

Bioética em Latinoamérica: desafio al poder hegemónico

Dora Porto

Resumen

Bioética en Latinoamérica: desafío al poder hegemónico

Este trabajo propone a discusión acerca de puntos relevantes para la consolidación de la bioética en los países en desarrollo, considerando, específicamente, las bioéticas Latinoamericanas. Busca estimular el debate acerca de la construcción de una alternativa al callejón sin salida que resulta de la expansión del alcance y enfoque de la asignatura a la dimensión social. Para ello, describe de manera sucinta el panorama de la bioética en estos países, a partir de la caracterización de este campo de estudio y que resume, en un breve historial, su proceso de construcción. En líneas generales describe los principales logros de las bioéticas desarrolladas en el contexto brasileño y latinoamericano, destacando, sobretudo, su acercamiento a los Derechos Humanos, considerados hitos regulatorios de los estándares éticos en las relaciones sociales. Presenta, al final, las consideraciones críticas acerca de la paradoja implicada en la adopción de los Derechos Humanos, tratando de fomentar la reflexión acerca de la bioética como herramienta de lucha contra las desigualdades que aún marcan nuestro continente.

Palabras-clave: Bioética. Derechos humanos. Sociedades. América Latina. Poder social. Controles informales de la sociedad.

Resumo

Este trabalho propõe a discussão sobre pontos relevantes para a consolidação da bioética nos países em desenvolvimento, considerando, especificamente, as bioéticas latino-americanas. Busca estimular o debate acerca da construção de alternativa aos impasses decorrentes da ampliação do âmbito e foco da disciplina à dimensão social. Para isso, traça de modo sucinto o panorama da bioética nesses países, iniciando pela caracterização desse campo de estudo e sintetizando, em breve histórico, seu processo de construção. Em linhas gerais, descreve as principais conquistas das bioéticas desenvolvidas no contexto brasileiro e latino-americano, enfatizando, especialmente, sua aproximação aos direitos humanos, tomados como marcos regulatórios dos padrões éticos nas relações sociais. Apresenta, ao final, considerações críticas sobre o paradoxo implicado na adoção dos direitos humanos, buscando incentivar a reflexão acerca da bioética como ferramenta de luta contra as desigualdades que ainda marcam nosso continente.

Palavras-chave: Bioética. Direitos humanos. Sociedades. América Latina. Poder social. Controles informais da sociedade.

Abstract

Bioethics in Latin America: challenge to hegemonic power

This paper proposes a discussion on relevant issues for the consolidation of Bioethics in developing countries, specifically considering the Latin American Bioethics. It seeks to encourage the debate on the construction of an alternative to the impasses resulting from the expansion of the subject scope and focus to the social dimension. For this, it succinctly outlines the viewpoint of Bioethics in these countries, starting from the characterization of this field of study and summarizing briefly its construction process. In broad terms, it outlines the main achievements of Bioethics developed in the Brazilian and Latin American context, especially emphasizing their approach to human rights, taken as regulatory milestones of ethical standards in social relations. It presents, in the end, critical considerations about the paradox implied in adopting Human Rights, seeking to encourage reflection about Bioethics as a tool to fight against the inequalities that still feature our continent.

Key words: Bioethics. Human rights. Societies. Latin America. Social power. Social control, informal.

Doutora doraporto@gmail.com – Faculdade do Gama, Universidade de Brasília (UnB). Gama/DF, Brasil.

Correspondência

SQS 204, Bloco G, Aptº 205 CEP 70234-070. Brasília/DF, Brasil.

Declara não haver conflito de interesse.

*“Se considera minoría como tal cuando constituye amenaza real o imaginaria a la mayoría” **

La bioética es un campo de reflexión que cuestiona el poder, tanto en las relaciones entre profesionales y usuarios en el ámbito de la salud en cuanto dimensión social, específicamente en aquellos aspectos referentes a las políticas públicas destinadas a promover la calidad de vida. Aunque también pueda tomarse como un dispositivo disciplinar de biopolítica más, destinado a producir, organizar y gestionar el poder del *status quo*¹ y, así, cosificar las estrategias de dominación de las biotecnociencias, su papel de agente promotor de nuevos parámetros en la salud es innegable.

Es bajo el amparo de la bioética que se instaura la reflexión acerca de los derechos individuales y colectivos en la salud, así como la discusión basada en la noción de autonomía, que altera el milenarismo paternalista de la práctica médica. Entre tanto, si la construcción de la bioética se marca por la creación del neologismo a partir del creciente desarrollo de la biotecnociencia², su histórico revela que la idea de *bio*, relacionada por el sentido común a la biomedicina, ha prevalecido sobre la noción de *ética* en la caracterización y clasificación de esa modalidad de estudio, aunque, en ningún momento, la ética deje de ser la tónica de los análisis emprendidos.

