política. Identidad colectiva", http://innovacionpolitica.es/Legitimidad%20politica/Identidad%20colectiva.htm.

Ursúa, Nicanor (2006) "La[s] identidad[es] en el ciberespacio. Una reflexión sobre la construcción de las identidades en la red ['online Identitity'], *CTS+I, revista iberoamericana de ciencia, tecnología, sociedad e innovación,* No. 7, http://-oei.es/revistactsi/numero7/articulo03.htm.

Reflexiones sobre bioética social

Reflections on social bioethics

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

Miguel Kottow
Bioeticistas
Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile

Palabras claves
Bioética social, principialismo, salud pública
Key Words
Social bioethics, *principlism, public health*

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

ABSTRACT Having lost its theological foundations and facing the "globalization of the planet", ethics has gone bankrupt, unable to formulate universal norms or to achieve tolerance and coexistence among cultural pluralities that become more visible in a globalized world, given over to the modernity heading towards post-modernity or

"over modernity": "Overmodernity corresponds to an acceleration of history, a shrinking of space and individualization of the references that alter the cumulative processes of modernity".

1 Éticas aplicadas

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

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

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

Las éticas aplicadas reflexionan sobre situaciones concretas así como también se enfocan en prácticas sociales entendidas como profesiones enmarcadas en códigos y normas de conducta que tienen un fuerte carácter deontológico al establecer, ante todo, deberes a los profesionales. Los códigos profesionales son necesariamente conservadores y poco influenciables por la reflexión ética y por la agenda de las éticas aplicadas que, por su naturaleza inquisitiva, cuestionan las nor-

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

2 Orígenes de la bioética

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

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

al desencadenarse la más cruenta y bárbara segunda conflagración mundial y su término con el bombardeo atómico que causó la muerte de 250.000 ciudadanos civiles.

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

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

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

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

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

> relación a las formas de I+D en las que el carácter tecnocientífico es muy fuerte y mediante las cuales se ha puesto de manifiesto el carácter experimentalista, pero también manipulador e intervencionista, activo y técnicamente armado de la ciencia (Hottois y Missa, 2001: 172).
>
> La palabra «bioética» designa un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente multidisciplinarias, que tienen por objetivo clarificar y resolver cuestiones de alcance ético suscitadas por el avance y la aplicación de tecnociencias biomédicas (Hottois y Missa, 2001: 124).

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

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

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

3 Bioética de cauce central: Mainstream bioethics

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

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

4 Bioética global

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Bioética y derechos humanos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La reflexión sobre la deliberación en situación de desigualdad

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

6 Fragmentaciones en bioética

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

cordia.

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

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

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

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

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

7 Bioética social

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

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

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

> Dado que el principio de derechos humanos implica el requerimiento de respeto muto (y de mutua asistencia cuando es necesaria y practicable), es un principio de solidaridad social contraria a la exclusiva preocupación por el interés personal (Gerwith, 1996).
>
> La ética comunitaria intercultural ha de rejuvenecer el debate bioético que se ha vuelto demasiado complaciente y confiado en el análisis estándar de la autonomía, aunque una tal ética se apoya menos en derechos humanos que en el bien común (Thomasma, 2001: 307).

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

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

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

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

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

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

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

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

> Sostengo que el primer conjunto de cuestiones a relevar en todo problema ético es el enfoque en significación social, implicaciones y contexto, incluso en aquellos casos que afectan solo a individuos (Callahan, 2003: 287-291).
> No hay una clara distinción entre la esfera pública y la privada. Es importante que exista una esfera privada y protegida, pero lo que se considere privado dependerá de decisiones sociales, y no de alguna condición humana inherente (Callahan, 2003: 288).
> No queremos ver al a autonomía establecida como un principio que siempre campee sobre otras decisiones (Callahan, 2003: 290).

> Las preocupaciones por igualdad de oportunidades para estar sano forman la base para incluir en la definición de equidad en salud la ausencia de disparidades sociales sistémicas, no únicamente en el estatus de salud, sino en las determinantes sociales claves (Braveman y Gruskin, 2003: 255).
> Las inequidades en salud sistemáticamente desplazan a poblaciones que ya son socialmente desaventajadas (por ejemplo por ser pobres, mujeres, o miembros de grupos raciales, étnicos o religiosos desplazados) en aún mayor desventajas con respecto a su salud (Braveman y Gruskin, 2003: 256).
> La evaluación de equidad en salud requiere comparar salud y sus

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

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

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

8 Una mirada proléptica

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

Augé, M. (2006) *Hacia una antropología de los mundos contemporáneos*, Barcelona, Editorial Gedisa.

Bedau, MA., Humphreys, P. (2008) *Emergence*, Cambridge, London, The MIT Press.

Benatar, D. (2005) "The trouble with universal declarations", *Developing world bioethics*, 5(3), 220-224.

Berlinguer, G. (2000) *Bioetica quotidiana*, Milano, Giunti Gruppo Editoriale.

Braveman P., Gruskin S. (2003) "Defining equity in health", *Journal of Epidemiology&community health*, 57(4), 254-258: 255.

Cabrera, J. (1996) *Crítica de la moral afirmativa*, Barcelona, Editorial Gedisa.

Callahan, D. (2003) "Principlism and communitarism", *Journal of Medical ethics*, 29(5), 287-291.

Chattopadhyay, S., De Vries, R. (2013) "Respect for cultural diversity in bioethics is an ethical imperative", *Medicine, healthcare and philosophy,* 16(4), 639-645.

Crossley, N, Roberts, JM. (2004) *After Habermas*, Oxford Malden, Blackwell Publishing.

Dawson, A, Garrard, E. (2006) "In defence of moral imperialism: four equal and universal prima facie principles", *Journal of Medical ethics*, 32(4), 200-2004.

De Vries, R., Rott, L. (2011) "Bioethics as missionary work", *Bioethics around the globe*, C. Myser (edición), Oxford, New York, Oxford University Press, 3-18.

Dussel, E. (compilador) (1994) *Debate en torno a la ética del discurso de Apel,* México, Editorial Siglo XXI.

Emmerich, N. (2015) "A Sociological Analysis of Ethical Expertise: The Case of Medical Ethics", *Sage Open*, http://-sgo.sagepub.com/content/5/2/2158244010445.

Fayemi, AK, Macaulay-Adeyelure (2016) "Decolonizing bioethics in Africa", *BEOnline*, 3(4), 68-90.

Fernández-Carrión, M-H. (2015) "Historia de la bioética en América Latina", *Revista Vectores de investigación. Journal of Comparative studies Latin America*, 11(11), 57-95.

García-Rodríguez, J., Delgado Díaz, CJ., Rodríguez León, GA. (2009) "Bioética global. Una alternativa a la crisis de la humanidad", *Salud en Tabasco*, 15(2-3), 878-881.

Garrafa, V, Lorenzo, C. (2008) "Imperialismo moral e ensaios clínicos multicêntricos em países periféricos", *Cadernos de Saúde pública*, 24(10), 2219-2226.

Gerwith, A. (1996) *The community of rights*, Chicago, The University of Chicago Press.

Gil, EM. (sf) *Nociones básicas de bioética*, www.colmed9.com.ar/Bioetica/BIOÉTICA_NOCIONES_BÁSICAS.pdf.

González, R. Arnaiz, G. (2006) "Bioética ¿se puede hablar de una ética profesional sanitaria?", *Papeles de Filosofía*, 25(1), 135-165.

