

# Bioética y Salud en América Latina

Dr. Victor Penchaszadeh

Presidente de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO  
Profesor de Genética y Derechos Humanos, Universidad Nacional de Tres de  
Febrero, Buenos Aires

Presentación ante el Congreso Internacional Universitario de Bioética  
Universidad del Azuay, 3-5 de octubre, 2018, Cuenca, Ecuador

En esta presentación daré una visión de la problemática actual y desafíos futuros de la bioética en relación a la salud en América Latina. Para ello me basaré en la perspectiva de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, (Redbioética UNESCO) que promueve una bioética laica basada en los derechos humanos y en las circunstancias y necesidades particulares de los pueblos de la Región. Aclaro que la responsabilidad de los análisis y propuestas que escucharán son exclusivamente mías y pueden no coincidir con documentos oficiales u opiniones de otros miembros de la Redbioética. Por otra parte, habiendo tantos y tan importantes actores de la bioética latinoamericana, he tomado la posición en esta conferencia, de no mencionar a ninguno por su nombre. Al final del texto podrán encontrar una lista básica de bibliografía sobre los temas sobre los cuales platicaré.

A poco de la publicación de *Puente al Futuro*, por Potter en 1971, el término *bioética* comenzó a diseminarse en ambientes académicos de los países desarrollados, al margen de que ese término no era del todo novedoso por haber sido acuñado previamente por el filósofo alemán Fritz Jahr en 1927, en un artículo en el que se refería a la relación ética del hombre y las otras especies vivientes. Lo cierto es que la repercusión de los escritos de Potter fue enorme y el término *bioética* quedó por cierto asociado a su nombre. En los ricos, la conjunción del desarrollo tecnológico acelerado, los gastos médicos excesivos y muchas veces superfluos, el autoritarismo médico y como contrapartida el crecimiento de movimientos sociales por la autonomía de los pacientes y contra la discriminación a las personas con discapacidades, puso a la sociedad norteamericana en un laberinto del que parecía difícil salir. Los diversos intereses en juego (el complejo médico-industrial, la industria de los

seguros médicos y los movimientos de pacientes, entre otros) estaban de tal manera enfrentados que resultaba difícil encontrar cursos de acción consensuados para salir del atolladero. La necesidad de repensar el curso que estaba tomando la sociedad para conciliar esos intereses contrapuestos hizo que la bioética, en los términos que planteaba Potter, apareciera como una disciplina apta para reflexionar sobre un desarrollo tecnológico no supeditado necesariamente a los intereses económicos de la industria, como estaba ocurriendo, sino en función de las necesidades humanas y del planeta. En la realidad sanitaria de Estados Unidos, el complejo médico-industrial era (y sigue siendo) la fuerza dominante que determinaba el desarrollo de la tecnología médica y lo imponía a la sociedad con el objetivo principal del beneficio económico a los inversores de Wall Street, por sobre los intereses y las necesidades de la población. De esta manera, se promovían prácticas médicas irracionales, caras y de bajo costo-efectividad (por ejemplo, uso de alta tecnología como panacea para enfrentar problemas de salud de predominante determinación social y prevenibles, tales como las enfermedades cardiovasculares, la prematuridad y los accidentes, entre muchos otros). Con este trasfondo, el pensamiento bioético en Estados Unidos estuvo condicionado desde el principio por una realidad no permeable a planteos que requirieran cambios sustanciales de la distribución del poder de determinación de políticas públicas (temas como el derecho a la salud y la obscenidad del lucro en la actividad médica estaban ausentes del debate bioético). Con esas limitaciones, la bioética se expandió en el primer mundo en dos vertientes principales: por un lado, encaminándose a definir normas éticas en las investigaciones biomédicas y, por el otro, a reflexionar sobre problemáticas bioéticas en el ámbito de la atención médica individual.

En lo que respecta a las investigaciones biomédicas, Estados Unidos priorizó un enfoque bioético principialista y utilitarista encarnado en el Informe Belmont, comisionado por el Congreso, que promulgó en 1979 el deber de respetar cuatro principios éticos en la investigación en seres humanos: (1) autonomía personal, expresada en la voluntariedad y el consentimiento informado; (2) beneficencia y no maleficiencia, expresadas como análisis de riesgos y beneficios; y (3) justicia, expresada como distribución equitativa de beneficios y perjuicios. Por otra parte, el Informe planteó la necesidad de

revisión ética de protocolos de investigación por comités independientes. Este Informe tuvo la intención de conciliar, por un lado, las presiones de la industria farmacéutica para que los controles éticos a los ensayos clínicos fueran lo menos rigurosos posibles, y por otro lado la necesidad de proteger a los sujetos de investigación como individuos. El Informe, sin embargo, en su enfoque reduccionista no consideró temas éticos mas amplios que trascendieran la esfera de la relación investigador-sujeto de investigación, o médico-paciente, tales como el derecho a la salud, la responsabilidad social en salud, la ética en la salud pública, la justicia sanitaria ni los derechos humanos de los participantes en investigaciones, aspectos que la naciente bioética latinoamericana luego enfocaría en profundidad.

En lo asistencial, los problemas bioéticos que concentraban el interés en los Estados Unidos y otros países desarrollados, estaban relacionados con el ejercicio de la autonomía individual en las relaciones médico-paciente y en las aplicaciones de adelantos biotecnológicos a problemas de frontera en la atención médica individual (tales como: ejercicio de la autonomía individual como valor bioético principal, mantenimiento artificial de la vida, reanimación de recién nacidos de extremo bajo peso, fertilización asistida y otros). Los dilemas éticos en estos campos estaban muy influenciados por la creciente conciencia de las limitaciones de la medicina y del paternalismo médico, de la importancia asignada a la autonomía personal y de los movimientos por los derechos de los pacientes que, unida a los costos médicos crecientes, pusieron en jaque al complejo médico-industrial.

