

# Bioética de protección: fundamentos y perspectiva

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues<sup>1</sup>, Fermin Roland Schramm<sup>1</sup>

1. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

## Resumen

Este artículo pretende fomentar la reflexión sobre la perspectiva de la bioética de protección y explicar sus herramientas a partir de una recopilación bibliográfica realizada en los marcos teóricos de sus principales creadores y la técnica de lectura informativa, con el objetivo de identificar la temática y las ideas principales involucradas. Para ello, primero se presenta la protección como un principio bioético a través de un estudio en profundidad del origen, definición y análisis de los términos “vulnerabilidad”, “susceptibilidad” y “vulneración”. Después, se exponen los enfoques bioéticos relativos al “principio de protección”. Y, por último, se argumenta que la bioética de protección funciona como paradigma para aprehender, analizar y resolver los conflictos morales en salud pública, demostrando ser un abordaje fundamental en este campo teniendo en cuenta su desafío de lidiar con la tensión entre lo individual y lo colectivo.

**Palabras clave:** Discusiones bioéticas. Bioética. Vulnerabilidad social. Atención a la salud.

## Resumo

### Bioética de proteção: fundamentos e perspectiva

Este artigo busca promover uma reflexão sobre a perspectiva da bioética de proteção e explicitar suas ferramentas, por meio de levantamento bibliográfico ancorado nos marcos teóricos de seus principais idealizadores e da técnica de leitura informativa, que pretende identificar a temática e as principais ideias envolvidas. Para tanto, apresenta-se, inicialmente, a proteção como princípio bioético mediante um aprofundamento na origem, na definição e na análise dos termos “vulnerabilidade”, “susceptibilidade” e “vulneração”. Na sequência, busca-se apresentar as abordagens bioéticas voltadas ao “principio de proteção”. Por fim, argumenta-se que a bioética de proteção funciona como paradigma para apreensão, análise e resolução de conflitos morais em saúde pública, revelando-se uma abordagem fundamental nesse campo, haja vista seu desafio de lidar com a tensão entre os âmbitos individual e coletivo.

**Palavras-chave:** Temas bioéticos. Bioética. Vulnerabilidade social. Atenção à saúde.

## Abstract

### Bioethics of protection: fundamentals and perspective

This article seeks to reflect on the perspective of bioethics of protection and explain its tools, by using a bibliographic survey based on the theoretical marks of its main idealizers and the informative reading technique, which seeks to identify the thematic and the main ideas involved. To that end, we first present protection as a bioethical principle by going deeper into the origin, to the definition and the analysis of the terms “vulnerability”, “susceptibility” and “injury”. Then, we seek to present the bioethical approaches regarding the “principle of protection”. Finally, we argue that bioethics of protection works as a paradigm for the apprehension, analysis, and resolution of moral conflicts in public health, revealing itself a fundamental approach in this field, considering its challenge is facing the tension between the individual and the collective spheres.

**Keywords:** Bioethical issues. Bioethics. Social vulnerability. Delivery of health care.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Este trabajo se apoya en los marcos teóricos de los principales creadores de la bioética de protección y en la investigación de material de interés obtenido en las bases de datos del Portal de Periódicos de la Coordinación para el Perfeccionamiento del Personal de Nivel Superior (Capes), la Biblioteca Virtual en Salud (BVS), la SciELO, el Google Scholar y la Biblioteca Digital de Tesis y Disertaciones (BDTD). Para la selección del material y recolección de datos, se utilizó la técnica de la lectura informativa, abarcando cuatro etapas: 1) reconocimiento / lectura previa; 2) selectiva; 3) crítica / reflexiva, e 4) interpretativa<sup>1</sup>. Esta técnica se basa en un estudio bibliográfico de las publicaciones –principalmente monografías, libros y revistas científicas– referentes en este caso a la bioética de protección, utilizando las palabras clave “bioética de protección”, “vulnerabilidad” y “susceptibilidad”.

Para ello, el material pasó por un reconocimiento, que permite clasificar la información relevante *pari passu* para construir una visión general del tema. Después de esa primera etapa, se emprendió una selección más cuidadosa de la información, seguida de una elaboración crítica y sintética del contenido, con el fin de promover una reflexión sobre lo que los autores pretendían afirmar. Finalmente, en la etapa interpretativa, se buscaron comparaciones y diferencias entre los significados obtenidos de las afirmaciones sostenidas por los autores, para establecer una correlación entre los contenidos obtenidos.

### Vulnerabilidad como condición humana

Originalmente, la protección como principio bioético surgió en una aproximación al conflicto involucrado en la vigencia de la biotecnociencia y la biopolítica en el campo de la salud pública<sup>2</sup>, a partir de la noción de vulnerabilidad como condición humana. Para los bioeticistas Kottow<sup>3</sup> y Schramm<sup>4</sup>, tanto la vulnerabilidad como el florecimiento humano provienen del hecho de que la especie humana está mal dotada de instintos y de que su naturaleza es incompleta, lo que inspira el desarrollo y la aplicación de medidas de protección. Según Kottow<sup>3,5</sup>, la vulnerabilidad de los ciudadanos ya era objeto de preocupación para Hobbes, pues la función protectora aparece tanto en la adopción del contrato social por parte del Estado

como en el surgimiento del bien común, en la figura del soberano. De acuerdo al bioeticista chileno<sup>3,5</sup>, la concepción hobbesiana fue refinada por Mill, y las funciones del Estado se restringieron a la garantía de los derechos individuales; mientras que la protección se estableció como una acción fundamental del Estado, de modo que la soberanía políticamente legítima y justificable debería proporcionar la mínima seguridad a los ciudadanos<sup>2,6-9</sup>.