Häry, M, Takala, T. (2005) "Human dignity, bioethics and human rights", *Developing world bioethics*. 5(3): 225-233.

Hellsten, SK. (2008) "Global bioethics: Utopia or reality?", *Developing world bioethics*, 8(2), 70-81.

Hottois, G, Missa, J-N. (2001) *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruselas, De Boeck&Larcier.

Kirby. M. (2009) "Scope", *The Unesco universal declaration on bioethics and human rights*, HAMJ. Have y MS. Jean (edición), Paris, Unesco Publishing, 67-8.

Kottow, M. (2012) *Bioética relacional*, Saarbrücken, Editorial Académica Española.

León Correa, FJ. (2008) *De los principios e la bioética clínica a una bioética social para Chile*, *Revista Médica de Chile*, 136(8), 178-182.

- (2005) "Una bioética social para Latinoamérica. Agora Philosophica", *Revista Marplatense de filosofía VI*, (1)1, 19-26.

Llanos, ZA. (2007) *Bioética en Perú, Perspectivas de la bioética*

en Latinoamérica, I. Pessini L, C. de Barchifontaine, F. Lolas (coordinadores). Santiago de Chile, OPS/OMS, 189-198.

Lolas, F. (2015) "Perspectivas educativas y sociales del discurso bioético", *Acta Bioethica*, 21(1), 7-8.

Maglio, I. (coordinador) (2018) *Los Comités y las Comisiones nacionales de bioética en América Latina y el Caribe*, Bogotá, Universidad El Bosque/Unesco.

Maliandi, R. (1994) *Ética: conceptos y problemas*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2 edc.

Miller, F, Brody, H. (2003) "A critique of medical equipoise", *Hastings center report*, 33(3), 9-28.

Myser, C. (edición) (2011) *Bioethics around the globe*, Oxford, New York, Oxford University Press.

Moyn, S. (2018) *Not enough human rights in an unequal world*, Cambridge, London, The Belkan Press of Harvard University Press.

O'Connell, P. (2011) "The Death of Socio-Economic Rights", *The modern law review*, 74(4), 532-554.

Parizeau, M-H. (2001) "Ética aplicada", *Diccionario de ética y de filosofía moral*, M. Cato-Sperber (director), México, Fondo de Cultura Económica, 575-581.

Pfeiffer, ML. (edición) (2004) *Bioética ¿estrategia de dominación para América Latina?*, Mar del Plata, Ediciones Suárez.

Sané, P. (2009) *Concluding words. The Unesco universal declaration on bioethics and human rights*, Paris, Unesco Publishing, 349-353.

Schüklenk, U, Landman, W. (2005) "Unesco 'declares' universals on bioethics and human rights–many unexpected universal truths unearthed by UN body", *Developing world bioethic*s, 5(3), III-VI.

Selgelid, M. (2008) "Improving global health: counting reasons why", *Developing world bioethics*, 8(2), 115-12.

Spivak, GC. (1998) "¿Puede hablar el sujeto subalterno?", *OrbisTertius*, 3(6), 175-235, http://www.fuentesmemoria.-fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.2732/pr.2732.pdf.

Thomasma, D. (2001) "Proposing a new agenda: Bioethics and international human rights", Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, No. 10, 299-310: 301.

Viveiros de Castro, E. (2013) *La mirada del jaguar*, Buenos Aires, Tinta Limón.

Williams, JR. (2005) "Unesco's proposed declaration on bio-

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

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

Currículum de los autores

Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin[27]

Doctorado en Estudios regionales por la Universidad Autónoma de Chiapas (UNACH), profesora de la Universidad del Papaloapan, Oaxaca, México y miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel C.

CAPÍTULOS DE LIBROS COLECTIVOS Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin, Acosta Uribe, Beatriz (2019) "Expresiones de la profesionalización y la investigación científica del turismo en México", Impactos ambientales, gestión de recursos naturales y turismo en el desarrollo regional, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ISBN UNAM Volumen II: 978-607-30-2641-3 ISBN UNAM Obra completa: 978-607-30-2621-5 ISBN AMECIDER Volumen II: 978-607-8632-10-7 ISBN AMECIDER Obra completa: 978-607-8632-06-0. Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin, Acosta Uribe, Beatriz, Pulido Criollo, Frank (2019) "El turismo como una actividad de desarrollo para los pueblos indígenas de la Chinantla", Impacto socio-ambiental, territorios sostenibles y desarrollo regional desde el turismo, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional, 588-605. ISBN UNAM: 978 607-30-0971-3; ISBN AMECIDER: 978-607-8632-02-2. Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin, Acosta Uribe, Beatriz, Pulido Criollo, Frank (2018) "El turismo como una actividad de desarrollo para los pueblos indígenas de la Chinantla", Impacto socio-ambiental, territorios sostenibles y desarrollo regional desde el turismo, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ISBN UNAM: 978-607-30-0971-3, ISBN AMECIDER: 978-607-8632-02-2. Acosta Uribe, Beatriz, Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin, Pulido Criollo, Frank (2018) "Modelo integrado de planeación turística: aspectos clave para el desarrollo turístico y regional en la Chinantla baja", Impacto socio-ambiental, terri-

[27] http://ru.iiec.unam.mx/view/creators/Barrientos_Guti=E9rrez=-3ANelly_Eblin=3A=3A.html.

torios sostenibles y desarrollo regional desde el turismo, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ISBN UNAM: 978-607-30-0971-3, ISBN AMECIDER: 978-607-8632-02-2. Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin (2018) "Estudios regionales y posgrados de calidad en México", Ciudad, género, cultura y educación en las regiones, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional, 602-631. ISBN UNAM: 978-607-30-0002-4, AMECIDER: 978-607-96649-9-2. Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin (2016) Orientaciones al turismo en México para el desarrollo regional: un acercamiento a los marcos normativos de políticas públicas", El desarrollo regional frente al cambio ambiental global y la transición hacia la sustentabilidad, México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ISBN AMECIDER: 978-607-96649-2-3 UNAM: 978-607-02-8564-6. Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin (2015) "Estudios regionales y formación en posgrados de calidad en México", Pasado, presente y futuro de las regiones en México y su estudio, México, Asociación Mexicana de Ciencias para el Desarrollo Regional. ISBN AMECIDER: 978-607-96649-1-6 UNAM-IIEc: 978-607-02-7436-7.

ARTÍCULOS COLECTIVOS Barrientos Gutiérrez, Nelly Eblin, Roldán Sabino, Crisanto (2019) "Desafíos de las universidades estatales públicas en contextos de alta pobreza y marginación: El caso de la Universidad del Papaloapan, Oaxaca, México", Revista Internacional de aprendizaje, 1 (5), 125-144. ISSN: 2575-5544; e-ISSN: 2575-5560.

Boyer, Marc[28]

Historiador, fundador del Centre de Tourisme de la Faculté d'Aix y del Dérpartement de Tourisme de l'Université Lumiére de Lyón. En 2006 es distinguido por la Académie Française que le otorgó el Prix Guizot por Le Thermalisme dans le Grand sud-est de la France publicado por Presses Universitaires de Grenoble. Muere en 2018, y los representantes de la comunidad científica especialista en turismo en Francia le reconoce como "pionero" ("pionnier") en la investigación científica del turismo (Clarirey y Vincent, 2019)29.

[28] https://fr.wikipedia.org/wiki/Marc_Boyer.