A comienzos de la década de los 80 aún no estaba claro cómo iba a interactuar la bioética con los intereses contrapuestos mencionados de los actores de la realidad sanitaria. ¿Iba a ser un factor de cambio positivo que ayudara a salir de la irracionalidad sanitaria imperante, o iba a ser cooptada por los intereses económicos de la industria y la corporación médica? Pronto fue evidente que la bioética norteamericana, salvo excepciones, no estaba dispuesta a cuestionar el *status quo* de una medicina de alta tecnología con altos costos y baja efectividad sanitaria poblacional, en la que los intereses económicos de la industria farmacéutica y hospitalaria y de la corporación médica primaban por sobre la racionalidad médica y los derechos, intereses y necesidades de salud de la población. Los intereses de la medicina

corporativa y la estrecha relación de la industria con las instituciones académicas, con pagos multimillonarios a los principales líderes de la biomedicina de Estados Unidos y su influencia perniciosa en la educación de los profesionales de salud raramente eran tema de debate desde la bioética.

Dadas las características del imperialismo ejercido por los países centrales desde antaño sobre las naciones periféricas en aspectos económicos, políticos, militares, legales y culturales, no es de extrañar que la bioética haya sido desde sus comienzos, y siga siendo todavía, una de las tantas disciplinas con las cuales Estados Unidos intenta penetrar culturalmente en América Latina y otras regiones subdesarrolladas del mundo. En bioética, el instrumento de penetración ha sido y es el principalismo anglosajón, que pretende reducir la complejidad de las relaciones humanas sobre la salud y la vida a una corta y arbitraria lista de “cuatro principios”. Las modalidades de penetración son varias e incluyen, entre otras, la financiación de proyectos en América Latina desde el Centro Internacional Fogarty de los Institutos Nacionales de Salud para la difusión de la visión norteamericana de la bioética y los cursos de ética de la investigación basados en los principios del Informe Belmont. Los objetivos de lo que denominamos penetración cultural son la adoctrinación de profesionales de salud de los países periféricos en la visión anglosajona de la bioética, dotarla de legitimidad académica y no entorpecer las actividades de las industrias farmacéutica y biotecnológica en sus investigaciones clínicas y en la introducción de sus productos en el mercado de esos países.

En América Latina, la situación social y de salud es muy diferente a la de Estados Unidos y el resto de los países de altos ingresos. Siendo la región más inequitativa del planeta, predominan los problemas de salud relacionados con la pobreza, la injusticia social y la exclusión. Esta realidad, sin embargo, y por procesos históricos complejos durante el siglo XX, coexiste en muchos países de América Latina con una tradición de involucramiento del estado en la salud pública y en la prestación de servicios de salud. Por otra parte, ciertas particularidades culturales y educativas, a las que no son ajenos el origen latino y la influencia católica, imprimen en la población una tendencia a evitar la confrontación con los profesionales de la salud y a aceptar el paternalismo médico con mayor naturalidad que en sociedades más desarrolladas. El valor

*quasi* absoluto de la autonomía personal que ocurre en Estados Unidos, que se corresponde con particularidades culturales e históricas de ese país, tiene menor predicamento en la práctica asistencial en América Latina, donde son mas importantes la familia extendida, los sentimientos de pertenencia a la comunidad y la solidaridad, entre otros. Además, en la Región no existía la concentración mayoritaria de recursos de salud (tanto en inversión como en beneficios económicos) en el sector privado, que es lo que determinó en Estados Unidos el incentivo del desarrollo tecnológico en salud y la generación de tecnologías de alto costo y baja efectividad, contribuyendo al despilfarro de recursos y al mandato tecnológico, que lo convirtió en el país con mayores gastos médicos *per capita* del primer mundo, aunque con peores indicadores sanitarios.

La realidad sociocultural y económica latinoamericana hizo que la bioética anglosajona tropezara con muchos obstáculos en sus objetivos de penetración cultural. Por ello, si bien en América Latina la bioética en sus comienzos tuvo (y aún tiene en parte) esa influencia del utilitarismo y de su focalización en la problemática asistencial individual, eventualmente fue tomando una orientación alternativa, con un enfoque mas social, aunque con un pluralismo de influencias y orientaciones. En esta diversidad de orígenes y orientaciones ideológicas se incluyeron, entre otros, el pensamiento de la medicina social latinoamericana con fuertes críticas a las inequidades existentes y a la falta de vigencia del derecho a la salud en la Región, los movimientos por una mayor humanización de la medicina, las corrientes progresistas de sectores confesionales y la bioética laica basada en los derechos humanos. Estos desarrollos comenzaron en la década de los 80 en varios países, particularmente en Argentina, Brasil, Colombia y Chile, con gran diversidad ideológica, académica e institucional. Han habido experiencias académicas muy valiosas, incluyendo, entre muchas otras, las del Insituto de Humanidades Médicas y luego la Escuela Latinoamericana de Bioética en Argentina; del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos; de la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul y del Centro de Estudios e Investigación en Bioética de la Universidad de Brasilia. Unl convenio entre la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Chile, estableció el Programa Regional de Bioética con sede en esta ciudad. Sería imposible en

esta presentación reseñar con justicia la enorme riqueza y diversidad que tuvo el nacimiento, crecimiento y desarrollo, en sus diferentes orientaciones ideológicas, de la bioética latinoamericana, que por cierto están excelentemente reseñadas en la bibliografía adjunta. Por lo tanto, focalizaré mi presentación en la creación, desarrollo e influencia creciente en la bioética latinoamericana, de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, concediendo por cierto que se trata de una visión parcial.