Es innegable, aun, la prominencia de los primeros de esos términos (*bio*) sobre el segundo (*ética*) en las representaciones colectivas bajo ese campo de estudios incluso porque, desde Darwin, la ciencia, en general, ha basado la construcción del conocimiento a partir de parámetros biológicos (en mayor o menor grado), aun cuando se dedican a interpretar la vida en sociedad, como lo hace las Ciencias Sociales. Tales criterios se imponen en el imaginario científico y se diseminan por todas las sociedades (en distintos niveles), configurándose modelo interpretativo de las representaciones sociales acerca de la ciencia y su *status* de *locus* de la verdad. Ese proceso de construcción del conocimiento a partir de la biología consolida el surgimiento de fenómenos como el de la *medicalización*³, sorprendido con énfasis variada en las sociedades de mercado, tanto del Oriente cuanto del Occidente, como muestran, en el reflujo de esa posición hegemónica, tanto las Ciencias Sociales cuanto la Salud Colectiva.

A pesar de ese enfoque consagrado históricamente y fortalecido por el valor atribuido a las diferentes ramas del conocimiento (sobre todo en la jerarquía valorativa que se establece entre las ciencias biológicas y las humanidades, que propor-

ciona privilegio a la primera), el análisis detallado del término muestra cuanto el campo de la bioética está habituado a la dimensión humana y relacional: *la ética es un aspecto de las relaciones humanas y respecta a valores atribuidos a las prácticas sociales; a los comportamientos individuales y colectivos y su impacto en el ambiente y en la vida en sociedad*. Tal carácter se hace más evidente ante la constatación lógica de que no hay ética ni en las reacciones químicas ni en los procesos fisiológicos. La ética es atributo – único y exclusivo – de la vida humana⁴.

Por ello, en sentido estricto, no se hace bioética en investigación de mesa de trabajo tampoco en estudios de validación de medicinas. La bioética se aplica a esas investigaciones, aportando para que sigan criterios éticos que aseguren integridad física, psíquica, moral y social a los seres humanos directa o indirectamente implicados. Para el más allá de la fase experimental, la disciplina también ayuda en la reflexión ética acerca de la práctica biomédica al discutir el efecto de una nueva medicina o examen en la vida social, como, por ejemplo, el caso de los anticoncepcionales, ansiolíticos y antidepresivos, así como de los exámenes de DNA para prueba de paternidad, que transformaron las moralidades que condicionan la vida social contemporánea.

La importancia de esa constatación se refiere a lo que todavía hoy usualmente se considera bioética: un campo del saber relacionado sólo a la biomedicina y al análisis de las consecuencias de sus descubiertas en la vida social. Tal significado influye directamente en la forma de cómo se comprende la producción de conocimiento en ese campo y su clasificación en la lista de las áreas del conocimiento. Sin embargo, la verdad es que la bioética constituye el espacio mucho más complejo de producción de conocimientos, que exige la integración del conocimiento de diferentes áreas para producir las respuestas que la realidad demanda.

El ámbito expandido de la reflexión bioética, específicamente de la bioética brasileña, pone de relieve tal confluencia al identificarla campo transdisciplinario⁵ de producción de saberes donde las cuestiones biomédicas constituyen *tema* sobre el cual tienden las herramientas teóricas y metodológicas de las diversas áreas, que se extienden desde la Ingeniería Ambiental a las Humanidades, pasando por la Filosofía, el Derecho, las Ciencias Sociales, la Pedagogía y la Teología, además de las Ciencias de la Salud y Medicina. De la interfaz surge un tipo de reflexión singular, que se define como campo de producción de saberes a la medida que expone una situación, analiza los fenómenos observados y com-

para los elementos identificados en ese proceso, produciendo aporte conceptual propio, destinado a subsidiar teorías y prácticas en esas áreas contributivas. La bioética utiliza los discursos de las distintas áreas que se acercan al campo e incorpora sus marcos conceptuales, dialogando con ellos para producir un análisis de caso, la etnografía del conflicto ético, identificado en las prácticas de salud o en la vida social (tomada de manera amplia, considerando no sólo los aspectos relacionados a las prácticas en salud, sino al proceso salud/enfermarse en la dimensión colectiva).

Desde ese proceso *antropofágico*⁶ de apropiación y elaboración del conocimiento de las áreas contributivas la bioética produce un saber que se presenta a esas áreas en la forma de reflexión acerca de sus prácticas, lo que les permite aplicar las directrices éticas que emanan de él en el proceso de transformación de la realidad social (ya sea en el área de la salud o en dimensión colectiva). Es debido al resultado producido en ese proceso reflexivo (y antropofágico), que establece la posibilidad de conducir efectivamente a la transformación en realidad por la acción de las áreas implicadas, que la bioética puede ser caracterizada como ética aplicada. Sin esa interfaz no sería un campo de creación de saberes, restringiéndose a ser un área más de producción del conocimiento.