[29] Philippe Clairay y Johan Vincent (2019), "Hommage à Marc Boyer

LIBROS INDIVIDUALES Ailleurs: histoire et sociologie du tourisme (2011), Paris, Editions L'Harmattan. L'hiver dans le Midi: XVIIe-XXIe siècles (2010), Paris, Editions L'Harmattan. Les villégiatures du XVIe au XXIe siècle: Un panorama du tourisme sédentaire (2008), EMS Geodif. La maison de campagne: une histoire culturelle de la résidence de villégiature, XVIIIe-XXIe siècle (2008), Paris, Editions Autrement. Le tourisme de masse (2007), Paris, Editions L'Harmattan. Histoire générale du tourisme du XVIe au XXIe siècle (2005), Paris, Editions L'Harmattan. Le thermalisme dans le grand sud-est de la France (2005), Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble. Le tourisme en France: vade mecun (2003), Caen, Francia, Management et Société (EMS). Histoire du tourisme de masse (1999), Paris, Presses Universitaires de France (PUF). Histoire de l'invention du toruisme (XVI-XIXe siècles): Origine et développement du tourisme dans le sur-est de la France (1999), Paris, FeniXX réédition numérique (L'aube). Il turismo dal Grand Tour ai viaggi organizzati (1997), Paris, Electa/Gallimard. L'invention du tourisme: origine et développement du tourisme dans le Sud-Est de la France du XVIèeme siècle au Second Empire (1997), Paris, ANRT. La communication touristique (1994), Paris, Presses Universitaires de France (PUF). Le tourisme de l'an 2000 (1972), Lyon, Presses Universitaires de Lyon.

LIBROS COLECTIVOS Marc Boyer, Anne Bouillard, Euriell Le Corronc (2020) Worst-case Performance in Networks: Min-Plus Algebra and Its Application, Plano, Texas, Wiley-Iste. Anne Bouilard, Marc Boyer, Euriell Le Corronc (2018) Deterministic Network Calculus: From Theory to Practical Implementation, Plano, Texas, Wiley-Iste. Marc Boyer, Christian Fraboul, Giovanni Stea (2011) Proceedings of the 1st International Workshop on Worst-Case Traversal Time, New York, Association for Computing Machinery. Marc Boyer, François Isler, Jean Mouton (2004) La Drôme: une terre, des homme. Encyclopédie, Chambéry, Francia, La Fontaine de Siloé.

Fernández-Carrión, Miguel-Héctor[30]

(1926-2018)", Mondes du Tourisme, No. 15.

[30] "Miguel-Héctor Fernández-Carrión", https://www.miguel-hector-fernandez-carrion.com, dianet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=24-30738, https://scholar.google.com.mx/citations?user=0Ms1qQoA-

Doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid y doctorado (con Diploma de Estudios Avan-zados) en Economía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Madrid. Ha sido docente y/o investigador en el Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques en la Ecole des Hautes Etudes en Sciencies Sociales de Paris (EHESS, Francia. Invitado por Alain Touraine); Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA, Argentina); Facultad de Geografía e Historia y Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca (España), entre otras instituciones académicas. Fundador y presidente del Centro de Investigación y de Estudios de América Latina A.C., Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, Instituto Libre de Educación en entorno Digital y Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, con sede en México. Asimismo, es fundador y presidente del Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios de Historia y Economía y Centro y Centro Internacional de Estudios y de Creación Artística y Literaria, con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid (España). Investigador colaborador de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Autónoma del Estado de México. Director y editor de la revista indexada Vectores de Investigación.

Autor de numerosos libros y artículos publicados en revistas arbitradas e indexadas sobre Ciencias Sociales (Economía Política, Sociología, Historia), Humanidades (Geografía, Filosofía, Literatura, Arte) y Ciencias de la Salud (Bioética, Psicoanálisis), en Estados Unidos, España, Francia, Argentina, Brasil… y México.

LIBROS Neuroética y neurobioética contemporánea, Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-29-2. Desastres naturales. Metodología, análisis y bioética, Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-28-5. Cultura

---

AAAJ&hl=es, https://ideas.repec.org/f/pfe450.html, https://orcid.-org/0000-0002-1444-1494 y https://publons.com/researcher/2297-515/miguel-hector-fernandez-carrion/.

de paz, educación y salud, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-27-8. Tanatología. Ante el final del ciclo de la vida, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-26-1. Nuevos aprendizajes y distintos modelos educativos, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-24-7. Nuevas tecnologías en la educación, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-25-4. Educación actual. Investigación educativa, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-23-0. Educación actual. Momento presente, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-22-3. Educación actual. Proceso de cambio, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84- 87372-19-3. Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-21-6. Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordina-dores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-20-9. Educación actual: entre el pasado y el futuro, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4. Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva, Marcela Veytia-López, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2018. ISBN 978-607-97819-4-1. Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2017. ISBN 978-607-7945-97-0. Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas, MHFC, et al. (coordinadores), Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 2017 ISBN 97-84-16919-54-3.

CAPÍTULOS DE LIBROS INDIVIDUALES "Proceso de cambio educativo en el siglo XXI. La gestión del aula y la autoridad del alumno", Educación actual. Proceso de cambio, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019.

ISBN 978-84- 87372-19-3, 9-48. “Didáctica y currícula”, Educación actual. Proceso de cambio, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84- 87372-19-3, 81-111. “Desastres, voluntades anticipadas y bioética”, Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-21-6, 21-238. “La educación de principios del siglo XXI”, Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordinadores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-20-9, 105-117. “Introducción. Vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión adolescente”, Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva, Mar-cela Veytia-López, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2018. ISBN 978-607-97819-4-1, 11-104. “Introducción. La educación de principios del siglo XXI”, Educación actual: entre el pasado y el futuro, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 11-22. “La educación digital”, Educación actual: entre el pasado y el futuro, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 37-47. “Introducción. Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana”, Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas, MHFC et al. (coordinadores), México, Editorial Gedisa et al., 2017. ISBN 978-84-16919-54-3, 17-40. “Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento vital”, Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas, MHFC et al. (coordinadores), México, Editorial Gedisa et al., 2017. ISBN 978-84-16919-54-3, 59-80. “Introducción. Bioética, neurociencia y salud mental”, Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2017. ISBN 978-607-7945-97-0, 9-146. “Incidencia del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ante el cambio educativo en la sociedad global”, Educación, complejidad y transdis-ciplinariedad, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Editorial Torres Asociados, 2016, ISBN 978-607-7945-78-9, 15-58. “De la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad: migración entre la realidad y la imagen”, Ciudad y comunicación, Miguel

Ángel Chaves Martín (edición), Madrid, Universidad Complutense de Madrid, ISBN 978-84-617-5575-2, 273-280. "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al. (coordinadores), México, UNAM, Porrua et al, 2015, ISBN 978-607-401-917-9, 77-99. "Migración e imagen: de la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad", Debates éticos con metodología transdisciplinaria, María del Rosario Guerra González (coordina-dora), México, Plaza y Valdés, 2014. ISBN 978-607-402-744-0, 187-227. "Políticas de responsabilidad social universitaria y su impacto en la sociedad: sociedad y educación", Responsabilidad social universitaria. El reto de la construcción de ciudadanía, Jorge Olvera García, Julio César Olvera García (coordinadores), México, Porrua et al, 2014, 11-48.