Entre los organismos de Naciones Unidas, la UNESCO claramente fue pionera en fomentar la bioética como disciplina con la creación del Comité Internacional de Bioética y con varias declaraciones internacionales de suma importancia doctrinaria, como la del Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997), los Aspectos Éticos de los Datos Genéticos Humanos (2003) y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (2005). En 2003, un grupo de bioeticistas latinoamericanos con afinidad por la tónica impresa por UNESCO hacia una bioética laica, progresista y basada en los derechos humanos, se reunió en Cancún, México y creó la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética (Redbioética), con el apoyo del Programa de Ciencias Sociales de UNESCO para América Latina, que por entonces tenía sede en la oficina de UNESCO en México. A partir de entonces, y para marcar la afinidad del grupo con las políticas bioéticas de UNESCO, la Redbioética adoptó el sufijo UNESCO (Redbioética/UNESCO). Está constituida en forma voluntaria por bioeticistas de los países de América Latina y el Caribe, con diversidad y pluralismo ideológico y con el común objetivo de desarrollar doctrina y acciones de bioética laica basadas en los derechos humanos que se correspondiera con las particularidades culturales, sociales y políticas que determinan las prioridades bioéticas en la Región. Si bien la Redbioética/UNESCO es una organización no gubernamental y no regida por los estatutos y directivas de la UNESCO, sí mantiene una estrecha relación con el Programa de Bioética para América Latina y el Caribe de UNESCO, con sede en Montevideo. Esta relación se manifiesta en la colaboración con ese Programa en múltiples actividades, desde la realización de cursos, seminarios, jornadas y congresos, hasta la redacción de material educativo en bioética y la publicación on-line de la Revista RedBioética, en la que escriben destacados bioeticistas de la Región. Miembros de la Redbioética/UNESCO participan activamente como

consultores en varios proyectos del Programa, como el Programa de Educación Permanente de Bioética (PEPB, 2018), que existe desde hace 10 años y se realiza on-line anualmente en sendos Cursos de Bioética Clínica y Social y de Ética de la Investigación, a lo largo de un año académico, y que ya tienen mas de 2000 graduados de toda América Latina. Otras actividades del Programa de UNESCO en el que participan miembros de la Redbioética/UNESCO incluyen el Programa de Apoyo a las Comisiones Nacionales de Bioética por el que se capacitan a sus miembros en los países, en diversos aspectos de bioética en dos ciclos (fundamentos y prácticas), la Red Latinoamericana y del Caribe de Educación Superior en Bioética (RedLACEB), y el programa de capacitación de capacitadores en bioética.

En la Redbioética/UNESCO se agruparon bioeticistas latinoamericanos y caribeños con larga trayectoria y convencidos de que, por encima de diferencias evidentes, las poblaciones de América Latina y el Caribe comparten historia, tradiciones, cultura y estructuras socio-económicas que determinan condiciones de vida y de salud particulares, que a su vez han generado a lo largo de siglos cosmovisiones diversas que guían la conducta de las personas y comunidades y que, en la confrontación con las adversidades de la vida y la salud, son pasibles de análisis bioéticos que tengan en cuenta estas características.

Desde el comienzo de la existencia de la Redbioética/UNESCO, entre sus miembros prevalecía la opinión fundada de que la bioética anglosajona no era útil ni apta para enfrentar los profundos dilemas bioéticos prevalentes en nuestra región y que, como anoté arriba, tienen raíces en realidades muy diferentes de las existentes en los países de altos ingresos, y particularmente en Estados Unidos, como ser la pobreza, las inequidades, la exclusión social y las barreras al acceso a los servicios de salud.

Una de las motivaciones iniciales de los bioeticistas nucleados en la Redbioética/UNESCO fue sistematizar estas falencias de la bioética anglosajona, que estaba pujando por penetrar en la cultura latinoamericana. En primer lugar, se anotó la inconveniencia de aceptar acríticamente en América Latina concepciones surgidas en países centrales y dirigidas a sus propias realidades. Estaba claro, sin embargo, que los diversos países de altos

ingresos no son homogéneos y que entre ellos existen diferencias socioculturales, políticas y económicas, que explican a su vez las aproximaciones diversas de los enfoques bioéticos que prevalecen en cada uno de ellos. También era observable la falta de homogeneidad en la estructura social interna de esos países, que cuentan con subpoblaciones con problemáticas bioéticas propias semejantes a los países pobres, como ser bolsones de pobreza, falta de acceso a la salud, discriminación racial y problemas ligados a la inmigración, entre otros. En la crítica a la bioética norteamericana se apuntaba, por ejemplo, que estaba dirigida más a las necesidades de las clases medias y altas de origen blanco europeo y menos a los afroamericanos y latinos, lo que llevaba a la priorización como temas de análisis ético problemas límite provenientes del ejercicio de la autonomía individual y del uso de alta tecnología, como por ejemplo problemas al comienzo de la vida (infertilidad, prematuridad extrema), problemas del final de la vida (mantenimiento artificial de la vida, eutanasia), maternidad por encargo, fertilización asistida, uso de embriones, genómica y otros. En cambio, existían falencias en el análisis de los problemas éticos de la salud pública, del principio de justicia, de las desigualdades en salud, de la falta de vigencia del derecho a la salud, de la pobreza, la vulnerabilidad social y las inequidades en los sistemas de salud. De hecho, entre los temas que la bioética anglosajona ha sido remisa en abordar están la preeminencia del fin de lucro en la atención de la salud, la inmoralidad de las desigualdades en salud, la inacción de los estados en garantizar la salud como bien público, el deterioro ambiental, los abusos de la industria farmacéutica en las investigaciones con seres humanos realizadas en el exterior, el uso abusivo de la propiedad intelectual, el marketing y comercialización abusivos de medicamentos, la responsabilidad de la industria alimentaria en la actual epidemia de diabetes y obesidad, y muchos más. En su afán de aparecer neutra y aséptica, la bioética anglosajona recurre a la retórica discursiva y a enfoques individualistas que muchas veces contribuyen a legitimar el *status quo*. Los análisis de los miembros de la Redbioética/UNESCO concluyeron que la principal limitación de la bioética anglosajona principalista es que se basa en una doctrina funcionalista y reduccionista que pretende reducir arbitrariamente las discusiones bioéticas a cuatro principios: autonomía, beneficencia, maleficencia y un principio de

