



**BIOÉTICA, SALUD Y COMPLEJO
MÉDICO-INDUSTRIAL- FINANCIERO.
UNA VISIÓN DESDE AMÉRICA
LATINA**

Víctor Penchaszadeh

BIOÉTICA, SALUD Y COMPLEJO MÉDICO-INDUSTRIAL- FINANCIERO. UNA VISIÓN DESDE AMÉRICA LATINA

Víctor Penchaszadeh¹

Resumen

La bioética reflexiona sobre cuestiones éticas en las ciencias de la salud y la vida. Por lo tanto, interactúa con las circunstancias económicas, políticas y sociales y está influenciado por los intereses económicos y comerciales que dominan la actividad médico-sanitaria y la vida. La bioética se originó en los Estados Unidos con un modelo de pensamiento "principalista", o "anglosajón", favoreciendo cuatro principios (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) e ignorando las actividades sociales, económicas y políticas que forman parte de las actividades humanas. Esta bioética se expandió hegemónicamente a nivel global, siguiendo los intereses del complejo médico-industrial-financiero y actuando como instrumento de dominación cultural a nivel mundial. En América Latina surgió hace 20 años un pensamiento biotético contrahegemónico secular basado en los derechos humanos y la justicia social. Este artículo hace un análisis crítico de las falacias de la bioética anglosajona y las contrasta con la visión latinoamericana de una bioética arraigada en lo social y basada en los derechos humanos que promueve acciones para abordar las deficiencias éticas del sistema económico mundial que nos rige, siguiendo los principios promulgados por la UNESCO en la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos en 2005.

Palabras clave: bioética; derechos humanos; complejo médico industrial; industria farmacéutica; derecho a la salud; justicia social; sistemas de salud; discriminación, exclusión social, inequidades

Resumo

A bioética reflete sobre questões éticas na saúde e nas ciências da vida. Assim, interage com circunstâncias econômicas, políticas e sociais e é influenciada pelos interesses econômicos e comerciais que dominam a atividade e a vida médico-saúde. A bioética originou-se nos Estados Unidos com um "principalista", ou "anglo-saxão", modelo de pensamento, favorecendo de forma reducionista quatro princípios (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) e ignorando o social, econômico e político que faz parte das atividades humanas. Essa bioética expandiu-se hegemonicamente em nível global, seguindo os interesses do complexo médico-industrial-financeiro e atuando como instrumento de dominação cultural em todo o mundo. Na América Latina, um pensamento biotético contra-hegemônico secular baseado nos direitos humanos e na justiça social surgiu há 20 anos. Este artigo faz uma análise crítica das falácias da bioética anglo-saxã e contrasta-as com a visão latino-americana de uma bioética enraizada no social e baseada em direitos humanos que promove ações para sanar as deficiências éticas

¹Universidad Nacional de Tres de Febrero



do sistema econômico mundial que nos governa, seguindo os princípios promulgados pela UNESCO na Declaração Universal de Bioética e Direitos Humanos em 2005.

Palavras-chave: bioética; direitos humanos; complexo industrial médico; indústria farmacêutica; direito à saúde; justiça social; sistemas de saúde; discriminação, exclusão social, iniquidades

Abstract

Bioethics reflects on ethical issues in the health and life sciences. As such, it interacts with economic, political and social circumstances and is influenced by the economic and commercial interests that dominate medical-health activity and life. Bioethics originated in the United States in the 70s with a model of "principlist, or "Anglo-Saxon" thinking, favoring in a reductionist way four principles (autonomy, beneficence, non-maleficence and justice) and ignoring the social, economic and political that is part of human activities. This bioethics expanded hegemonically at a global level, following the interests of the medical-industrial-financial complex and acting as an instrument of cultural domination throughout the world. In Latin America, a secular counter-hegemonic bioethical thought based on human rights and social justice emerged 20 years ago. This article makes a critical analysis of the fallacies of Anglo-Saxon bioethics and contrasts them with the Latin American vision of a bioethics rooted in the social and based on human rights, which does not remain in the discursive, but promotes action to remedy the ethical shortcomings of the world economic system that governs us, following the principles promulgated by UNESCO in the Universal Declaration of Bioethics and Human Rights in 2005.