CAPÍTULOS DE LIBROS COLECTIVOS "La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinar", MHFC et al., Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordinadores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-20-9, 81-104. "Depresión. Incidencia de los sucesos vitales estresantes en adolescentes", MHFC et al., Educación actual. Proceso de cambio, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84- 87372-19-3, 223-250. "La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada tansdisciplinar", Educación actual: entre el pasado y el futuro, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 143-164. "La bioética latinoamericana", MHFC et al., La bioética en España y Latinoamérica, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Universidad Europea et al., 2016. ISBN 978-84-617-6011-4, 47-72. "Historia de la bioética en América Latina", MHFC et al., Historia ilustrada de la bioética, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya, Madrid, Universidad Europea et al., 2015. ISBN 978-84-930018-9-0, 199-228.

ARTÍCULOS INDIVIDUALES "Prospectiva en la toma de decisiones dentro de un escenario crítico: crimen organizado global", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative

Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 121-196. "Me duele Cataluña", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 213-258. "Movimiento de indignados y la realidad cambiante", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 11-13. "Predicciones, transdisciplinariedad e ideas", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Compa-rados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2017, 9-10. "Historia de la bioética en América Latina", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2017, 57-95. "Bioética, neurociencia y salud mental" (reseña de libros), Bioética, Universidad Complutense de Madrid, ISSN 2445-0812, 14-15. "Primer aniversario de la Revista Vectores de Investigación: Homenaje a Einstein y Hawking", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2016, 9-11. "Antropoceno entre la realidad y la percepción transdisciplinar", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2016, 61-88. "Tecnología, economía y salud: Editorial", Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 9(9), segundo semestre 2015, 7-10.

ARTÍCULOS COLECTIVOS "The teaching o bioethics for health professionals from a transdisciplinary viewpoint", Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., EACME Newsletter, Maastricht (Holanda), Association of Centres of Medical Ethics, No. 52,

august, 2019, 13-16. “Psicología del rumor y los desastres naturales”, Octavio Márquez Mendoza, MHFC, Seres psicoanalíticos, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 2(1), noviembre, 2017, 26-47. “Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores”, Octavio Márquez Mendoza, MHFC, Gaceta AMPAG, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 1(10), octubre, 2017, 238-240. “Bioética, salud mental y los derechos humanos”, Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., Revista Redbioética/UNESCO, ISSN 2077-9445, 2016, 2(14), 96-115. “Analysis of the problem of psychotherapy of mental health and administration in the area of bioethics”, Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., International Journal of Current Research, [India], ISSN 0975-833X, 2016, december, 8(12), 44296-44298. “Gestión de la innovación tecnológica como respuesta a los paradigmas tecnológicos emergentes”, Antonio Hidalgo Nuchera, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 9(9), segundo semestre 2015, 31-52. “Desigualdad en el acceso a los derechos económicos en México”, María del Rosario Guerra González, MHFC, Revista Proyección, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina), ISSN 1852-0006, 8(17), 169-193

Fernández Güell, José Miguel[31]

Doctorado en Planificación Urbana y Regional, Texas A&M University, Estados Unidos, arquitecto con especialidad en urbanismo y construcción por la Universidad Politécnica de Madrid, España y profesor de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM).

CARGOS Es director del Departamento de Urbanística y Ordenación del Territorio de la UPM y subdirector de Investigación de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de la UPM (2013-2016). Dirección general de Turismo, Comunidad de Madrid (1986-1988).

TRABAJOS DE PLANIFICACIÓN URBANA Ayuntamientos de Corpus Christie, Galveston, Bryan, Huntsville y Stafford del Estado de Texas (1981-1983).

[31] https://scholar.google.es/citations?user=0K9FFpUAAAAJ&hl=es.

proyectos realizados a través de la Universidad Politécnica de Madrid (2006-). Coordinador de la Universidad Politécnica de Madrid (UPM) en el proyecto "CITYLAB–Engaging Students with Sustainable Cities in Latin America", 2016-2018, financiado por el Programa Erasmus de la Comisión Europea. "Smart Cities en España. Modelos de implantación", 2014. Cliente: Fundación EOI. "Modelo de gobernanza para impulsar el desarrollo territorial de Guipúzcoa", 2013. Cliente: Gipuzkoako Foru Aldundia. "Estudio de prospectiva sobre escenarios de futuro para la economía española 2030", 2012. Cliente: Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI). "Policy Advice to Science, Technology and Innovation Strategy", 2010. Clientes: United Nations Industrial Development Organization (UNIDO) and the Socialist Republic of Vietnam. "Estudio de prospectiva territorial para la Ciudad de Burgos", 2008-2009. Cliente: Asociación Plan Estratégico Ciudad de Burgos. "Estudio de prospectiva sobre la demanda turística en Andalucía", 2007-2008. Clientes: Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI) y Junta de Andalucía. "Estudio de prospectiva sobre los escenarios energéticos 2030 en España", 2007. Clientes: Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI) e IDAE. "Estudio de prospectiva sobre el comportamiento social ante el desarrollo sostenible", 2006. Cliente: Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI).

PROYECTOS REALIZADOS CON LA CONSULTORA ESPECIALIZADA EN SERVICIOS ESTRATÉGICOS Güell & Partners (1998-2005), socio-director. "Estudio de prospectiva del sector turismo", 2005. Cliente: Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial (OPTI). "Buenas prácticas sobre la gobernabilidad de las aglomeraciones metropolitanas de América Latina y el Caribe", 2003. Cliente: Banco Interamericano de Desarrollo. "Plan estratégico del municipio de San Javier", 2002. Cliente: Ayuntamiento de San Javier. "Plan estratégico para el desarrollo del Corredor tecnológico de Puerto Rico", 2000. Cliente: Puerto Rico Industrial Development Corporation (PRIDCO). "Máster plan y estudio de viabilidad del nuevo estadio del Murcia Club de Fútbol y de un gran centro comercial y recreativo", 1999. Cliente: Samper & Asociados. "Documento síntesis del Plan regional de estrategia territorial de la Comunidad de Madrid", 1999. Cliente: Dirección General de Urbanismo de la Comunidad de Madrid.

PROYECTOS realizados con Andersen Consulting (1988-1998), gerente senior en la División de servicios estratégicos de la empresa multinacional de consultoría Andersen Consulting, actualmente Accenture. "Proceso de fortalecimiento institucional de la Corporación venezolana de Guayana", 1997-1998. Cliente: Corporación venezolana de Guayana. "Libro blanco del sector de la ingeniería civil en España", 1997. Cliente: Tecniberia-Civil. "Libro blanco de la innovación en España", 1995. Cliente: Fundación Cotec. "Plan estratégico de la ciudad de Melilla", 1995. Cliente: Ayuntamiento de Melilla. "Plan estratégico de la ciudad de Londrina, Brasil", 1995. Cliente: Cámara de Comercio. "Plan de colaboración intermunicipal en Canarias", 1995. Cliente: Gobierno de Canarias. "Plan estratégico del municipio de Murcia", 1993-1994. Cliente: Ayuntamiento de Murcia. "Plan de competitividad de las Islas Baleares", 1993. Cliente: Govern Balear. "Plan estratégico de la ciudad de Madrid", 1988-1993. Cliente: Promadrid. "Plan estratégico de la ciudad de Sevilla", 1992. Cliente: Ayuntamiento de Sevilla. "Plan estratégico de la ciudad de Jerez", 1991. Cliente: Ayuntamiento de Jerez. "Plan estratégico de Aragón", 1991. Cliente: Instituto Aragonés de Fomento (IAF). "Plan estratégico del Bilbao metropolitano", 1989-1991. Cliente: Gobierno Vasco. "Plan estratégico de Galicia", 1990. Cliente: Xunta de Galicia.