“justicia” cuya interpretación limitada parece hecha a medida para ocultar las causas profundas de la injusticia social en el mundo. Si bien esos enfoques pueden ser útiles en dirimir conflictos bioéticos individuales en la atención médica, claramente no ofrecen herramientas para enfrentar los problemas bioéticos que afectan a nuestras poblaciones y que hemos señalado arriba. La crítica al principalismo bioético anglosajón desde la Redbioética/UNESCO, se acentúa cuando se observan sus intentos de penetrar culturalmente en la región, cooptando y modelando las mentalidades de profesionales de la salud, investigadores y académicos.

**Cuáles son, entonces, las realidades latinoamericanas particulares en el campo de la salud, que reclaman un enfoque bioético particular?**

### **Colonialidad, discriminación y exclusión social**

Uno de los temas bioéticos clave en nuestros días que afectan la vigencia de la justicia y los derechos humanos, y por ende la salud en América Latina, son los problemas no resueltos de la historia de conquista, colonialidad y genocidio de pueblos originarios, acompañados de opresión, despojo y destrucción de su historia y su cultura, y que lamentablemente continúan hasta nuestros días. A la pobreza resultante del despojo y opresión, se agregan la estigmatización, la discriminación y la exclusión social de estos pueblos, con graves consecuencias para la salud.

La diversidad cultural extraordinaria y valiosísima de nuestra Región, con innumerables lenguas, historias y cosmovisiones, son menospreciadas por los poderes hegemónicos, a los que no escapa el modelo biomédico occidental. Si bien en nuestra realidad existen muchas y valiosas experiencias interculturales en el ámbito de la salud, tienden a perpetuar relaciones asimétricas de poder y estereotipos donde los que enseñan suelen ser los exponentes del mundo occidental, mientras que los que aprenden suelen ser los pueblos originarios.

### **Pobreza extendida**

La relación entre pobreza y salud es absolutamente conocida y en América Latina, la región más inequitativa del planeta, la pobreza sigue aumentando, mientras que por otro lado crece la concentración de la riqueza en cada vez menos manos, haciendo de la inequidad una realidad cotidiana oprobiosa. Los ingresos del 10% más pobre de la población han aumentado 3 dólares por año en los últimos 25 años, mientras que en ese mismo lapso los del 1% más rico han aumentado 182 veces. La pobreza y la inequidad tienen, como correlatos, malas condiciones de vida, déficit de trabajo, vivienda y educación, auge de enfermedades infecciosas, mentales y no transmisibles en general, malestar colectivo, violencia y quebrantamiento de la democracia.

### **Desmantelamiento de los sistemas públicos de salud**

Los estados de América Latina, ahora en su mayoría en manos de gobiernos conservadores, están renunciando a su obligación de asegurar el derecho a la salud y a su deber regulatorio. Existe un desfinanciamiento continuado de los sistemas públicos de salud y un crecimiento de los servicios privados y los seguros con fines de lucro. Bajo el eufemismo falaz de “cobertura universal de salud” y cediendo a las presiones de las corporaciones, el estado privatiza servicios sociales y de salud y se reduce apenas a gerenciar paquetes mínimos de atención de salud de baja calidad para los pobres. Los servicios de salud quedan en manos corporativas privadas empeñadas en excluir del sistema de prestaciones a las personas con trastornos que económicamente no les conviene atender. Para justificar estas políticas se esgrime el argumento falso de que el estado es incapaz de funcionar con la eficiencia que caracteriza al sector privado, lo que ha sido desmentido toda vez que, en distintos países, se han comparado costos, eficiencia y equidad de los servicios entre los sectores público y privado.

El desfinanciamiento del sistema público de salud es, con algunas excepciones, un común denominador en América Latina, lo que causa innumerables obstáculos a la vigencia del derecho a la salud. Largas esperas en los hospitales, maltrato a los pacientes, poca capacidad de solucionar problemas de salud y deficiencias de acceso a medicamentos esenciales, entre otros.

## **Distorsión de las prioridades en salud**

La sujeción a los intereses del complejo médico/industrial/financiero internacional existente en ALC lleva a una distorsión de las prioridades del gasto en salud, por el cual la “**medicina individualizada**” y la **alta tecnología** se hacen aparecer como panaceas para la salud, ignorando que el factor más relevante en el proceso de salud/enfermedad/atención es su determinación social.

Entonces, lo que vemos es la ultra-simplificación y distorsión por los medios de comunicación masiva de hallazgos científicos y promesas de curaciones rápidas de las enfermedades por medio de alta tecnología. Los enfoques de prevención, tratamiento e investigación enfatizan excesivamente los determinantes biológicos y genéticos de enfermedad, en desmedro de los determinantes sociales/ambientales, responsables principales de las diferencias en niveles de salud poblacional. Así, el estar sano o enfermo pasa a ser responsabilidad del individuo y no de su entorno social o de las barreras al acceso al sistema de salud (culpabilización de las víctimas). Privilegiar la responsabilidad de los genes en la causalidad de enfermedades, es un propuesta reduccionista que lleva a enfoques exclusivamente “genómicos” para prevenir y controlar las enfermedades comunes, que no son necesariamente eficaces y ni seguros para la salud colectiva.