Con el desarrollo del Estado moderno en los siglos siguientes, la vulnerabilidad de los ciudadanos tendió a extenderse más allá del miedo a la muerte o la agresión a medida que las sociedades se volvieron más complejas. En consecuencia, se hicieron necesarios más dispositivos de soporte y asistencia, ya que la consolidación de la noción de protección se convirtió en una exigencia ética<sup>5</sup>. Por lo tanto, es esencial comprender cómo la noción de protección se ha convertido en un principio ético en las sociedades occidentales.

### La noción de protección como principio ético

Cada ser humano comparte características descriptivas comunes, como la vulnerabilidad, la integridad y la dignidad. Aunque son esencialmente descriptivas y no normativas en sí mismas, estas características son suficientes, según afirma Kottow<sup>3</sup>, para el desarrollo de un principio bioético de protección. Cabe recordar que tales aspectos ya habían sido postulados como principios éticos a principios de la década de 2000 por la ética europea y, al igual que los principios éticos influenciados por el *Informe Belmont*, contribuyeron al establecimiento del horizonte bioético en Occidente. Sin embargo, el interés de este artículo se centra específicamente en la vulnerabilidad y su relación con el principio de protección.

Aunque figura como una de las características descriptivas y universales del ser humano, la vulnerabilidad es, entre los principios éticos europeos, el único principio capaz de sostener adecuadamente la prescripción ética de protección como principio<sup>3</sup>. Esta afirmación se entiende mejor cuando se distingue entre los seres humanos “íntegros” y los “degradados” por la pobreza, la enfermedad, la discriminación, etc. o los que sufren de otras privaciones, es decir, aquellos que han dejado de ser vulnerables para alcanzar otro “nivel existencial”.

De hecho, las personas lesionadas necesitan más que una protección genérica y requieren cuidados específicos y medidas reparadoras aplicadas por la bioética *qua* ética aplicada<sup>3,6,7,10</sup>.

En este punto, urge aclarar qué se entiende por vulnerabilidad como característica descriptiva y universal del ser humano, a fin de obtener mayor claridad sobre el carácter ético de la perspectiva protectora que inspira y su capacidad diferenciada de sostener la prescripción ética de protección como principio.

## Vulnerabilidad

### Características descriptiva y normativa de la humanidad

Como se ha visto, la vulnerabilidad, una de las características descriptivas de la humanidad, influyó en la consolidación de la protección como acción institucional fundamental y exigencia ética durante el desarrollo del Estado moderno. En efecto, la vulnerabilidad, así como los demás principios éticos europeos, tiende a orientar actitudes éticas de respeto y protección. Sin embargo, esta afirmación solo se hace realidad cuando tales principios sufren un cambio categórico del ámbito descriptivo al normativo.

En otras palabras, se puede decir que la vulnerabilidad, la integridad y la dignidad son principios éticos empleados en un lenguaje asertivo, que se desliza hacia lo deóntico cuando describen condiciones o características particulares y pretenden representar requisitos morales más que características antropológicas (lo que realmente son). En esos casos, sería prudente admitir que esos principios contienen un elemento normativo y, por lo tanto, deben obligatoriamente ser respetados y protegidos. Sin embargo, esta admisión no calificada permitiría que cualquiera de ellos sea considerado fundamental y protegido sin más argumentos éticos, como en el ejemplo típico del riesgo de que supuestos racistas reclamen un peso moral.

Así, ante la posibilidad de mantener indiscriminadamente a los seres humanos como vulnerables y que esto constituya un principio ético, se incurre en una falacia naturalista. En efecto, la vulnerabilidad es una forma de ser humano, y no una dimensión ética en sí misma, pero obviamente esta

condición particular tiene una fuerte y legítima reivindicación de un principio ético de protección<sup>3</sup>.

A pesar de ser una falacia naturalista, el cambio categórico de la vulnerabilidad se vuelve menos defendible cuando su significado se amplía de un rasgo humano a los animales no humanos y otras vidas existentes, porque sería difícil entender cómo la vulnerabilidad exigiría la protección indiscriminada de cualquier forma de vida. En efecto, la vulnerabilidad difiere entre seres humanos y los demás seres vivos en el sentido de que los primeros son vulnerables en razón de la posibilidad de fracasar en el complejo proceso de llegar a ser; mientras que los últimos son vulnerables en el nivel de la dicotomía más simple y radical entre el ser y el dejar de ser. Dada esta diferencia, la vulnerabilidad humana requiere un tipo de protección activa contra las fuerzas negativas además de la prevención de daños, y la biosfera, a su vez, debe ser protegida con base en la elección de acciones menos drásticas o en interferencias moralmente sostenibles<sup>3</sup>.

Además, cabe recordar que en la cultura moderna se ha producido una migración conceptual de la vulnerabilidad antropológica a los contextos económico, psicosocial, médico y jurídico. Esto significa que ya no se trata de esa vulnerabilidad universal, sino de la dimensión contingente de las situaciones de privación, pobreza, enfermedad y sufrimiento, que requieren una respuesta diferenciada y más específica. Estas circunstancias involucran a seres humanos que están necesariamente en una situación existencial más allá de su vulnerabilidad original.

En otros términos, hay una gran diferencia en entender la vulnerabilidad como una condición humana de fragilidad cuando ese concepto tiende a un reduccionismo que elimina toda y cualquier condición de vulnerabilidad preexistente. Por lo tanto, si es correcto afirmar que la vulnerabilidad implica sufrimiento y privaciones, si se incluyen también lo fundamental y lo accidental, el concepto pierde su carácter antropológico y deja de tratar una forma de existencia estrictamente humana. De hecho, la concepción antropológica de la vulnerabilidad se refiere a la característica universal de los seres humanos; aunque sigue siendo necesaria una caracterización adicional del hombre que sea capaz de describir a los más necesitados y disminuidos en relación con la normalidad, lo que puede ser subsanado por la idea de susceptibilidad<sup>3</sup>.