LIBROS INDIVIDUALES Planificación estratégica de ciudades: nuevos instrumentos y procesos (2019), Barcelona, Reverté (primera edición 2006). El diseño de escenarios en el ámbito empresarial (2004), Madrid, Pirámide.

libros colectivos Eduardo Rojas, Juan R. Cuadrado Roura, José Miguel Fernández-Güell (2005), Gobernar las metrópolis (Governing the metropolis, 2008), Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (IDB). José Miguel Fernández-Güell, Ana Morato, Ana Rodríguez (2005) Estudio de prospectiva del sector turístico: escenarios de demanda global y tendencias tecnológicas, Madrid, Fundación OPTI (Observatorio de Prospectiva Tecnológica Industrial).

CAPÍTULOS DE LIBROS Juan Ramón Cuadrado-Roura, José Miguel Fernández-Güell (2008) "Metropolitan areas and the challenges of competitiveness", Governing the Metropolis, Eduardo Rojas et al. (edition), Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (IDB), 51-323. Juan R. Cuadrado Roura, José Miguel

Fernández-Güell (2005) "Las áreas metropolitanas frente al desafío de la competitividad", Gobernar las metrópolis, Eduardo Rojas et al. (edición), Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (IDB), 63-125. Juan R. Cuadrado Roura, José Miguel Fernández-Güell, (2005) "El largo camino hacia el buen gobierno metropolitano", Gobernar las metrópolis, Eduardo Rojas et al. (edición), Washington, Banco Interamericano de Desarrollo (IDB), 525-552.

ARTÍCULOS INDIVIDUALES "Urban governance revisited after 20 years of practice and malpractice", DISP-The Planning Review, 53(2), 58-59. "Incorporating a systemic and foresight approach into smart city initiatives: the case of Spanish cities", Journal of Urban technology, 2016, 23(3), 43-67. "Ciudades inteligentes: la mitificaciónd e las nuevas tecnologías como respuesta a los retos de las ciudades contemporáneas", Economía industrial, 2015, No. 395, 17-28. "El futuro de los estudios de futuro en la planificación urbana y territorial", Cuadernos de investigación urbana, No. 100. "Madrid: A tale of an ambitious city that failed to fulfil its global vision", DISPT.The Planing Review, 2014, 50(196), 6-15. "Los factores de cambio que moldearán el future desarrollo de las ciudades", Revista española de desarrollo y cooperación, No. 31, 17-31. "Foresight as an innovative tool for designing tourist destinations", ARA Revista de investigación en turismo, 2012, 3(2), 161-170. "Oportunidad y convivencia de aplicar la prospectiva al sector turismo", Estudios turísticos, 2012, No. 192, 9-35. "Recuperación de los estudios del futuro a través de la prospectiva territorial", Ciudad y territorio. Estudios territoriales (CyTET), 2011, 43(167), 11-32. "Can foresight studies strengthen strategic planning process at the urban and regional level", Conference on City futures, 2009. "25 años de planificación estratégica de ciudades", Ciudad y territorio. Estudios Territoriales, 2007, 39(154),621-637. "El turismo como sistema funcional", Estudios turísticos, 1989, No. 101, 71-84. "La planificación estratégica de ciudades, un instrumento eficaz para alcanzar una ventaja competitiva en el nuevo entorno europeo", Revista de obras públicas, No. 3322.

ARTÍCULOS COLECTIVOS Anna Vincenza Nufrio, José Miguel Fernández-Güell (2019) "Una inclusione exclusiva. Hong Kong (sar), China", Territorio, 109-119. Anna Vicenza Nufrio, José Miguel Fernández-Güell (2018) "The last frontier: Hong Kong Sar, China", Ciudad y territorio-estudios territoriales-CYTET,

49(196), 319-334. Vicenza Nufrio, José Miguel Fernández-Güell (2018) "La última frontera: Hong Kong Sar, China", Índice/Contents, 50(196). Victoria Fernández-Anez, José Miguel Fernández-Güell, Rudolf Giffinger (2018) "Smart City implementation and discourses: an integrad conceptual model. The case of Vienna", Cities, 78, 4-16. José Miguel Fernández-Güell, Javier González López (2016) "Cities futures. A critical assessment of how future studies are applied to cities", Foresight, 18(5), 454-468. Eva Álvarez de Andrés, José Miguel Fernández-Güell, Harry Smith (2015) "Instruments for analysing urban conflicts in the Global South: The case of urban transformation processes in Dakar", Habitat international, 49, 187-196. José Miguel Fernández-Güell, Rui Florentino (2015) "A sobreposição de territórios: a industria naval no quilombo enseada do paraguaçcu em maragogipe/ba", Direito da cidade, 7(2). José Miguel Fernández-Güell, M. Collado (2014), "Ciudades y ciudadanos en 2033. La transformación urbana de España", Colección España, vol. 2033, 17-25. José Miguel Fernández-Güell, Leticia Redondo (2012), "Linking territorial foresight and urban planning", www.emeraldinsight.com/-reprints, oa.upm.es/16317/1/Guell-opt.pdf. Fernado Roch Peña, José Miguel Fernández-Güell, Álvaro Sevilla Buitrago (2011) "Nueva época, viejos conflictos: ciudades y teorías urbanas en la encrucijada", Urban, No. 1, 3-12.

Figuerola, Manuel[32]

Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad Complutense de Madrid, profesor de la Universidad Antonio de Nebrija, Madrid. Economista pionero del turismo en España (FC). actividades académicas y profesionales Dirige el grupo de trabajo que elabora una propuesta de mejora de la eficiencia del turismo español, con fines a introducir cambios en la oferta de productos y ampliar los procesos de innovación. Ha impartido una conferencia sobre la Responsabilidad social corporativa en la Universidad Interamericana de San Juan de Puerto Rico (2014). Ha desarrollado para la web de turismo de la Comisión de la Unión Europea un conjunto de herramientas de gestión de proyectos turísticos, para digitalizar

[32] Nebrija.com/investigación-universidad/pdf/CV/CV_Manuel_Figuerola.pdf.

procesos económicos financieros y de viabilidad; especialmente destinados al uso de emprendedores de empresas turísticas (2013-2014). Dirige para el sector de la hostelería de España, coordinando las acciones de la FEHR (Federación Española de Hostelería) y la Universidad Nebrija el Indicador trimestral de confianza de las actividades de alojamiento y restauración. Ha presidido el grupo de pares, contratados por el SINAES de Costa Rica, para evaluar y acreditar los estudios de turismo de la Universidad Latinoamericana (2013). Ha dirigido en la Universidad de Occidente en el Campus de Mazatlán (Sinaloa, México) un Seminario para el doctorado en Turismo de dicha universidad, sobre Gestión de destinos turísticos (2013). Durante el año 2013 ha dirigido e impartido en diferentes destinos turísticos españoles diez cursos sobre innovación de proyectos y productos turísticos, organizados por la EOI (Escuela de Organización Industrial de España) con Fondos sociales de Unión Europea. Ha participado en el Seminario internacional de economía del turismo en la Universidad Andrés Bello de Santiago de Chile (2013). Participación en el Congreso Internacional sobre Gestión de destinos turísticos en la Universidad de San Luis Potosí, México (2013). Colaboró en la preparación del III y IV Planes de Desarrollo Económico Español en el marco especifico de la planificación turística. Dirigiendo la redacción del manual o monografía del turismo del IV Plan 1972/1975. Ha pronunciado aproximadamente trescientas conferencias relacionadas con la actividad turística, tanto en España, como en más de cuarenta países.