Keywords: bioethics; human rights; medical industrial complex; pharmaceutical industry; right to health; social justice; health systems; discrimination, social exclusion, inequities.



BIOÉTICA, SALUD Y COMPLEJO MÉDICO-INDUSTRIAL- FINANCIERO. UNA VISIÓN DESDE AMÉRICA LATINA

Introducción

La bioética nació en los años 70 en Estados Unidos, como una disciplina cuyo objetivo era la reflexión sobre los problemas éticos que ocurren en el accionar de las ciencias de la salud y la vida. En la práctica, y dadas las características de su país de origen (y al contrario de lo que pregonó Van Rensselaer Potter), los temas que ocuparon su atención fueron principalmente las tensiones éticas en la atención médica individual, el uso (y mal uso) de la alta tecnología en medicina y las investigaciones biomédicas en seres humanos (Potter, 1970, 1971). Esta bioética eventualmente, se dio en llamar “anglosajona” o “principalista”, por privilegiar en los análisis éticos sólo cuatro principios promulgados inicialmente por una comisión del Congreso de Estados Unidos (Tealdi, 2005): autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, dejando fuera de estudio muchos temas, particularmente los de índole social. En los años 80 y 90 la bioética anglosajona se expandió en forma hegemónica en los países desarrollados y en América Latina, con mucho apoyo de la industria farmacéutica multinacional, interesada en el lucro y en que los principios éticos que rigen en los ensayos clínicos para la creación de nuevas drogas, medicamentos y vacunas no entorpezcan o retarden las investigaciones. Por otro lado, grupos religiosos, especialmente católicos, penetraron sus ideas en la bioética con sus valores propios, generalmente basados en los dogmas religiosos. En América Latina, y merced a la acción de intelectuales, filósofos y eticistas laicos, progresistas y con compromiso social, la bioética evolucionó hacia un enfoque social con base en la doctrina de los derechos humanos y tomando como campos propios de estudio y acción las facetas éticas de las acciones de salud colectiva, la equidad y la justicia de los sistemas de salud y, más en general, el derecho a la salud y a la vida (Garrafa, 2005; Schramm, 2005; Penchaszadeh, 2007, 2017; Garrafa y Porto, 2008; Vidal, 2010; Junges, 2016). De esta manera, más que hablar de *la* bioética, correspondería utilizar el plural (*las* bioéticas) para referirse a las diversas corrientes bioéticas, dependiendo de factores de poder e ideológicos en juego.

La bioética contribuyó a la noción de que la existencia y el bienestar humanos están íntimamente ligados a un ambiente saludable, en sintonía con saberes ancestrales de pueblos originarios que defienden el derecho al buen vivir. Estas nuevas preocupaciones por las circunstancias sociales de la vida humana llevaron a la bioética a adoptar los postulados de justicia social y de derechos humanos como pilares de sus análisis y acciones, y a convertirse así en una disciplina más social y política que biomédica, basada en los derechos humanos, que identifica injusticias sistémicas, como los obstáculos a la vigencia real del derecho a la salud, la depredación del ambiente, el deterioro de lo público en muchos órdenes de la vida, la generación de desigualdades sociales y la desvalorización de la democracia (Justo, 2012). Un ejemplo de estas posturas es que la bioética comenzó a analizar porqué la pandemia del Covid 19 afecta desproporcionadamente a los pobres, los socialmente marginados por el racismo, la homofobia o las discapacidades, así como por su condición de indígenas, afrodescendientes o migrantes (Penchaszadeh, 2020; Vidal, 2021). Esta nueva postura de la bioética, especialmente en América Latina, implicaba que las



políticas de salud debían tener como valores rectores el respeto a la dignidad humana, a la justicia y a la equidad, y el reconocimiento de que los derechos humanos son indivisibles e interdependientes. La bioética basada en los derechos humanos plantea que el derecho a la salud no se puede ejercer en ausencia de los derechos a la educación, a la alimentación, a la vivienda y al trabajo, entre otros.