## Susceptibilidad

### Como una forma de ser lesionado

Si la vulnerabilidad es una característica descriptiva universal del ser humano, difícilmente será una descripción adecuada de las anomalías accidentales que afligen la vida de muchas personas; lo que muestra la necesidad, por lo tanto, de una segunda definición más específica que abarque las situaciones en aquellos que sufren ciertos daños y pierden una supuesta integridad original. En un contexto en el que estas personas se convierten en víctimas de posibles daños y discapacidades, estos sujetos alcanzan un estado de vulnerabilidad que puede denominarse susceptibilidad, lo que indica tanto un proceso de privación como un aumento de su predisposición a sufrir más daños. Además, el daño puede desplazar a los individuos afectados de la dimensión de vulnerabilidad a la de los propios vulnerables<sup>2,4,8</sup>.

En este caso, Kottow<sup>3</sup> busca disipar las posibles confusiones semánticas entre los términos “vulnerable” y “vulnerado” y opta por sustituir este último por “susceptible”. Según el bioeticista, el individuo susceptible sufre de doble injusticia, o mejor dicho, se ve afectado por una condición de doble riesgo, es decir, presenta un alto riesgo de desarrollar problemas de salud, así como de sufrir un daño mayor si su salud se ve comprometida. Por lo tanto, el estado de integridad lesionada es obviamente distinto de la concepción de vulnerabilidad, por lo que se introduce el concepto de “susceptibilidad”. Con ello se pretende afirmar que la vulnerabilidad es un atributo esencial de la especie humana, mientras que la susceptibilidad constituye una condición accidental y específica a ser diagnosticada y tratada, ya que los individuos susceptibles ya sufren de determinado daño, es decir, han sido desplazados del estado de integridad individual al de individualidad lesionada.

Esta distinción léxica es importante, principalmente porque las decisiones en el ámbito de la vulnerabilidad deben recurrir al respaldo ético del principio de justicia, mientras que los individuos lesionados requieren atención, restauración y tratamiento reparador, garantizados, *a priori*, por el principio de protección. Por lo tanto, el vínculo entre las prescripciones éticas de protección derivadas de la vulnerabilidad difiere en naturaleza tanto del diagnóstico de una condición de susceptibilidad como de la consecuente exigencia ética de

eliminar primero la privación y el daño resultante de esa susceptibilidad<sup>3,6,7</sup>.

Por último, es importante entender que la vulnerabilidad y la susceptibilidad son condiciones diferentes y, por lo tanto, requieren enfoques distintos, ya que la primera tiende a ser disminuida por medio de acciones equitativas de protección para todos los miembros de determinada sociedad mediante el principio de justicia. La susceptibilidad, a su vez, presupone cierto estado de privación que solo puede reducirse o neutralizarse a través de medidas compensatorias guiadas por el principio de protección, medidas que deben tratar de combatir una privación concreta de forma activa<sup>5-8</sup>.

### Límites y alternativas en escenarios de indignancia

Es innegable que la distinción entre vulnerabilidad y susceptibilidad ha aportado grandes avances al discurso bioético, con posibles repercusiones en la descripción, en el análisis y en la elaboración de soluciones para los conflictos éticos contemporáneos, principalmente en los países en desarrollo. Sin embargo, la asimetría entre los ciudadanos de esos países aún puede revelar escenarios de escasez de recursos tales que las condiciones de vida reales escaparían a la herramienta conceptual de la susceptibilidad, de modo que esos casos tenderían a ser categorizados como “únicamente” susceptibles.

Esta escasez de recursos que caracteriza la pobreza apunta a la privación de elementos mínimamente necesarios para una existencia digna, tales como libertad, bienestar, educación, salud, entre otros; de modo que cuando las necesidades no consiguen ser adecuadamente atendidas en esos contextos y los individuos se encuentran a menudo desprotegidos por generaciones, se caracteriza privación a nivel existencial. A la pobreza se suma la desigualdad, es decir, la distancia social entre los más ricos y los más pobres, además de la exclusión. Este último tiene un carácter prospectivo, ya que se vincula a características como acumulación de desventajas, el aflojamiento de los vínculos sociales y la pérdida del *statu quo*. Desde la sinergia entre pobreza, desigualdad y exclusión surgen escenarios de inequidad social comúnmente encontrados en Brasil y en otros países donde abundan una distribución injusta de los recursos y donde los grupos sociales más pobres

son aquellos que tienden a tener menor expectativa de vida; a permanecer más tiempo enfermos y a sufrir más limitaciones<sup>11</sup>.

En un contexto en el que los efectos de la pobreza, la desigualdad y la exclusión marcan la vida cotidiana de las poblaciones desfavorecidas, es necesario una herramienta conceptual más sensible que la susceptibilidad y que sea capaz de detectar la complejidad de los fenómenos de la desigualdad y la indigencia. De hecho, las realidades extremas de susceptibilidad requieren herramientas bioéticas más específicas que posibiliten una aproximación práctico-conceptual más evidente y precisa de las condiciones de indigencia<sup>7</sup>. Es en este contexto en el que surge la noción de “vulneración”<sup>12</sup>.