CARGOS PROFESIONALES Director del Gabinete de estudios del Instituto de Estudios Turísticos de la Secretaría de Estado de Turismo de España. Director General de la Escuela Oficial de Turismo (1996-2001) para proceder a incorporar los estudios oficiales de las enseñanzas turísticas a la Universidad.

RECONOCIMIENTOS Mención especial de la Secretaría de Estado de Turismo de la República Dominicana (2009). Premio Nacional de la Concordia 2009 galardonado por la Federación española de hoteles y restaurantes (2009). Reconocimiento de la Escuela Superior de Turismo del Instituto Politécnico de México (2009). Socio de Honor de AECIT (Asociación Española de Expertos Científicos de Turismo) (2007). Medalla de la Fundación Miguel Alemán, México (2005). Placa del Ministerio de Turismo de Uruguay, en honor de su destacada labor en el campo de la economía turística (1991). Medalla de plata

al mérito turístico, concedida por el gobierno español (1988). Medalla de la Universidad Externado de Colombia (1986). Placa de reconocimiento a sus méritos científicos y experiencia académica demostrada como profesor invitado de la Universidad externado de Colombia (1984).

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN "Estimación y especificación de modelos econométricos de previsión turística". Investigador/Director. Instituto de Estudios Turísticos (IET), con la participación de los Servicios informáticos Secretaría General de Turismo Duración, 1976-1988. "Estimación balanzas de pagos turística". Investigador/Director. Instituto de Estudios Turísticos (IET), con la participación de la Dirección general de transacciones exteriores, 1976-1985 (investigador responsable: Manuel Figuerola, con 8 investigadores participantes). "Desarrollo y estimación tablas input-output de la economía turística, 1970, 1974, 1978 y 1982". Investigador/Director. Instituto de Estudios Turísticos (IET), 1974-1984 (investigador responsable: Manuel Figuerola Palomo y Ángel Alcaide, con 10 investigadores participantes).

PROYECTOS PROFESIONALES "Red de inteligencia e innovación para el sector turístico". Exp: IPT-410000-2010-2. Convocatoria INNPACTO. Entidad financiadora: Ministerio de Ciencia e Innovación. Entidades participantes: Amaranto, Universidad Nebrija, Avanzit, Universidad de Castilla La Mancha, octubre de 2010-octubre 2012. Cuantía de la subvención: 500.000€. Investigador responsable: Dr. Manuel Figuerola Palomo, con 8 investigadores participantes. "Proyecto de promoción virtual del turismo de la Rioja". Entidad financiadora: Ministerio de Comercio, Industria y Turismo. Entidad participante: Universidad Nebrija, octubre de 2009-enero 2012. Cuantía de la subvención: 400.000€. Investigador responsable: Dr. Luis Izquierdo y Dr. Manuel Figuerola Palomo, con 8 investigadores participantes. "Plan de acción del turismo de Galicia". Entidad financiadora: Secretaría Xeral de Turismo y Turgalicia, 2009. Cuantía de la subvención: 15.000 €. Investigador responsable: Manuel Figuerola Palomo, con 3 investigadores participantes. "Estudio del turismo de la ciudad de Madrid. Análisis de la oferta, de la demanda, barómetro de empresas, análisis de coyuntura y de impactos de la actividad turística". Entidad financiadora: Ayuntamiento de Madrid, Departamento de Turismo de la Universidad Antonio de Nebrija, septiembre

2005-septiembre 2006. Cuantía de la subvención: 90.000 €. Investigador responsable: Dr. Manuel Figuerola Palomo, con 5 investigadores participantes. "Plan insular de la isla de La Palma". Entidad financiadora: Consejería de Economía de Canarias. Entidad participante: Proexca Canarias, 2004-2005. Cuantía de la subvención: 15.000 €. Investigador responsable: Manuel Figuerola Palomo, con 4 investigadores participantes. "Proyectur". Entidad financiadora: Pritur. Entidad participante: Eurotalent, 2003. Cuantía de la subvención: 5000 €. Investigador responsable: Manuel Figuerola Palomo, con 2 investigadores participantes.

PATENTES "Sistema informático de evaluación de negocios y actividades turísticas". (Sienat). Programa informático o simulador de empresas hoteleras. País de prioridad: España. Entidad titular: Pritur. Países a los que se ha extendido: América Latina. Empresa/s que la están explotando: Sector hotelero. Inventores: Manuel Figuerola Palomo. "Sistema informático de análisis y contabilidad de costes (Siac)". Programa informático o verificador de la explotación y diseñador de la política presupuestaria de empresas de hostelería. País de prioridad: España. Entidad titular: Pritur. Empresa/s que la están explotando: Sector hotelero. Países a los que se ha extendido: España. Inventores (p. o. de firma): Manuel Figuerola Palomo.

LIBROS INDIVIDUALES Ha publicado el libro Los sectores de la hostelería en España anualmente 2000 a 2014. Introducción al estudio económico del turismo (1999), Madrid, Síntesis. Innovación tecnológica en actividades turísticas (1995), Madrid, Editorial Fundación COTEC. Economía para la gestión de empresas turísticas I: Organización y financiación (1995), Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. Economía para la gestión de empresas turísticas II: Producción y Comercialización (1995), Madrid, Editorial Centro de Estudios Ramón Areces. La empresa turística (1994), Madrid, Asesoría y Gestión de Empresas de Hostelería. Manual para el estudio de la economía turística en el ámbito macroeconómico (1992), Madrid, OMT. Apuntes turísticos (1991), Madrid, Ediciones Profesionales y Empresariales. Estrategias para un cambio (1991), Madrid, Ediciones Profesionales y Empresariales. Teoría económica del turismo (1990), Madrid, Alianza Editorial. Elementos para el estudio de la economía de la empresa turística (1990), Madrid, Síntesis. Teoría económica del turismo (1985), Madrid, Alianza Editorial. Economía turística

(1979), Madrid, Manuel Figuerola.
LIBROS COLECTIVOS Manuel Figuerola, Clara Martín Duque (2018) Modelo de gestión e innovación en turismo, Madrid, Editorial Aranzadi. Manuel Figueroa, Juan José Fernández Muñoz, Francisco Marzal Baro, Diana Gómez Bruna, Clara Martín Duque (2015) Medición del impacto del turismo en la economía, el empleo y el medio ambiente en el ámbito local, Madrid, Escuela de Organización Industrial (EOI). Manuel Figurola, Juan José Fernández Muñoz, Diana Gómez Bruna (2014) Propuesta de mejora de la eficiencia del turismo español, Madrid, Escuela de Organización Industrial (EOI). Manuel Figuerola Palomo et al. (2014) La eficiencia del modelo turístico español, Madrid, EOI. Manuel Figuerola et al. (2013) El turismo de interior, Universidad de Salamanca. Vitorio Acacia Fernández, Manuel Figuerola, José María Larrú Ramos (2002) Retos de la cooperación para el desarrollo, Madrid, Fundación Cánovas del Castillo. Manuel Figuerola Palomo et al. (1999) Historia de la economía del turismo de España, Madrid, Civitas.