El costo de la alta tecnología requerida para estos enfoques seguramente aumentará las inequidades y vulnerará la vigencia del derecho a la salud. Y sin embargo, asistimos a su promoción como panacea para la prevención y tratamiento de enfermedades, aún en los casos en que su eficacia y seguridad no estén demostradas, y por otro lado a una desvalorización y ocultamiento de la determinación social del proceso salud-enfermedad-atención. Por otra parte, el **mercantilismo** de las grandes corporaciones del complejo médico-industrial-financiero (las industrias farmacéutica, biotecnológica, de tecnología médica, de aseguradoras, y la propia corporación médica) lleva a la **medicalización** de la vida y la salud, lo que resulta funcional a esos intereses y contraria a los intereses de salud de la población.

## **Derechos sexuales y reproductivos**

Este es un tema en el que América Latina claramente marcha muy retrasada con respecto al resto del mundo, y a diferencia de los otros temas que toqué, no es debido a razones económicas, sino fundamentalmente políticas y culturales. La criminalización del aborto en ALC, motorizada por la iglesia católica a contramano con lo que ocurre en la mayor parte del mundo, no va a conseguir nunca disminuir el número de abortos inseguros, que son mas de 2 millones por año, y la causa principal absolutamente demostrada de mortalidad materna en la región. La falta de políticas reales de educación sexual y de acceso equitativo a contraceptivos, asociada a la falta de educación y de oportunidades de trabajo para los jóvenes no hace mas que empeorar el estado de cosas y generando sufrimiento. En varios países de la Región, la tozudez de los poderosos sectores opuestos al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, fue enfrentado con movilizaciones de centenares de mujeres por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, que casi en Argentina. En el caso de Argentina, si bien después de que fuera aprobado el proyecto de ley en la Cámara de Diputados, se perdió por pocos votos en el Senado, lo cierto es que la batalla cultural fue ganada abrumadoramente, y el solo hecho de haber convertido un tema tabú en un debate abierto y transparente en toda la sociedad, confirma que la oposición al aborto es un problema político motorizado por la jerarquía de la iglesia católica y augura que es solo cuestión de tiempo para que en Argentina el aborto pase a ser aceptado culturalmente y legalmente como en la mayoría de los países del mundo.

### **Los comités de bioética**

Si bien muchos países de ALC tienen legislación que exige que los proyectos de investigación clínica sean revisados y evaluados por **comités de ética de la investigación**, las disposiciones que los regulan son en general sumamente laxas. Estos comités generalmente no tienen la capacidad ni los recursos necesarios para su trabajo ni disponen del poder para enfrentar el poderío de la industria patrocinadora y sus conexiones con el poder político. La ausencia de registros nacionales de proyectos de investigación conspira contra la efectividad de los comités de evaluación.

En lo que respecto a los **comités de bioética asistencial**, reina un voluntarismo encomiable por parte de profesionales de salud para introducir los conceptos de bioética en sus encuentros con los pacientes a nivel de los establecimientos de salud de la situación. Sin embargo, es preocupante que en su mayoría no tienen legislaciones que los sostengan y menos aún recursos específicos para funcionar. Por otra parte, el balance del poder en la atención médica sigue favoreciendo la autoridad de los profesionales de salud (especialmente los médicos), en desmedro del derecho de los pacientes a una deliberación democrática en relación a la atención de su salud.

### **Abusos del complejo médico-industrial-financiero**

La industria farmacéutica transnacional se caracteriza por acciones contrarias a la ética y a la salud de la población, tales como:

- Creación de nuevas enfermedades
- Reducción de umbrales para el diagnóstico de enfermedades
- Manipulación de leyes y de acuerdos internacionales
- Presión a los Estados para proteger sus monopolios, propulsando legislaciones injustas o amenazando con desabastecimiento de medicamentos si no se accede a precios extorsivos.
- Abuso del régimen de patentes.
- Manipulación de ensayos clínicos, tal como diseño de estudios para asegurar resultados favorables o uso de grupos control con placebo, aún en enfermedades para las que existe tratamiento.
- Promoción antiética de productos de dudoso valor.
- Captura de las agencias estatales reguladoras para reducir los requisitos de evaluación de nuevas drogas, a través de lobbies y presiones políticas y económicas, de comités de expertos con conflictos de interés, y el financiamiento de las agencias reguladoras por la propia industria.
- Precios exorbitantes de los medicamentos, que no responden a ninguna racionalidad o criterio económico, salvo el lucro desmedido, siguiendo la máxima que el precio de un medicamento es “el que el mercado está dispuesto a pagar”.

- Marketing engañoso y corrupto que ensalza productos y servicios de manera engañosa a profesionales y pacientes, creando riesgos de daño a éstos.

### **Abusos de los derechos humanos en las investigaciones clínicas**

La industria farmacéutica continúa influyendo en el vaciamiento de los contenidos de la Declaración de Helsinki, relajando los requisitos éticos en las investigaciones clínicas, incluyendo el uso de control con placebo aún en enfermedades que tienen tratamiento, y los beneficios post-investigación. Asimismo, la tercerización comercial de ensayos clínicos en países periféricos (CROs: “contract research organizations) y SMOs (“site-management organizations”) se acompaña habitualmente de relajación de controles éticos. El secreto sigue siendo el común denominador de sus acciones, incluyendo el control del análisis de resultados, y cuando no le son convenientes no se publican.