## Vulneración

### Condición existencial de restricción de potencialidades

La vulneración incluye las situaciones en las que un individuo o una comunidad no es capaz de defenderse por sí mismo, por razones que independizan de su voluntad, tales como las condiciones de vida desfavorable o negligencia y/o abandono por parte de las instituciones. Estas situaciones exigen el desarrollo y la aplicación de acciones de protección que promuevan el rescate de la vulnerabilidad perdida<sup>7,10</sup>. En otros términos, la vulneración es la condición existencial de quienes están sometidos a daños y escasez efectiva *a priori*, como aquellas situaciones frecuentemente encontradas en la vida cotidiana de privación de las poblaciones e individuos marcadas por iniquidad o indigencia<sup>7</sup>.

De hecho, el reconocimiento de otro nivel existencial de privación es una de las contribuciones más importantes del enfoque brasileño de la bioética, en la medida en que el establecimiento de una diferencia conceptual y pragmática entre vulnerabilidad y vulneración repercute necesariamente en el discurso bioético. Desde este punto de vista, Schramm<sup>7</sup> apoya la subdivisión de la noción de vulnerabilidad en dos categorías, a saber: una concepción que se aproxima a la noción desarrollada por Kottow<sup>3,5</sup>, es decir, una “vulnerabilidad primaria” o “vulnerabilidad en general”, referente a la condición ontológica que caracteriza a todo organismo vivo, lo que la convierte en una concepción más allá del ámbito de la vida humana

y dada su extensión y su complejidad, fuera de la posibilidad de las acciones protectoras efectivas; y una “vulnerabilidad secundaria” o susceptibilidad, que también guarda cercanía semántica con la desarrollada por el bioeticista chileno.

Sin embargo, es en otra categoría en la que entran aquellos que están directamente afectados y lesionados en un sentido amplio, que viven en una condición existencial de privación de las potencialidades o capacidades necesarias para garantizar una vida mínimamente digna. Esto significa que debe haber distinción entre los susceptibles y los efectivamente vulnerados, es decir, aquellos degradados *a priori* y que ya se encuentran afectados o lesionados por situaciones adversas. A esto se suma el hecho de que los primeros también pueden ser vulnerados en cualquier momento<sup>7</sup>.

Así, la función de protección no debe centrarse en aquellos individuos y colectividades que tienen la capacidad de hacer frente a las condiciones desfavorables existentes a partir de los propios medios o con la ayuda de las instituciones; sino dirigirse a aquellos que no disponen de recursos suficientes, propios o institucionales para salir de la vulneración. La protección es la condición *sine qua non* para que los vulnerables puedan desarrollar *a posteriori* competencias necesarias para el ejercicio de una vida mínimamente digna<sup>7</sup>.

Por lo tanto, es necesario que el debate bioético contemple problemas de salud que la bioética tradicional no alcanza, especialmente en los países en desarrollo donde la escasez y la injusticia social exponen a la población a condiciones inicuas que superan la vulnerabilidad universal y que, por eso, deben ser clarificadas por una bioética centrada en la responsabilidad social y en la función protectora que está en el corazón del Estado moderno: una bioética de protección (BP)<sup>7</sup>.

## Bioética de protección

Concebida inicialmente como una “ética de protección”, la BP es una propuesta formulada como un intento de aplicar el alcance teórico y práctico de la bioética tradicional a los conflictos morales en salud pública, como en los casos de exclusión social. De forma concreta, se ocupa por el tema de la vulneración humana y, por lo tanto, es un proyecto bioético y biopolítico<sup>6,10</sup>.

A partir de la recuperación del concepto de ética en el sentido de “refugio”, “amparo” y “protección”; la BP aporta un enfoque crítico al reduccionismo del discurso bioético promovido por la interpretación aún predominante del modelo principialista y busca iluminar problemas de salud que hasta entonces no eran considerados por la bioética tradicional<sup>2,4,7-10,13,14</sup>. En efecto, aunque el vínculo entre el Estado y la protección existe desde los inicios de la modernidad, la bioética aún no había incorporado la protección como un principio en el horizonte de su discurso. A partir de la noción de responsabilidad del Estado y en el rescate de su papel protector, los investigadores Schramm y Kottow<sup>2</sup> se refirieron a autores reconocidos por dedicarse a la cuestión de la responsabilidad en su articulación con la ética, tales como Hans Jonas y Emmanuel Lévinas<sup>6-9,13</sup>.

Entonces, ¿qué diferencia el principio de responsabilidad de Jonas y Lévinas del principio de protección ideado por Schramm y Kottow? En resumen, el principio de responsabilidad óntica de Jonas implica la existencia de un “ser” que no puede reducirse a un “ente”, es decir, se entiende que el primero permanece *sui generis* sin que sea objetivado en algo determinado y específico; lo que parece vaciar al destinatario de la responsabilidad jonasiana, haciendo que su aplicación en el contexto institucional tienda al paternalismo.

Además, la asignación de este tipo de responsabilidad es poco operativa, ya que el agente moral es difícil de identificar. Para Lévinas, el principio de responsabilidad diacónica aplicado al contexto de las instituciones y colectividades hace que la solidaridad incondicional con los demás subordine de tal modo el “yo” al otro que el agente moral acaba por desaparecer, vaciándose y confundándose con el destinatario de la responsabilidad. Por lo tanto, el principio leviniano de responsabilidad tampoco es adecuado para el ámbito de las políticas públicas, por el hecho de dejar al agente moral en una relación asimétrica de subordinación y de no reciprocidad con el paciente moral<sup>2,13,15</sup>.

Fue sobre todo ante estas dificultades operativas y con la intención de evitarlas que el principio de protección fue ideado por Schramm y Kottow<sup>2</sup>. Para ello, este principio se ha construido sobre la base de tres características principales:

1. **Gratuidad** u oferta libre de las acciones protectoras por parte del Estado u otra instancia, quedando a criterio del paciente moral aceptarlas o no,

lo que rescataría la responsabilidad diacónica y, *prima facie*, el respeto a la autonomía, además de evitar el paternalismo.