Normas de publicación

GUÍA PARA LOS AUTORES

Revista Vectores de Investigación (RVI) es una revista que comprende todas las disciplinas relacionadas con las ciencias sociales, humanidades y salud, a la diversidad de enfoques y metodologías, aunque ello no le representa ninguna responsabilidad en cuanto al contenido de los artículos. Los originales que se entreguen para su publicación pasarán por un proceso editorial que se desarrollará en varias fases:

1. Los trabajos que se entreguen a RVI para su publicación deberán ser de carácter eminentemente académico. Por la naturaleza de la revista, es claro que no se aceptarán artículos de género periodístico o comentarios generales sobre algún tema.
2. El nombre del autor(es) u otra forma de identificación sólo deberá figurar en una carátula.
3. Las colaboraciones deberán presentarse en su versión final y completas, ya que no se admitirán cambios una vez iniciado el proceso de dictaminación y producción.
4. Una vez estipulado que el artículo cumple con los requisitos establecidos por la revista, será enviado a dos lectores anónimos, quienes determinarán: A. Publicar sin cambios. B. Publicar cuando se hayan cumplido las correcciones menores. C. Publicar una vez que se haya efectuado una revisión a fondo y D. Rechazar. En caso de discrepancia entre ambos resultados, el texto será enviado a un tercer árbitro, cuya decisión definirá su publicación o no. Los resultados del proceso de dictamen académico serán inapelables en todos los casos. Los trabajos enviados por académicos de alguna institución serán siempre sometidos a consideración de árbitros externos a ella.
5. El(los) autor(es) concede(n) a RVI el permiso para que su material teórico se difunda en la revista impresa y medios magnéticos, fotográficos e internet. Los derechos patrimoniales de los artículos publicados en RVI son del autor, compartidos con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL) conjuntamente con el Instituto de Estudios Históricos y Económicos de la Universidad Complutense de Madrid, en cuanto puede reproducirlo ambos, tras la

aceptación académica y editorial del original para que éste se publique y distribuya tanto en versión impresa como electrónica.

6. Asimismo, el(los) autor(es) conserva(n) sus derechos morales, conforme lo establece la ley. El autor principal recibirá una forma de cesión de derechos patrimoniales que deberá ser firmada por él, en el entendido de que ha obtenido el consentimiento de los demás autores, si los hubiere. Por otra parte, los autores podrán usar el material de su artículo en otros trabajos o libros publicados por ellos mismos, con la condición de citar a RVI como la fuente original de publicación de dicho texto. Es responsabilidad del autor obtener por escrito la autorización correspondiente para todo aquel material que forme parte de su artículo y que se encuentre protegido por la Ley de Derechos de Autor.

7. La colaboración deberá incluir la siguiente información: A. Título del trabajo, de preferencia breve, que refiera claramente el contenido. Se aceptan los subtítulos para aclarar y ampliar el contenido de las colaboraciones. B. Un resumen en la lengua original en que está escrito el artículo que no exceda las 150 palabras, con información concisa acerca del contenido: principales resultados, método y conclusiones adquiridas. Deberá ir acompañado de una relación de entre tres y cinco palabras clave para efectos de indización bibliográfica. La redacción de RVI se encargará de las respectivas traducciones, en el caso que el autor no lo presente. C. Una portada de presentación con los datos generales de autor(es) que incluyan: A. Nombre completo. B. Centro o departamento a que se encuentra(n) adscrito (si laboralmente. C. Dirección postal institucional. D. Máximo nivel de estudios alcanzados (disciplina o campo e institución) y estudios en curso si los hubiera. E. Línea de investigación actual. F. Referencias bibliográficas completas de las últimas 3 o 4 publicaciones (incluye número de páginas). G. Cualquier otra actividad o función profesional destacada que corresponda. H. Teléfono y dirección de correo electrónico.

8. Los trabajos deberán cumplir con las siguientes características: A. Se presentarán impresos a un espacio y medio (1.5), en tipo Times New Roman de 11 puntos, sin cortes de palabras, con una extensión de 15 a 40 cuartillas para el caso de investigaciones (incluidos cuadros, notas y bibliografía); de 10

a 20 para las notas críticas, y de 3 a 5 en el caso de reseñas de libros. B. Los trabajos presentados en Word, no deberán contener formato alguno: sin sangrías, espaciado entre párrafos, no deberá emplearse hoja de estilos, caracteres especiales ni más comandos que los que atañen a las divisiones y subdivisiones del trabajo. C. Los cuadros, así como las gráficas, figuras y diagramas, deberán presentarse en el mismo espacio donde debe ir insertado en el texto a publicar. Deberán estar almacenados en una versión actualizada de Excel (para las gráficas y cuadros o tablas). Los cuadros, mapas, planos y figuras serán numerados con el sistema arábigo (cuadro, figura… 1, 2, 3, etc.). En cuanto a estas últimas, deberán manejarse en formato jpg a 300 dpi como mínimo. D. Los títulos o subtítulos deberán diferenciarse entre sí; para ello se recomienda el uso del sistema decimal. E. Se usará la notación Harvard para las referencias dentro del texto; es decir: apellido del autor, año y página escrito entre paréntesis: (Autor, 2000: 20). F. La bibliografía no debe extenderse innecesariamente -la estrictamente citada en el texto- y deberá contener (en este mismo orden): nombre del autor, año de edición (entre paréntesis), título del artículo (entrecomillado) y título del libro o revista (en cursivas), editorial, número, ciudad y número total de páginas en el caso de un texto integrado. Ejemplo: A. Apellidos, Nombre (Año), Título del libro, Editorial, Ciudad. B. Apellidos, Nombre, Apellidos, Nombre (Año), Título del libro, Editorial, Ciudad. C. Apellidos, Nombre (Año) "Título del capítulo de libro", en Nombre Apellidos (coordinador), Título del libro, Ciudad, pp. D. Apellidos, Nombre (Año) "Título del artículo", en Nombre Apellidos (coordinador), Título de la revista de Institución, Ciudad, Volumen, Número, pp.

9. La estructura mínima del trabajo incluirá una introducción que refleje con claridad los antecedentes del trabajo, su desarrollo y conclusiones. 10. Si se presenta el original impreso (incluyendo texto, gráficas, cuadros y otros apoyos), debe adjuntarse un disquete, o mejor aún, en disco compacto, con los archivos de texto en Word.

11. RVI se reserva el derecho de hacer los cambios editoriales que considere convenientes. No se devuelven los originales.