Derecho a la salud

De acuerdo a la OMS la salud es el “completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Desde la segunda mitad del siglo XX el derecho a la salud ha sido reconocido en numerosos tratados internacionales. Entre éstos cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos de Naciones Unidas (Naciones Unidas, 1948) que en su artículo 25 establece que “Toda persona tiene un derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. Otro instrumento fundamental es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (Naciones Unidas, 1966), que en su Artículo 12 establece que “Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y que para hacerlo realidad deben “adoptar medidas hacia la realización progresiva hasta el máximo de los recursos de que dispongan”. El Pacto contiene estándares de desempeño justiciables para que los Estados implementen el derecho y rindan cuentas ante la comunidad internacional. Establece que las responsabilidades de los estados van más allá de los servicios de atención médica y más allá de paquetes mínimos de servicios. Al ser justiciables, otorga herramientas a individuos y comunidades para hacer valer su voz en las decisiones que definen, controlan o afectan su bienestar y su salud.

Estos tratados han sido seguidos por muchos otros instrumentos regionales e internacionales donde se establece y se especifica la responsabilidad de los estados en la salud de la población, en particular la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO en 2005. Lamentablemente, la situación social, económica y de salud en el mundo revela que el derecho a la salud no se cumple. Una recorrida rápida y necesariamente incompleta sobre algunos indicadores clave provee una imagen de graves irregularidades e injusticias. El 1% más rico del mundo tiene más dinero que el 99% restante del planeta, y sólo 8 personas tienen más riqueza que 3500 millones de personas en el mundo (Oxfam, 2022). Por otro lado, entre 2010 y 2015 las 50 empresas más poderosas de Estados Unidos, que han gastado cerca de 2500 millones de dólares en lobby político, tuvieron ganancias de 4.2 billones de dólares, a la vez que utilizaron paraísos fiscales para evadir sus obligaciones impositivas (Oxfam, 2022). Estas empresas encarnan el complejo médico-industrial-financiero mundial, que incluye las compañías biotecnológicas, farmacéuticas, fábricas de equipamiento médico y aseguradoras privadas, con las consecuencias negativas para la salud colectiva (Angell, 2006; Iriart 2008; Luzuriaga y Bahía, 2017).

Las desigualdades en la distribución de riqueza (América Latina, región más inequitativa del planeta) tienen graves consecuencias para la salud y la vida: a nivel mundial 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles. Más de 160 millones de niños menores de 5 años tienen una



estatura inadecuada para su edad, debido a alimentación insuficiente. En 2010, 20 millones de personas murieron por enfermedades infecciosas que se podrían prevenir con \$20 por vida salvada. Un tercio de la morbi-mortalidad global es atribuible directamente a la pobreza. Por otra parte, el 90% del gasto mundial en salud se gasta en el 16% de la población mundial, que sufre solo el 7% de la carga global de enfermedad. La desigualdad entre naciones se evidencia también en el gasto anual *per cápita* en salud, que va desde menos de 10 dólares en países pobres de África, alrededor de 500-1000 dólares en América Latina, y hasta 20.000 dólares en Estados Unidos (Oxfam, 2022).

Temas para la bioética basada en los derechos humanos en América Latina

Historia de 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. 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. A la pobreza resultante del despojo y opresión, se agregan la estigmatización, la discriminación y la exclusión social de pueblos originarios, con graves consecuencias para la salud (Justo, 2012).

Pobreza e inequidad

La relación entre pobreza y salud está absolutamente documentada y, en América Latina, donde la pobreza aumenta, mientras crece la concentración de la riqueza en cada vez menos manos, la inequidad se vuelve 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 (Junges, 2016).

Desmantelamiento de los sistemas públicos de salud

La mayoría de estados de América Latina, 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. Las políticas de degradación de los sistemas públicos de salud desde el estado han



continuado virtualmente en todos los países de la región, lo que ha implicado un aumento progresivo de la inequidad y de la injusticia social.