2. **Vinculación**, que hace que las acciones de protección en un compromiso irrecusable para el ente protector, una vez aceptadas libremente por los destinatarios, lo que también está previsto por la responsabilidad diacónica.
3. **Cobertura efectiva** de las necesidades de los afectados en situación legítima de susceptibilidad o vulneración<sup>2,13</sup>.

A partir de estas características, Schramm y Kottow<sup>2</sup> entienden que la protección implica garantizar el abastecimiento de las necesidades moralmente legítimas, lo que limita la responsabilidad diacónica en su característica incondicional; de modo que todo individuo pueda adquirir bienes o satisfacer otros intereses de su proyecto de vida que no solo aquellos contenidos en sus necesidades básicas, sino que dependen de estas para su consecución, como la salud, la educación, la seguridad y la vivienda, entre otras necesidades consideradas indispensables y que deben ser garantizadas por las instancias protectoras<sup>13</sup>.

En este punto es importante considerar que, por el hecho de ser una teoría latinoamericana, la BP se dirige al contexto socioeconómico en el que las poblaciones están marcadas por relaciones sociales y económicas muy asimétricas; lo que hace fundamental considerar la inequidad en el proceso de toma de decisiones en salud pública. Por lo tanto, este proceso debe partir del supuesto de que el término “protección” se refiere a la función principal del *ethos*, es decir, salvaguardar a las personas o poblaciones vulneradas de la iniquidad y la indigencia. En efecto, la protección de los vulnerados debe guiar las acciones en forma de una norma moral, y esto significa que la asimetría de las relaciones debe centralizar en última instancia el análisis bioético<sup>6-10,14</sup>.

En cuanto a la terminología “bioética de protección” se entiende que los términos que la componen se aproximan, por un lado, y se alejan por el otro. De hecho, las palabras “bioética” y “protección” confluyen en el compromiso bioético de la elaboración de soluciones normativas y pragmáticas mínimamente razonables y justas para problemas globales con el fin de proteger a un determinado individuo o colectividad, ya que ambos términos combinan originalmente las funciones de albergar y establecer

normas de convivencia. Por otra parte, los términos “bioética” y “protección” deben necesariamente ser separados y diferenciados, para que no sean confundidos principalmente por la divergencia entre sus campos semánticos, ya que *no toda bioética es bioética de protección y no todos los medios de protección son medios de protección de la bioética*<sup>16</sup>.

Aún con relación a la expresión “bioética de protección”, se puede deducir que se trata de una expresión problemática que indica las cuestiones a ser enfrentadas, al mismo tiempo que señala las tensiones inherentes a la propia terminología. En este sentido, es importante destacar que la BP no debe convertirse en una especie de solución mágica para todos los problemas morales; o mejor, es necesaria la delimitación de su campo de aplicación para que las respuestas construidas no resulten frustrantes como herramientas de inteligibilidad y de resolución de conflictos morales en el campo de las prácticas que involucran a los seres vivos ni puedan ser confundidas con una especie de paternalismo. Efectivamente, este enfoque bioético pretende no ser demasiado genérico hasta el punto de referirse a una “ética de la vida”, sino bastante preciso sin ser reduccionista; ya que permite centrarse en la potencial irreversibilidad de las acciones humanas sobre los organismos, lo que implica considerar que la vida, *prima facie*, debe ser protegida<sup>7,10,13</sup>.

Además, el uso del término BP no es objeto de consenso entre sus propios idealizadores, aunque ambos coinciden en que se centra en la justicia sanitaria, en situaciones de escasez de recursos y en la moralidad en el dominio de la salud pública. Según Schramm<sup>10</sup>, el autor chileno Kottow considera insatisfactoria esta nomenclatura dada su incapacidad para reconocer la bioética como *una ética aplicada, persistentemente inmersa en asimetrías entre agentes y afectados*<sup>17</sup>; lo que sería resuelto por una utilización más oportuna del término “protección bioética”, ya que este último hace referencia a la necesidad de proteger la bioética para que pueda reflexionar más libremente sobre la *praxis* humana.

Esta posición no es apoyada por Schramm, quien supone que los problemas planteados por Kottow ya están considerados en la BP. En realidad, para el bioeticista brasileño, la BP es, sobre todo, una propuesta de *praxis* que incluye de antemano la acción ante las desigualdades en el horizonte de su propuesta original, en la que ya está implícito el contexto de indignancia y se incluye la condición de

vulneración y de susceptibilidad de sujetos y poblaciones. Por lo tanto, la idea de una asimetría real y apriorística en términos de empoderamiento entre el agente moral y el paciente es inherente a los supuestos de la BP, lo que justificaría y legitimaría la oferta de la protección necesaria sin incurrir, como se vio anteriormente, en una forma de paternalismo<sup>10</sup>.

Cabe destacar, además, que existen dos maneras de pensar la BP: una manera *stricto sensu*, y otra, *lato sensu*. La BP *stricto sensu* busca el amparo a individuos y colectividades considerados sin competencia o capacidad suficiente para llevar a cabo sus propios proyectos de vida de modo razonable y justo. En este sentido circunscrito, puede entenderse como una manifestación de la cultura de los derechos humanos. La BP *lato sensu* se preocupa de la supervivencia de la especie humana y parte de la premisa de la existencia de intereses colectivos y ecológicos que no pueden ser subsumidos por los intereses individuales o de grupos particulares y que pretenden garantizar las condiciones *antropogénesis*<sup>6-8,10,12</sup>.