Las investigaciones clínicas de la industria farmacéutica responden más a los intereses económicos multinacionales y que a las necesidades de salud de las poblaciones de América Latina, y es común que los derechos humanos de los participantes no sean tenidos adecuadamente en cuenta. Ejemplos notorios de ello es la introducción en el mercado de productos superfluos o de dudosa eficacia, la medicalización de la vida y la salud, y los precios exorbitantes de los medicamentos.

### **Destrucción del medio ambiente**

La economía extractivista y depredadora que se expande en América Latina, tiene como correlato la degradación del medio ambiente, las condiciones de vida y las migraciones multitudinarias en búsqueda de mejores oportunidades. Estas migraciones, a su vez, generan desafíos éticos de primera magnitud por el destierro que implican, la ruptura de lazos familiares, la mala acogida en los países receptores y la estigmatización y violencia contra los migrantes.

### **Secuelas de las dictaduras y terrorismo de estado**

Varios países de América Latina fueron sojuzgados en su pasado reciente por regímenes dictatoriales al servicio de las clases dominantes, que cometieron violaciones flagrantes a los derechos humanos, con el objetivo de asegurar el neoliberalismo económico, y con él la destrucción de las economías de los países latinoamericanos y la preeminencia de sectores económicos aliados a Estados Unidos. Éste, a la vez, impuso a los países la “doctrina de seguridad nacional” en medio de su guerra fría con la entonces Unión Soviética, con el resultado de una feroz represión ilegal y jamás vista antes, a los sectores populares, con miles de desapariciones forzadas, genocidios, apropiación de niños de disidentes políticos y supresión de su identidad, a la vez que aumentaba la pobreza y el tejido social se fragmentaba.

Las secuelas de los regímenes autoritarios y terrorismo de estado han generado una conciencia sobre la vigencia de los derechos humanos y la necesidad de memoria, verdad, justicia y reparación de las violaciones, que tiene muchas conexiones con la bioética. En Argentina, uno de los países que más sufrió el terrorismo desde el poder omnímodo del estado, se tuvo que enfrentar a las secuelas de 360 centros de exterminio, de 30.000 desapariciones forzadas de jóvenes adultos, y de cerca de 500 bebés nacidos en cautiverio y apropiados por personeros de la dictadura luego de asesinato de sus madres. El movimiento latinoamericano de defensa de los derechos humanos, originado durante las dictaduras y desarrollado luego en democracia con gran inserción social, es contemporáneo del movimiento por una bioética con conciencia social, preocupada por la inequidad y la injusticia que, un par de décadas después, fue fundamental en la génesis y aprobación de la Declaración Internacional de Bioética y Derechos Humanos por la UNESCO. Esta hibridación entre bioética y defensa de los derechos humanos ha devenido en un trabajo en común a nivel académico y político, que se ha hecho emblemático en América Latina.

## **La Bioética**

### **La bioética latinoamericana frente a la realidad de la Región**

La realidad esbozada precedentemente, si bien no agota, ni mucho menos, la caracterización de la grave situación de los problemas de salud en Latinoamérica, es la que ha estado motivando a pensadores latinoamericanos para generar visiones bioéticas propias desde la Región que permitan analizar, comprender, denunciar y sobre todo, *actuar*, para cambiar el estado de cosas.

Por las razones abundantemente expuestas arriba, este autor considera que la *bioética hegemónica anglosajona*, proveniente de los países centrales, contemporiza con el mercantilismo del complejo médico-industrial-financiero y el sistema económico depredador imperante. Esta bioética convalida por omisión el orden imperante y opera como instrumento de dominación cultural en América Latina y otras regiones del mundo. Su retórica individualista contrasta con su visión benevolente de los abusos éticos de la industria farmacéutica y de la falta de vigencia del derecho a la salud.

Por otra parte, las bioéticas basadas en *preceptos confesionales* se enfrentan con el problema que no pueden ni deben influir en las normas bioéticas destinadas a toda la población, que incluye creyentes y no creyentes. Efectivamente, las corrientes bioéticas confesionales, por basarse en dogmatismos religiosos y verdad revelada para los creyentes, no son aptas para el diálogo pluralista. Son los mismos preceptos en los que se apoyó hace 500 años la invasión colonial y el genocidio de pueblos originarios en América y, en épocas más recientes, los terrorismos de estado que asolaron a nuestros países.

La Redbioética/UNESCO ha impulsado en sus 15 años de existencia una bioética laica preocupada por la equidad, la justicia y la vigencia de los derechos humanos, siguiendo los lineamientos de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO. Este compromiso social, sin embargo, no implica en absoluto dejar de lado el análisis de los conflictos individuales en la atención de la salud, el resguardo de la autonomía de las personas en el cuidado de su salud, y la valoración de la relación equitativa entre pacientes y profesionales de salud. Sin entrar en detalles, es pertinente mencionar que algunos miembros de la Redbioética/UNESCO han hecho propuestas de visiones de bioética enraizadas en la realidad latinoamericana, como la **bioética de protección** y la **bioética de intervención**. La primera

plantea que las inquietudes sanitarias más prominentes en la Región ocurren en la esfera pública con el estado a cargo de programas de salud pública relacionados con la prevención, higiene y educación. En este contexto la ética de protección plantea 5 propuestas: beneficencia, eficacia, no discriminación en la distribución de riesgos de las acciones de salud colectiva, restricciones parciales a la autonomía individual para permitir el interés colectivo, y la obligatoriedad de los programas sanitarios. Por otro lado la **bioética de intervención** reivindica un papel activo de la bioética como factor de cambio con intervenciones concretas para mejorar las injusticias e inequidades en la Región, como la pobreza, la injusticia, las asimetrías de poder y la falta de vigencia del derecho a la salud.