A la par que se vulnera el derecho a la salud, los gobiernos utilizan eufemismos para enmascarar los propósitos verdaderos de supuestas reformas de salud, cuyo principal objetivo es transferir al sector privado lo que debe ser una responsabilidad fundamental e indelegable de los estados, es decir, el resguardo de la salud de la población, como es el caso de la llamada “Cobertura Universal de Salud” (CUS), que, bajo la apariencia de un objetivo loable (proveer cobertura “universal” de salud a la población), en la práctica implica pasar del concepto de salud como derecho humano a una concepción de mercado en la que el ciudadano compra un seguro cuya cobertura estará de acuerdo a su capacidad de pago. De hecho, está siendo implementada en los países de manera de ir reduciendo progresivamente la responsabilidad del estado de garantizar la salud de la población, reduciendo sus acciones al gerenciamiento de “paquetes” mínimos de atención dirigidos a los sectores más pobres de la población y tercerizados a corporaciones financieras privadas, mientras crece el control financiero del mercado de la salud en manos del complejo médico-industrial-financiero, con enormes ganancias para las industrias de los seguros privados de salud, de las farmacéuticas y de las de tecnologías médicas (Hernandez, 2019; Hernandez-Alvarez, Eslava-Castañeda, Henaok-Kaffure, Orozco-Díaz y Parra-Salas, 2020). Un resultado de esta colusión de intereses económicos con gran capacidad de lobby político, es la medicalización excesiva de la salud, causada por intervenciones superfluas, de elevado costo y bajos beneficios.

El desfinanciamiento del sistema público de salud es, lamentablemente y con pocas 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. En estas realidades muchas de los principios éticos de la atención médica individual no pueden cumplirse: consentimiento informado, acceso a servicios de salud y a medicamentos esenciales, expresión de voluntades anticipadas y muchas otras (Iriart, 2008; Luzuriaga y Bahía, 2017).

Distorsión de las prioridades en salud

La sujeción a los intereses del complejo médico-industrial-financiero internacional existente en América Latina 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 (Breilh, 2020, 2022).

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 aún más la vigencia del derecho a la salud.

Derechos sexuales y reproductivos

Este es un tema en el que América Latina marcha retrasada con respecto al resto del mundo, por razones que no son económicas, sino fundamentalmente políticas y culturales. Si bien es cierto que recientemente, y gracias a movilizaciones feministas y ciudadanas masivas, se han hecho grandes avances en la descriminalización del aborto en varios países de América Latina, aún ocurren en la región más de 6 millones y medio de abortos por año, de los cuales más del 75% son inseguros y causan más del 15% de la mortalidad materna. La falta de políticas efectivas 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 más que empeorar el estado de cosas: se estima que en América Latina 24 millones de mujeres en edad reproductiva tienen necesidad insatisfecha de anticonceptivos, lo que explica que cada año ocurren 14 millones de embarazos no deseados, cerca de la mitad de los cuales terminan en aborto. Esto afecta en forma particular a adolescentes y a las clases desposeídas. En varios países de la región, la oposición de poderosos sectores opuestos al derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo, su salud y su vida, fue enfrentado con movilizaciones masivas de mujeres por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito, con importantes victorias.

Abusos de la industria farmacéutica

La industria farmacéutica transnacional, como parte del complejo médico-industrial-financiero mundial, se caracteriza por acciones contrarias a la ética y a la salud de la población (Angell, 2006), muchas de las cuales han sido vergonzosamente puestas en evidencia con el acaparamiento de vacunas anti-Covid 19 por parte de los países ricos (Vidal, 2021). Entre estas acciones se cuentan: la invención de nuevas “enfermedades”, la reducción de umbrales para el diagnóstico de enfermedades, la manipulación de leyes y de acuerdos internacionales y la presión a los Estados para proteger sus monopolios, propulsando legislaciones injustas o amenazando con desabastecimiento de medicamentos si no se accede a precios extorsivos, como se ha evidenciado con las vacunas anti-Covid 19 provenientes de Estados Unidos.

A las vulneraciones mencionadas arriba, corresponde agregar el abuso del régimen de patentes, la promoción antiética de productos de dudoso valor, la 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 financiación de las agencias reguladoras por la propia industria (Angell, 2006). Los precios exorbitantes de los medicamentos 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”.