En ambas formas, la BP tiene un denominador común, el principio de calidad de vida el cual permite entender la salud pública como el conjunto de disciplinas y prácticas cuyo objetivo principal es *el estudio y la protección de la salud de las poblaciones humanas en sus contextos naturales, sociales y culturales*<sup>18</sup>. En ese sentido, la promoción de la salud (con enfoque en los estilos de vida) y la prevención de la enfermedad (con la gestión de los riesgos para la salud) se convierten en dos aspectos inseparables de la protección que contemplan las dos vertientes de la práctica protectora; la primera considerada positiva; y la segunda, negativa. Existe una “protección negativa”, entendida como el conjunto de prácticas preventivas contra la enfermedad y las amenazas a la calidad de vida de determinado individuo o colectivo humano, y una “protección positiva”, que abarca diversas prácticas dirigidas al autodesarrollo humano y a la autonomía<sup>6</sup>.

En cuanto a su método, la BP puede ser entendida como una caja de herramientas capaz de abordar la moralidad de las prácticas sanitarias a partir de un enfoque transdisciplinario en la medida en que promueve la interacción de conocimientos distintos, pero no separados, como es el caso de la salud pública<sup>6</sup>. Para ello, las herramientas utilizadas se proponen resolver problemas derivados de los conflictos morales actuales entre sujetos, además de cumplir una triple función, a saber:

1. *Descriptiva*, al retratar los conflictos de forma racional y en principio imparcial, lo que implica decir que también tiene carácter crítico.
2. *Normativa* en la medida en que busca resolver los conflictos morales, clasificando y prescribiendo los comportamientos correctos, mientras proscribire los incorrectos.
3. *Protectora*, dado que la articulación entre las funciones anteriores recae sobre contextos concretos, con el objetivo de proporcionar medios suficientes para amparar a los involucrados y garantizar que cada proyecto de vida sea compatible con los demás <sup>13,19</sup>.

Otro punto importante que tener en cuenta es el hecho de que la teoría desarrollada por Schramm<sup>7</sup> establece una prioridad léxica para los vulnerados, lo que hace imprescindible la aplicación apriorística del valor de la equidad como medio de lograr la igualdad y así respetar concretamente el principio de justicia. En este sentido, la BP busca entender, describir y resolver conflictos de interés entre quienes están privados de competencia y necesitan protección y quienes, por el contrario, están capacitados para realizar su proyecto de vida<sup>7,10</sup>.

Además, nunca es suficiente enfatizar el peligro de que los planteamientos bioéticos basados en un principio de protección se deslicen hacia un discurso y una práctica paternalistas. En efecto, el hecho de que no haya protección sin una contraparte protectora no implica necesariamente que la acción protectora sea de carácter “autonómico”, es decir, que incurra en paternalismo. En otras palabras, proteger no significa ampliar las desigualdades, como hacen las acciones típicamente paternalistas al impedir que los individuos decidan por sí mismos; sino poner los medios suficientes para que los destinatarios tomen conciencia de sus realidades contingentes y sean capaces de decidir según sus legítimos intereses y con la mayor libertad posible, ejerciendo su derecho a la autonomía<sup>2,9,10,14,20</sup>.

En este punto, conviene introducir una de las críticas fundamentales a la BP, que es la pregunta sobre los límites entre la posibilidad de proteger a alguien y la competencia individual de protegerse a sí mismo; o mejor dicho, el problema de la libertad del ejercicio de la autonomía frente a la existencia de normas de convivencia en determinada sociedad. Esto se debe a la tendencia actual a aumentar la responsabilidad individual en el ámbito de la salud pública, es decir, a subsumir el

agente moral en el paciente moral, lo que hace que el actor y el receptor de un determinado comportamiento sean indistintos<sup>7,21,22</sup>.

Se puede entender que esta cuestión es de orden teórico y práctico. Teórico porque remite a la relación lógica entre protección y autonomía y a la ponderación que debería existir en los casos en que esos dos principios entran en conflicto. Práctico porque involucra su campo de aplicación y se refiere al uso de la BP solo para los vulnerados o, en un sentido más amplio, los vulnerables en su límite. Sin embargo, sea cual sea el alcance de la acción de la BP, cabe destacar su necesidad de estar libre tanto del paternalismo como de la culpa de los pacientes morales, mediante los siguientes argumentos:

1. La aplicación de sus herramientas ocurre tan solo en poblaciones susceptibles y vulneradas que no pueden tomar decisiones por sí mismas, y no a las meramente vulnerables;
2. La protección no debe ser obligatoria, sino necesariamente ofrecida al receptor;
3. El principio de protección implica, necesariamente, el deber de la eficacia en las intervenciones sanitarias, aunque eso signifique restringir la autonomía individual frente a la calidad de vida de determinado colectivo<sup>6,7</sup>.

Por lo tanto, es posible deducir que el término “protección” implica la responsabilidad de los agentes morales y la eficacia pragmática de sus respectivas acciones, verificadas a partir de sus efectos. En ese contexto, la BP es una importante herramienta analítica y pragmática de la ética aplicada, capaz de analizar y disminuir los conflictos, y resolverlos, con vistas a la calidad de vida y el bienestar de los destinatarios de las políticas públicas<sup>6,8,13</sup>. Sin embargo, hay excepciones a la aplicación de la BP de manera general, como es el caso de la protección del cuerpo social frente a las amenazas internas y externas; ejemplificadas por el uso de medidas coercitivas impuestas a los individuos o grupos de una población determinada cuando las epidemias amenazan con afectar significativamente la salud poblacional como bien podría ser ilustrada por las directrices adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por los países afectados por la pandemia del Covid-19. En otros términos, la protección en la salud pública presupone la legitimación de determinadas formas de restricción de las autonomías individuales al basarse en la prioridad de los derechos sociales sobre los individuales<sup>6,22</sup>.