Más allá de las terminologías, está claro que la bioética en América Latina no puede ser solo contemplativa y discursiva sino que además de denunciar, debe proponer acciones concretas para disminuir las injusticias, solucionar la crisis de la salud en la Región y procurar el bien común. Para ello debe confrontar las realidades de la Región, con una visión secular pluralista y no dogmática, basada en los derechos humanos y que responda a las necesidades.

Para finalizar, quisiera citar los que a mi juicio son los objetivos que debe plantearse la Bioética en América Latina, así como las estrategias para lograrlos, tal como los publiqué este año en el No. 15 de la Revista de la Rebioética/UNESCO:

**Objetivos:**

1. Enjuiciar éticamente las bases distributivas injustas e irracionales de la riqueza que imperan en nuestros países.
2. Defender como base fundamental de la bioética la vigencia de los derechos humanos (a la identidad, a la salud, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a un ambiente saludable, entre otros).
3. Defender el derecho a la salud a través de sistemas públicos de salud universales, gratuitos y de calidad, bajo la responsabilidad del estado
4. Enjuiciar la medicalización de la salud y la vida, y defender la concepción del Buen Vivir.

5. Defender la diversidad cultural y la revalorización de los saberes ancestrales de los pueblos originarios.
6. Defender la Tierra y el medio ambiente contra las economías extractivistas y depredadoras.
7. Defender la democracia y el pluralismo como ejes no negociables de la participación y el empoderamiento ciudadano por la salud y la vida.
8. Velar porque las investigaciones de salud no persigan objetivos de lucro de la industria sino que se originen en nuestros países, vayan dirigidas a llenar los vacíos de conocimiento para la solución de nuestros problemas de salud y se respeten los principios éticos y los derechos humanos de los participantes y la población en general.
9. Valorizar la determinación social del proceso salud/enfermedad/atención como eje para la comprensión del fenómeno de salud/enfermedad y para el diseño de políticas de promoción y protección de la salud.
10. Capacitar a la ciudadanía en bioética

### **Estrategias Para Lograr los Objetivos Propuestos**

1. Buscar alianzas con otras disciplinas y actores sociales que persiguen objetivos similares (la medicina social, el movimiento sanitario de la salud colectiva, los movimientos ecologistas, los movimientos de pueblos originarios, los movimientos de pacientes y otros movimientos sociales), aportando los saberes, prácticas y métodos de análisis propios de la Bioética.
2. Desacralizar la supuesta y errada neutralidad e infalibilidad de la tecno-ciencia.
3. Deconstruir y develar los verdaderos sentidos de las bioéticas que los países centrales pretenden imponernos.
4. Aplicar el enfoque bioético a las investigaciones sobre violaciones a los derechos humanos.
5. Capacitar colectivos interdisciplinarios en bioética que incluyan integrantes de movimientos sociales y de pueblos originarios, movimientos de pacientes, movimientos ecológicos y otros. La

Redbioética UNESCO está comprometida en la formación de estos cuadros en todo el continente a través de la enseñanza de la bioética en pregrados y la educación permanente en bioética a profesionales graduados.

6. Oponerse a los esfuerzos de “despolitización” de la bioética, pues son funcionales a los intereses del *status quo*. Los que enarbolan la bandera del “apoliticismo” de la bioética, en realidad, y aunque no lo reconozcan y se escuden en una supuesta “neutralidad” y “seriedad académica”, están haciendo política en sentido contrario al que he esbozado en esta presentación. Ninguna bioética puede alegar que no es política.

Los pueblos de América Latina y el Caribe esperan que los intelectuales en general, y los bioeticistas en particular, nos comprometamos por la justicia social y la vigencia de los derechos humanos para el bienestar y la salud de la sociedad y el planeta. Somos conscientes, sin embargo, que la contribución de la bioética al cambio social tan necesario, será mínima comparada con la del conjunto de los movimientos políticos, económicos, sociales y culturales que ya están en curso.

## **Bibliografía**

Angell M (2006). *La verdad acerca de la industria farmacéutica. Cómo nos engaña y qué hacer al respecto*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

Arpini AM (2013). Para una fundamentación de la Bioética de Intervención Aportes desde la Ética de la liberación latinoamericana. *Revista de la Redbioética* No. 8:12

Bergel SD (2010). La Bioética. En: Dussel E, Mendieta E y Bohórquez C (eds). *El pensamiento filosófico latinoamericano, del Caribe y “latino”*. México: Siglo XXI Editores. Pp.446 y ss.

Ciencia del Sur (2018). La Comisión Nacional de Bioética de Paraguay. Accesible en: <https://cienciadelsur.com/2018/03/05/unesco-modelo-comision-de-bioetica-paraguay/>

Franco S (2006). Ética de la investigación en salud pública. En: Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A (coords). (2006): *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Redbioética /UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. P. 137-165.

Garrafa V, Porto D (2003). Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, Vol. 17, Nos. 5-6, 2003, págs. 399-416.

Garrafa, V (2005). De uma bioética de princípios a uma bioética interventiva. *Bioética* (Conselho Federal de Medicina). 13: 125-134.

Garrafa V, Kottow M, Saada A (2005) (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México, UNAM y Redbioética UNESCO.

Garrafa V y Porto D (2008). Bioética de intervención. En: Tealdi JC (ed): *Diccionario latinoamericana de bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Redbioética/UNESCO. p.162.