Como si esto fuera poco, la industria farmacéutica continúa vulnerando los derechos humanos en las investigaciones clínicas e influyendo en la relajación de los requisitos éticos en las investigaciones clínicas, incluyendo el uso de control con placebo aún en enfermedades que tienen tratamiento, y restringiendo los beneficios post-investigación. El uso de tercerización comercial de ensayos clínicos en países periféricos se acompaña habitualmente de relajación de controles éticos. El secreto sigue siendo el común denominador de sus acciones, incluyendo el pago a los médicos que reclutan participantes en los estudios, el control del análisis de resultados de las investigaciones, que cuando no le son convenientes no se publican. Las investigaciones clínicas de la industria farmacéutica responden más a los intereses económicos de las multinacionales 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 (Ugalde y Homedes, 2015).

Migraciones

El problema de las migraciones multitudinarias como correlato de la degradación del medio ambiente, la pobreza, las persecuciones políticas, y las malas condiciones de vida, afectan cada vez más a América Latina. 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, todo lo cual genera graves problemas éticos de salud (Penchaszadeh, Nicolao, Debandi, 2022).

Violencia

La violencia en la Región es una plaga con la que las sociedades han tenido que lidiar desde tiempo inmemorial. Los contextos explicativos de la violencia social incluyen causas económicas, políticas, socio culturales, las inequidades, la negación y discriminación del diferente, la exclusión social, la intolerancia y, especialmente la impunidad. Y sin embargo, desde el poder y los medios de comunicación masiva se viene insistiendo sin fundamentos válidos que la violencia es atribuible a factores biológicos y genéticos de las personas, lo cual es un fetiche cuyo único objetivo es ocultar sus causas sociales y generar una industria de pruebas genéticas para “predecir” falazmente los riesgos de criminalidad en las personas. La violencia tiene una nefasta influencia sobre la salud y, además de prevenirla, debe abordarse como problema grave de salud pública para lo cual la bioética tiene mucho que aportar.

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. El resultado fue una feroz represión ilegal a los sectores populares jamás vista antes, con



desapariciones forzadas, genocidios, apropiación de niños de disidentes políticos y supresión de su identidad.

Las secuelas de los regímenes autoritarios y terrorismo de estado han perdurado en el tejido social y han tenido repercusiones serias sobre la salud. Estas violaciones a los derechos humanos y sus consecuencias para la salud deben ser motivo de abordajes bioéticos que contribuyan a la memoria histórica y a la vida en democracia.

Poca respuesta de la bioética hegemónica a los graves problemas de la salud mundial y nacimiento de una nueva bioética en América Latina

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. La repercusión de los escritos de Potter fue enorme y el término *bioética* quedó asociado a su nombre. En los países 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-financiero, 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-financiero era (y sigue siendo) la fuerza dominante que determina el desarrollo de la tecnología médica y lo impone 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 en 1979, que



promulgó 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 (3) no maleficencia, expresadas como análisis de riesgos y beneficios; y (4) 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, por su enfoque reduccionista no consideró temas éticos más 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 (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-financiero. 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 (Tealdi, 2005).

Dadas las características del imperialismo ejercido por Estados Unidos desde antaño sobre América Latina y otras regiones del mundo 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 el imperialismo intenta penetrar culturalmente en la Región. 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 de adoctrinamiento en América Latina desde el Centro Internacional Foggarty 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 (Hellman, Garrafa, Schlemper y Bittencourt, 2015). Este adoctrinamiento a profesionales de salud de los países periféricos en la visión anglosajona de la bioética busca dotarla de legitimidad académica y que no entorpezca 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, como he presentado al comienzo, 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. De acuerdo a la CEPAL, en 2019 el índice de Gini, que mide inequidad, era de 46.2 para América Latina y el Caribe, comparado con 36.5 en los países de la OECD. 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 más 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 su objetivo 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 más 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 (Penchaszadeh, 2017), los movimientos por una mayor humanización de la medicina, las corrientes progresistas de sectores confesionales y la bioética laica basada en los derechos humanos. Sería imposible en este artículo reseñar con justicia la enorme riqueza y diversidad que tuvo el nacimiento, crecimiento y desarrollo de la bioética latinoamericana, en sus diferentes orientaciones ideológicas. Por lo tanto, focalizaré a continuación en la creación, desarrollo e influencia creciente en la bioética latinoamericana, de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética UNESCO, a la cual considero contrahegemónica del principalismo anglosajón (Penchaszadeh, 2012, 2017).