También es necesario saber quiénes son los individuos o poblaciones vulneradas. Efectivamente, en la aplicación de las acciones de protección siempre existe el riesgo de estigmatización, paternalismo o autoritarismo, por cuanto existe la posibilidad de desconocer indebidamente el multiculturalismo, la pluralidad moral y las diferencias en las sociedades contemporáneas<sup>7,20</sup>. A diferencia de los principios de responsabilidad óntica y diacónica de Jonas y Lévinas, respectivamente, el principio de protección es operativo porque exige la especificación de lo que debe ser protegido, quién debe proteger qué y a quién se destina la protección<sup>8,13</sup>. Por consiguiente, una de las principales funciones de la BP consiste en combatir la tendencia a la masificación y a la uniformidad de las conductas operadas por las políticas de salud resistiendo a las que promueven la restricción de la autonomía y de la singularidad de los individuos, sin tener en cuenta sus formas particulares de caminar en la vida<sup>9</sup>.

Así, al considerar la salud y el ejercicio de las libertades individuales como condiciones fundamentales para la calidad de vida, se puede deducir que la BP se ocupa de la protección en dos niveles, o en un doble sentido, ya que pretende garantizar el acceso a un estándar de asistencia en la salud que sea razonable y disponible para todos y que también sea congruente con la posibilidad de desarrollo individual de las capacidades humanas que no perjudiquen a los demás. Así, la protección de la salud de todos no excluye la necesidad de garantizar la protección de las libertades fundamentales de cada persona. Corresponde a la BP entender y analizar críticamente los conflictos en estas circunstancias para aportar argumentos relevantes que subvencionen la legitimidad de la prescripción o la proscripción de las acciones individuales, estableciendo puntos de convergencia entre la justicia social y las libertades individuales<sup>22</sup>.

En resumen, la BP puede ser interpretada como un paradigma para la comprensión y la resolución justificada de los conflictos morales en la salud pública utilizando, para eso, la descripción y el análisis de esos conflictos de forma más racional e imparcial posible y buscando resolverlos de forma normativa, con herramientas capaces de ordenar los comportamientos adecuados y prohibir los considerados incorrectos. Así, a través de la conjugación de la aprehensión, el análisis y la resolución de conflictos a partir de la aplicación de

herramientas adecuadas y consistentes, la BP pretende garantizar la consecución de cada proyecto de vida *pari passu* protección de todos los involucrados. En este punto, se revela como un enfoque fundamental para el campo de la salud pública en su desafío de tratar la tensión entre los ámbitos individual y colectivo<sup>6,10,14</sup>.

## Consideraciones finales

La bioética puede entenderse como una solución producida por los desafíos que surgen en los contextos de la vida contemporánea; especialmente los relacionados con los avances biotecnológicos en la salud, las conquistas sociales, el desarrollo económico, el fenómeno de la globalización, el uso de recursos finitos y la propia comprensión de la vida. En definitiva, pretende ser una respuesta coherente a los impactos de la existencia humana sobre la vida en el planeta y sobre sí misma.

Al tener un carácter racional y pragmático, la bioética también constituye una herramienta cuyo desarrollo se basa en la construcción de subsidios suficientemente convincentes para la toma de decisiones en diversos contextos. Para ello, algunas corrientes bioéticas se basan la justificación de estos recursos en principios considerados fundamentales para la vida humana, como la vulnerabilidad. En sentido estricto, la vulnerabilidad – como se ha visto – es una característica descriptiva de la humanidad en la que se vinculan nociones como insuficiencia, devenir y finitud, entre otras. En este sentido, tiene relación con la protección como una necesidad consolidada tal cual una exigencia ética, es decir, la vulnerabilidad implica el establecimiento de la protección como acción fundamental del Estado moderno. Por lo tanto, la idea de un principio de protección como guía para la toma de decisiones remite a la estructuración de las sociedades modernas en torno a la noción de vulnerabilidad; de ahí su relación con el valor de la vida humana en la contemporaneidad, lo que demuestra su relevancia para la bioética.

Sin embargo, al ser un atributo de la especie humana, la vulnerabilidad incurre en la tendencia generalizada de aplicación indiscriminada del principio de protección y la consiguiente pérdida de eficacia de las acciones de protección. Esto se debe principalmente a que los

individuos y grupos de población están previamente “lesionados” (según la raíz latina “*vulnus*” del término “vulnerabilidad”) y que están expuestos a condiciones accidentales y específicas que requieren otro medio de protección. Así, en primer lugar, es razonable decir que la protección presupone acciones que buscan reducir las amenazas a la vulnerabilidad humana cuando los destinatarios morales están en un mismo “nivel existencial”. Sin embargo, tal posición ignora la diversidad de contingencias que afectan a los sujetos como seres mortales, y es por esa vía de interpretación que surge la BP, reafirmando la protección como principio ético de conservación de la vida, al mismo tiempo que arroja luz sobre la degradación de las condiciones de vida en los escenarios de iniquidad e indignidad.

En definitiva, la BP promueve el desplazamiento del enfoque de acciones generales y niveladoras sustentadas en el principio de justicia y dirigidas a la vulnerabilidad de los grupos humanos para la preocupación con el desarrollo de acciones guiadas por el principio de protección y dirigidas específicamente a los individuos o grupos previamente susceptibles y vulnerados. Estos últimos, en particular, son los que están desprovistos de ciertas capacidades y que, por lo tanto, están imposibilitados de afrontar las situaciones adversas en las que fueron lanzados. Así al estar sometidos de antemano a daños o escasez concreta a los que no pueden hacer frente, la BP defiende la necesidad de desarrollar y poner en marcha acciones de protección dirigidas específicamente a los vulnerados, lo que puede ser entendido como su objetivo y su misión.