Garrafa V y Manchola C (2016). Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. *Revista de la Redbioética* No.13:66. Accesible en <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/social-and-human-sciences/bioethics/>

Hellmann F, Garrafa V, Schlemper BR, Bittencourt, S. (2015). The Foggarty Training Program in Low- and Middle-Income Countries: International Research Ethics Education or Moral Imperialism? *Archives of Medical Research* 46: 515-516.

Homedes N, Ugalde A (2012) (Eds): *Ética y Ensayos Clínicos en Latinoamérica* Buenos Aires, Editorial Lugar.

Junges R (2016). Bioética, pobreza y exclusión. En: *VI Congreso Internacional de la Redbioética UNESCO*: Costa Rica.

Justo L (2012). Bioética en América Latina y el Caribe. Hacia un giro descolonial? *Revista de la Redbioética*. No. 6: 9-10. Accesible en <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/social-and-human-sciences/bioethics/>

Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A (coords). (2006). *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Redbioética /UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.

Kottow M (2004). Por una ética de protección. III World Conference on Bioethics. Cuenca, España, Sociedad Internacional de Bioética, 11:24-34.

Kottow M (2005). Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en Bioética. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (2005) (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México, UNAM y Redbioética UNESCO. p. 1-29.

Kottow M (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica*. Bogotá: Redbioética/UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.

Kottow M (2009). Bioética de Proteção: Considerações sobre o contexto latino-americano. En: Schramm FR, Rego S, Braz M y Palacios M (orgs) *Bioética riscos e proteção*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ. Pp 29-44.

Lamn E (2012). El desarrollo de la bioética en Latinoamérica En: Casado M, Luna F (eds). *Cuestiones de Bioética en y desde latinoamérica*. Thomson Reuters, Pamplona. Pp 101-124.

Martinez Bullé Goyri, V. (2017). Coord. Consentimiento Informado. Fundamentos y problemas de su aplicación práctica. Ciudad de México,

Universidad Nacional Autónoma de México. 300 p

OXFAM, 2017. Informe OXFAM 2017. [www.oxfam.org](http://www.oxfam.org) 2017.

Penchaszadeh VB (2007). Bioética y Medicina Social: Una Confluencia Necesaria. *Revista Brasileira de Bioética*. 3, (2):129-149, 2007.

Penchaszadeh VB (2012). Aspectos éticos del uso de tecnologías genéticas para la salud y la identificación humana en América Latina. En: Casado M, Luna F (eds). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. 2012, Thomson Reuters, Pamplona.

Penchaszadeh VB (2006). Ética de la Investigación en Genética Humana. En: G. Keyeux, VB Penchaszadeh, A. Saada (editores). *Ética de la Investigación en Biomedicina y Salud Pública*. Redbioética/UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. p 87-112.

Penchaszadeh V (2012). La Red bioética de UNESCO, instrumento de análisis y acción sobre los problemas de la vida y la salud en América Latina. *Revista de la Redbioética*. No. 8:. Accesible en: <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-8>

Penchaszadeh V (2017). Bioética en los tiempos de América Latina. *Revista Bioética*, Redbioética/UNESCO, Año 8, Vol. 1, No 15, enero – junio de 2017, pag 106-112. Accesible en: <http://redbioetica.com.ar>

Pessini L y Barchifontaine CP (2007), (org) *Bioética na Ibero-América: historia y perspectivas*. Sao Paulo, Centro Universitario San Camilo: Loyola.

Rodriguez del Pozo P y Mainetti JA (2009). Bioética sin Mas: Past, present and future of Latin American bioethics, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 18:270-279.

Schramm FR y Kottow M (2000). Principios bioéticos y salud pública: limitaciones y propuestas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17:4.

Schramm FR (2005). ¿Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latinoamericana y caribeña de protección. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (2005) (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: UNAM y Redbioética UNESCO pp. 165-186.

Tealdi JC (2005). Los principios de Georgetown. Análisis crítico. En: Garrafa V, Kottow M, Saada A (2005) (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: UNAM y Redbioética UNESCO. p 35-54.

Tealdi JC (2008). (ed) : *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Redbioética/UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.

Transparency International (2016). New Report on Corruption in the Pharmaceutical Sector. <https://www.transparency.org>

Ugalde A, Homedes N (2015). El impacto de los investigadores fieles a la industria farmacéutica en la ética y la calidad de los ensayos clínicos realizados en Latinoamérica. *Salud Colectiva Buenos Aires* 11:67-86.

UNESCO REDLACEB. Accesible en: [http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/about-this-office/single-view/news/unesco\\_lac\\_network\\_for\\_higher\\_education\\_in\\_bioethics\\_at\\_cres/](http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/about-this-office/single-view/news/unesco_lac_network_for_higher_education_in_bioethics_at_cres/)

UNESCO PEPB, 2018: Programa de Educación Permanente de Bioética . Accesible en: [www.redbioetica-edu.com.ar/index.html](http://www.redbioetica-edu.com.ar/index.html)

Verges C (2012). Salud Pública en América Latina. En: Casado M, Luna F (eds). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. 2012, Thomson Reuters, Pamplona. Pp 309-332

Vidal SM (2006) ¿Ética o mercado? Una decisión urgente. Lineamientos para el diseño de normas éticas de investigación en América Latina. En: Keyeux G, Penchaszadeh V, Saada A (coords). (2006). *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. Redbioética /UNESCO y Universidad Nacional de Colombia. P 191-232.

Vidal S (2012) (Ed). La educación en bioética en América Latina y el Caribe. Experiencias y desafíos. Montevideo, UNESCO. Accesible en: <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/social-and-human-sciences/bioethics/>

Vidal S (2013). Veinte años de Bioética en la UNESCO y diez años de Redbioética. Una mirada desde Latinoamérica. *Revista Redbioética/UNESCO* No. 8:29-45. Accesible en: <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-8>