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 grande 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 correspondan con las particularidades culturales, sociales y políticas que determinan las prioridades bioéticas en la Región. La Redbioética/UNESCO es una organización no gubernamental y no regida por los estatutos y directivas de la UNESCO, aunque mantiene una estrecha relación con el Programa de Bioética para América Latina y el Caribe de UNESCO, en múltiples actividades, como la realización de cursos, seminarios, jornadas y congresos, la redacción de material educativo en bioética y la publicación on-line de la Revista *RedBioética*, el apoyo a las Comisiones Nacionales de Bioética y la Red Latinoamericana y del Caribe de Educación Superior en Bioética (RedLACEB).

Desde el comienzo de la existencia de la Redbioética/UNESCO, fue evidente que la bioética anglosajona hegemónica 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, donde se han priorizado análisis éticos de 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, maternidad por encargo, fertilización asistida, uso de embriones, prematuridad extrema), problemas del final de la vida (mantenimiento artificial de la vida, eutanasia), genomización de la salud, entre otros. En cambio, el principalismo ha tenido 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 (Tealdi, 2005). 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. Una limitación clave de la bioética anglosajona principalista es su 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 oculta 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 Redbioética/UNESCO, armada con una bioética contrahegemónica laica y basada en los derechos humanos, ha impulsado visiones propias desde América Latina que permiten analizar, comprender, denunciar y sobre todo, *actuar*, para cambiar el estado de cosas (Penchaszadeh, 2012; Vidal, 2013). Así, ha enfatizado la importancia de 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 y político, 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. Entre las propuestas contrahegemónicas enraizadas en la realidad latinoamericana, se cuentan la *bioética de protección* y la *bioética de intervención*. La primera plantea 5 propuestas (Schramm, 2005): 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 (Garrafa, 2005; Garrafa, Porto, 2008; Arpini, 2013; Garrafa, Manchola, 2016). 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 confrontar las realidades de la región, con una visión secular pluralista y no dogmática, basada en los derechos humanos, la equidad y la justicia.

En lo que respecta a los comités de bioética, si bien muchos países de América Latina 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.

Por otro lado, en los comités de bioética asistencial reina un voluntarismo encomiable por parte de los profesionales de salud para introducir los conceptos de bioética en sus encuentros con los pacientes en los establecimientos de salud. Sin embargo, es preocupante que en su mayoría no tienen legislaciones que los sostengan y menos aún recursos específicos para funcionar, además de que 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.

Conclusiones



Objetivos que debe plantearse la Bioética en América Latina

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. Esta preocupación social y política no debe dejar de lado los múltiples problemas éticos que se presentan en la práctica de la atención de la salud individual.
4. Enjuiciar la medicalización de la salud y la vida.
5. Defender la diversidad cultural y la revalorización de los saberes ancestrales de los pueblos originarios y defender la concepción del Buen Vivir, el Suma Kawsay.
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 se guíen por los objetivos de lucro del complejo médico-industrial-financiero, sino que 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. Valorar 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 con compromiso social y basada en los derechos humanos.

Estrategias para lograr los objetivos de la bioética basada en los derechos humanos en América Latina

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.
6. Oponerse a los esfuerzos de “despolitización” de la bioética, pues son funcionales a los intereses del *status quo*. Ninguna bioética puede alegar que no es política. 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 este artículo.

Bibliografía

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

Arpini, A. M. (2013). Para una fundamentación de la Bioética de Intervención. Aportes desde la Ética de la liberación latinoamericana. *Revista de la Redbioética*, 8, 12.

Breilh, J. (2022). La pandemia y el derecho a una ciencia veraz, humilde y emancipadora. En J. P. Bohoslavsky (coord.) *Ciencias en pandemia. Una epistemología para los derechos humanos* (12-18). EDULP.

Breilh, J. (2020). SARS-CoV 2: Rompiendo el cerco de la ciencia del poder. Escenario de asedio de la vida, los pueblos y la ciencia. En P. Amadeo (comp.) *Los posnormales* (31-90). ASPO.