*Este trabajo forma parte de la investigación de doctorado del primer autor y es el producto de un estudio bibliográfico sobre bioética de protección.*

## Referências

1. Silva LG, Alves MS. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. *Revista de APS* [Internet]. 2008 [acceso 22 mar 2022];11(1):74-84. Disponível: <https://bit.ly/3w0a3do>
2. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos em saúde pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2001 [acceso 22 mar 2022];17(4):949-56. DOI: 10.1590/S0102-311X2001000400029
3. Kottow MH. Vulnerability: what kind of principle is it? *Med Health Care Philos* [Internet]. 2004 [acceso 22 mar 2022];7(3):281-7. DOI: 10.1007/s11019-004-6857-6
4. Schramm FR. Liberdade obrigatória como fármakon do humano demasiado humano. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2005 [acceso 22 mar 2022];10(3):527-48. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300011
5. Kottow MH. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics* [Internet]. 2003 [acceso 3 maio 2022];17(5-6):460-71. DOI:10.1111/1467-8519.00361
6. Schramm FR. A bioética de proteção: uma ferramenta para a avaliação das práticas sanitárias? *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2017 [acceso 22 mar 2022];22(5):1531-8. DOI: 10.1590/1413-81232017225.04532017
7. Schramm FR. Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização. *Rev. Bioética* [Internet]. 2008 [acceso 22 mar 2022];16(1):11-23. Disponível: <https://bit.ly/3MLud1K>
8. Silva JM, Santos MOS, Mendes JM, Augusto LGS, Schramm FR. Implicações bioéticas para o licenciamento de grandes empreendimentos no Brasil. *Saúde Soc* [Internet]. 2017 [acceso 22 mar 2022];26(3):811-21. DOI: 10.1590/S0104-12902017170185
9. Oliveira ILVAC. Estratégia saúde da família na perspectiva de Foucault e Deleuze: sobre controles, capturas biopolíticas e a bioética como antídoto [tese] [Internet]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2017 [acceso 22 mar 2022]. Disponível: <https://bit.ly/3KI4pSM>
10. Schramm FR. A bioética de proteção é pertinente e legítima? *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2011 [acceso 22 mar 2022];19(3):713-24. Disponível: <https://bit.ly/3s2Yd1a>

11. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2005 [acesso 22 mar 2022];10(1):129-42. DOI: 10.1590/S1413-81232005000100020
12. Schramm FR. A terceira margem da saúde: uma ética "natural". *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos* [Internet]. 1995 [acesso 22 mar 2022];1(2):54-68. DOI: 10.1590/S0104-59701995000100005
13. Pontes CAA, Schramm FR. Bioética de proteção e papel do Estado: problemas morais no acesso desigual à água potável. *Cad Saúde Púb* [Internet]. 2004 [acesso 22 mar 2022];20(5):1319-27. DOI: 10.1590/S0102-311X2004000500026
14. Rego S, Palácios M, Siqueira-Batista R. Bioética para profissionais de saúde [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009 [acesso 28 abr 2022]. Bioética: histórico e conceitos; p. 13-38. Disponível: <https://bit.ly/3kP5Zrv>
15. Schramm FR. Violence and practical ethics. *Salud Colect* [Internet]. 2009 [acesso 22 mar 2022];5(1):13-25. Disponível: <https://bit.ly/3vw8hSh>
16. Schramm FR. 2008. Op. cit. p. 13.
17. Schramm FR. 2011. Op. cit. p. 718-9.
18. Schramm FR. 2011. Op. cit. p. 1536.
19. Siqueira-Batista R, Schramm FR. A bioética de proteção e a compaixão laica: o debate moral sobre a eutanásia. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2009 [acesso 22 mar 2022];14(4):1241-50. DOI: 10.1590/S1413-81232009000400030
20. Schramm FR. A autonomia difícil. *Rev Bras Bioét* [Internet]. 1998 [acesso 22 mar 2022];6(1):35-48. Disponível: <https://bit.ly/3kxqQ2o>
21. Schramm FR. Saúde pública: biotecnociência, biopolítica e bioética. *Saúde Debate* [Internet]. 2019 [acesso 22 mar 2022];43(e7):152-64. DOI: 10.1590/0103-11042019S712
22. Gaudenzi P, Schramm FR. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública. *Interface* [Internet]. 2010 [acesso 22 mar 2022];14(33):243-55. DOI: 10.1590/S1414-32832010000200002

**Carlos Alberto Bizarro Rodrigues** – Doctor – [carlosbizarro@ensp.fiocruz.br](mailto:carlosbizarro@ensp.fiocruz.br)

 0000-0002-4163-0661

**Fermin Roland Schramm** – Doctor – [rolandschram@yahoo.com.br](mailto:rolandschram@yahoo.com.br)

 0000-0001-6291-3188

#### Correspondencia

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues – Rua Leopoldo Bulhões, 1480, térreo, Manguinhos  
CEP 21041-210. Rio de Janeiro/RJ, Brasil.

#### Participación de los autores

Carlos Alberto Bizarro Rodrigues contribuyó con las siguientes actividades: concepción, planificación, revisión crítica del contenido y redacción. Fermin Roland Schramm contribuyó a la revisión crítica del contenido y la redacción.

**Recibido:** 27.8.2020

**Revisado:** 22.3.2022

**Aprobado:** 13.4.2022