12. Los artículos podrán enviarse a la atención del director de la Revista Vectores de Investigación, del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL), ciecal@centro-ciecal.org

INFORMATION FOR CONTRIBUTORS

Revista Vectores de Investigación (RVI), Journal of Comparative Studies of Latin America (JCsLM), is a journal open to all disciplines related to social science, humanities and health in the context of specific regions and cities. It is also open to different viewpoints and methodologies; however, it has no responsibility for to the content of its papers. The originals of the manuscripts submitted to be considered for publication will undergo an editorial process comprising several stages:

1. The manuscripts submitted to RVI must have an eminently academic character. Due to the nature of the journal, it is impossible to accept journalistic or general comment papers about any subject.
2. The name of the author(s) or any other form of identification must only appear in the cover page.
3. The collaborations must be submitted in their final and complete version, since it will be impossible to accept changes once the refereeing and production processes have started.
4. Once it has been decided that the paper complies with the requirements established by the journal, it will be sent to two readers who anonymously will determine whether the article will be: A. Published without changes. B. Published once minor corrections have been made. C. Published once a major revision has been made or D. Rejected. In the case in which both results differ from each other, the article will be sent to a third referee, whose decision will determine the result of the refereeing process. In all cases, the results are unappeasable. The articles submitted by staff of an academic institution will always be submitted for consideration to referees external to it.
5. The authors agree to grant RVI permission to distribute their material in the journal, as well as in magnetic and photographic media. The patrimonial rights of the papers published in RVI are transferred to Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL), after the academic and editorial acceptance to publish and distribute the manuscript, both in print and electronically.
6. Likewise, the authors retain their moral rights as established by law. The main author will receive a copyright trans-

fer form that must be signed, with the understanding that the rest of the authors have given their agreement. The authors also retain their right to use the material in their papers in other works or books published by themselves, provided that they die RVI as the original source of the text. It is the responsibility of the authors to obtain the corresponding written permission to use material in their papers that is protected by Copyright Law.

7. The collaborations must include the following information: A. Title of the paper, preferably brief, which clearly refers to its content. It is considered accepted and convenient to have a subtitle in order to clarify and define the content of the collaboration. B. An abstract in the language in which the paper is written and that does not exceed 150 words. The abstract must contain concise information about the contents of the article: main results, method and conclusions. It must not contain tables, numbers, bibliographic references or mathematical expressions. It must also be accompanied by three to five keywords, which will be used for bibliographic indexation purposes. The RVI editorial office will be responsible for the appropriate translations. C. A front-page with general information about the authors, including: A. Full Name. B. Centre or Department of affiliation. C. Postal address of their institution. D. Maximum educational attainment (discipline and institution) and, current studies (in case this applies). E. Current research lines. F. Bibliographic references of the latest 3 or 4 publications (including page numbers). G. Mention to any other relevant professional activities or positions. H. Telephone and e-mail address.

8. The collaborations must have the following characteristics: A. The manuscript must be printed with 1.5 line spacing, in 11 point Times New Roman fonts and without truncated words. The extension of the manuscript must be between 15 and 40 pages for research papers (including tables, notes and bibliography); between 10 and 20 pages for critics papers and between 3 and 5 for book reviews. B. The manuscript must be typed using upper- and lower-case letters and with appropriate tildes and accents. In case of using Microsoft Word, the manuscripts must not have any given format, i. e. do not use indentations or paragraph spacing, do not apply styles, do not use special characters or more commands than the ones needed for sections and subsections in the paper. C. Tables,

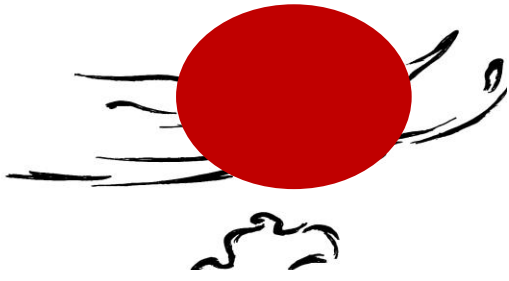
as well as graphs, figures and diagrams must be included in separate pages and grouped at the end of the manuscript. The main body must have clear information about the place where they must be inserted. In case they are submitted electronically, the graphs and tables must be sent in the most updated Microsoft Excel format. It is impossible to accept them in any other format, older software or inserted in the text file. The tables, figures, maps, plans must be numbered with Arabic numerals (table 1, 2, 3, etc.). The format of the latter must be jpg with 300 dpi as a minimum. D. Sections and subsections must be easily distinguished; to that end we recommend the usage of a decimal system. E. Citation of references must be in the Harvard system, in other words: author's surname, rumiearion and page, all in brackets: (Writer, 2000: 20). F. The bibliography must not be unnecessarily extended –include only the references cited in the text— and must include (in this order): name of the author, year of publication (in brackets), title of the paper (in quotation marks), tile of the book or journal (in italics), publisher, number, city and total number of pages in case of an integrated text. Example: A. Surname, Name (Year), Book title, Publisher, City. B. Surname, Name, Surname, Name (Year), Book title, Publisher, City. C. Surname, Name (Year) "Title of chapter in book" First name Last Name (coordinator or editing, for example), Book Title, City, C.Surname, Name (Year) "Title of magazine article" in Journal Title Institution, City, Volume, Number, pp.

9. The minimum structure of the paper must include an introduction that clearly reflects the background of the work, as well as its body and conclusions.

10. If the originals are submitted in print (including text, figures, tables and other support material), it is necessary to include a floppy or preferably a cd with the text files (MicroSoft Word or Word Perfect in rtf format compatible with pc) and the support material. The name of the files must be printed in the front of the disk. Notice that there must be a file per table and/or figure.

11. RVI reserves the right to make all the changes that are considered to be pertinent. The originals submitted to the editorial office will not be returned.

12. The manuscripts can be submitted to email ciecal@centro-ciecal.org



La publicación de esta revista la realizó el Centro de Investigación Estudios Comparativos de América Latina (CiECAL) dependiente del Centro Internacional de Investigación y de Estudios de América Latina A.C., con sede en México, en conjunto con la Academia de las Ciencias de América Latina y Europa (ACdCALE), Instituto Libre de Educación Digital (IIED) e Instituto de Estudios Históricos y Económicos (IEHE), Centro Internacional de Investigaciones Científicas (CIEIC) y Centro de Estudios y de Creación Artística y Literaria (CECAL) con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Se terminó de imprimir en junio de 2020 y segunda edición en 2023

revista vectores de investigación online
https://www.revista-vectores-de-investigacion.com

Historia y metodología del turismo

El análisis de la industria turística es reciente, a pesar de la antigüedad del desarrollo de esta actividad, aunque en este momento no es necesario establecer una cronología exacta de ambas cuestiones, sólo indicar que el contenido de este texto se inicia a finales del primer tercio del siglo XX, en el que se desarrolla de forma continuada el análisis teórico de la acción del turismo en España.
El objetivo de este texto es elaborar una introducción metodológica y conceptual, así exponer los efectos, factores y características generales del turismo.
La compresión metodológica del turismo es imprescindible antes de adentrarse en cualquier tipo de estudio que sobre el sector se pretenda realizar, sea este económico, histórico… o geográfico. Asimismo, es clave el conocimiento que se puede tener de los factores, efectos y características generales, que incide en la sociedad emisora y receptora, como en el propio destino turístico.

History and methodology of tourism

The analysis of the tourism industry is recent, despite the age of the development of this activity, although at this time it is not necessary to establish an exact chronology of both issues, only to indicate that the content of this text begins at the end of the first third of the 20th century, in which the theoretical analysis of the action of tourism in Spain is continuously developed. The objective of this text is to prepare a methodological and conceptual introduction, thus exposing the effects, factors, and general characteristics of tourism. The methodological understanding of tourism is essential before entering any type of study that is intended to be carried out on the sector, be it economic, historical... or geographic. Likewise, knowledge of the factors, effects, and general characteristics that affect the issuing and receiving society, as in the tourist destination itself, is key.

CIEAL

CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS DE AMÉRICA LATINA A.C.
revista vectores de investigación *online E-ISSN 2255-3371*
journal of comparative studies of latin america
htpps://revista-vectores-de-investigacion.com
ciecal@centro-ciecal.org
ISSN 1870-0128 E-ISSN 2255-3371

Vectores
de investigación