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

Garrafa, V., y Manchola, C. (2016). Bioética y asimetría (negativa) de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos. *Revista de la Redbioética*, 13, 66. <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/social-and-human-sciences/bioethics/>

Garrafa, V.; y Porto, D. (2008). Bioética de intervención. En J. C. Tealdi (ed), *Diccionario latinoamericana de bioética* (p. 162). Universidad Nacional de Colombia y Redbioética/UNESCO.

Hellmann, F.; Garrafa, V.; Schlemper, B. R.; y 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.

Hernandez, M. (2019). Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saude Debate*. Rio De Janeiro, (43) 5, 29-43. DOI: 10.1590/0103-11042019S503

Hernandez-Alvarez, M; Eslava-Castañeda, J. C.; Henao-Kaffure, L.; Orozco-Diaz, J.; y Parra-Salas, L. E. (2020). Universal health coverage and capital accumulation: a relationship unveiled by the critical political economy approach. *International Journal of Public Health*, 65, 995–1001. DOI 10.1007/s00038-020-01437-9.

Iriart, C. (2008). Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (5), pp. 1619-1626. <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/25.pdf>

Junges, R. (2016). *Bioética, pobreza y exclusión*. 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*, 6, 9-10. <http://www.unesco.org/new/es/office-in-montevideo/social-and-human-sciences/bioethics/>

Luzuriaga, M. J., y Bahia, L. (2017). Procesos de expansión y límites a la privatización de la atención de la salud en América Latina: más allá de las tipologías. *Cadernos de Saúde Pública*, 33 (2). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00127616>.



- Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Naciones Unidas. (1966). Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- OXFAM. (2022). Informe OXFAM. Las desigualdades matan. <https://www.oxfam.org/es/informes/las-desigualdades-matan>
- Penchaszadeh, A. P.; Nicolao, J.; Debandi, N. (2022). Impacto de la Covid-19 sobre la población migrante en Argentina a la luz de las dificultades que obstaculizan su acceso a la salud. *REMHU. Rev. Interdiscip. Mobil. Hum*, 30 (64). <https://doi.org/10.1590/1980-85852503880006414>
- 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*, 8. <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-8>
- Penchaszadeh, V. (2017). Bioética en los tiempos de América Latina. *Revista Bioética, Redbioética/UNESCO*, (8 1) 15, 106-112. <http://redbioetica.com.ar>
- Penchaszadeh, V. (26 de junio de 2020). Ética, Salud Colectiva y Pandemia. *Página 12*.
- Penchaszadeh, V. B. (2007). Bioética y Medicina Social: Una Confluencia Necesaria. *Revista Brasileira de Bioética*, 3 (2), 129-149.
- Potter, V. R. (1970). Bioethics, the Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, (14) 1, 127-153. 10.1353/pbm.1970.0015
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics – bridge to the future*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Schramm, F. R. (2005). ¿Bioética sin universalidad? Justificación de una bioética latinoamericana y caribeña de protección. En: V. Garrafa, M. Kottow y A. Saada (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética* (pp. 165-186). UNAM y Redbioética UNESCO.
- Tealdi, J. C. (2005). Los principios de Georgetown. Análisis crítico. En: V. Garrafa, M. Kottow y A. Saada A (coords). *Estatuto Epistemológico de la Bioética* (pp 35-54). UNAM y Redbioética UNESCO.
- Ugalde, A., y 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. (2005). Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.
- Vidal, S. (2010). Bioética y desarrollo humano. Una visión desde América Latina. *Revista Redbioética*, 1, p 81-123.
- Vidal, S. (2013). Veinte años de Bioética en la UNESCO y diez años de Redbioética. Una mirada desde Latinoamérica. *Revista Redbioética/UNESCO*, 8, 29-45. <http://redbioetica.com.ar/revista-redbioetica-unesco-no-8>
- Vidal, S. (2021). Ética y repugnancia: Negociaciones sobre vacunas para los países pobres. *Revista Redbioética*. <https://redbioetica.com.ar/etica-y-repugnancia-negociaciones-sobre-vacunas-para-los-paises-pobres/>