El proceso de producción del saber en bioética, que se establece por el consorcio de distintas áreas en el mismo campo de reflexión, se hace posible por el hecho de que la reflexión bioética consolida a partir del ejemplo, de una situación en la cual se manifiesta un conflicto, al cual el análisis bioético aplica la casuística⁷. Asegúrese, sin embargo, que para la bioética la identificación del conflicto puede resultar de la *evidencia* (su manifestación concreta) o de la *sospecha*, que se puede detectar como existencia de un conflicto silencioso, en el cual una de las fuerzas en oposición todavía no haya alcanzado poder para manifestarse o que tal manifestación no sea contundente suficiente para hacer eco en el ámbito colectivo.

Tal significado actual de la bioética puede parecer extraña (y a menudo parece) a todos los que se acostumbraron a la identificación unívoca entre bioética y principialismo y a la discusión dirigida únicamente a las nuevas tecnologías y procedimientos introducidos en el área biomédica. Para reducir el hiato entre las dos concepciones y cumplir su función básica de fomentar la discusión transdisciplinaria y plural, muchos estudiosos del campo (sobre todo en Latinoamérica) ha estado trabajando para

liberare (de hecho) de la tutela de esa clasificación unilateral de ámbito y temática⁸⁻⁶⁵, amparados desde el 2005 por el reconocimiento de la dimensión social de la disciplina en la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, de la Unesco⁶⁶.

Breve histórico de la bioética

Originalmente acuñado en Estados Unidos en la década de los 70, el término “bioética” buscaba designar la necesaria interfaz entre las ciencias biológicas y la reflexión humanista, con el objetivo de establecer parámetros para lidiar con los problemas ambientales y los descubrimientos en biotecnología, que ya se diseñaban en aquel entonces⁶⁷. El significado más difundido agregó la bioética al área biomédica, sobre todo a la Teoría Principialista⁶⁸, cuyos marcos conceptuales (*beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia*) acabaron identificados como “la” bioética⁶⁹. Esta perspectiva primordial, bajo la cual se diseminó mundialmente el término, implicó que los conceptos guías del principialismo se tornasen sinónimo de ese campo de estudios y el área biomédica fuese considerada su único ámbito legítimo de actuación⁷⁰.

Bajo ese marco, las temáticas discutidas se centraban en las descubiertas biotecnológicas y en su aplicación por la Medicina. Con eso, la bioética adquirió un carácter “exótico” para el sentido común, que la vinculaba a las “novedades” científicas que surgieron: los trasplantes cardíacos, la fecundación asistida y la genómica, incluso porque los conflictos y problemas derivados de esas descubiertas predominaban entre los temas discutidos por aquellos que se dedicaban a la disciplina. El enfoque de la bioética, entonces, convergía al impacto sobre las moralidades de los tratamientos y procedimientos recién-descubiertos, los cuales, generalmente, se aplicaban en la perspectiva individual, contribuyendo para enturbiar la dimensión colectiva en el análisis ético de los procesos salud/enfermarse.

En el primer de esos temas, los trasplantes, la discusión ética giraba en torno de la caracterización de la muerte por la creación del concepto de *muerte encefálica*, que sustituyó la noción clásica asociada a la parada cardíaca. Esa definición trasladó el local de la muerte en el cuerpo del corazón al cerebro, que, de esa manera, se consolidó (también en nivel fisiológico) como la sede de los procesos que caracterizan (y permiten) el existir. Al establecer criterios técnicos y éticos para definir la muerte y amparar los procedimientos involucrados en los trasplantes,

la traslado del *locus* de la vida ha dado lugar a toda la variedad de conflictos, relacionados a los estados de muerte cerebral, a las técnicas de resucitación y mantenimiento de la vida orgánica, así como a los derivados de la anencefalia, que acabó relacionada a la problemática del aborto – obviamente, en aquellas sociedades, como en Brasil, donde el aborto todavía es visto bajo la moralidad de la *sacralidad de la vida* y no de la *calidad de vida* y de los derechos humanos de las mujeres, ajeno, por lo tanto, a la dimensión de la salud pública²⁹.

La temática de la fecundación asistida generó discusión en múltiples fuentes: las técnicas de inseminación, los bancos de esperma y de óvulos, el embarazo de sustitución (vientre de alquiler) desafiaron los supuestos morales involucrados en la definición de los lazos de parentesco y nociones de familia. Esos conflictos se propagaron por todas las sociedades que pasaron a usar esas técnicas, teniendo en cuenta que en todos los países las leyes reguladoras de las relaciones de parentesco en la vida social no eran capaces, al menos hasta ahora, de responder a la nueva red relacional inaugurada por la singularidad de esos procedimientos.

En ese contexto, la genómica jugó un papel crucial, pues hizo posible atribuirse la paternidad consanguínea de modo inequívoco, contribuyendo todavía más para alterar las nociones tradicionales de familia y parentesco. La idea de clonación (con el inefable componente de inmortalidad) y sus diversas derivaciones, relacionadas a la creación artificial de órganos para trasplantes y a las nuevas terapéuticas en esa especialidad, como en el caso del trasplante de medula, por ejemplo, jugaron papel fundamental en la consolidación de lo que se entendía como bioética – que en un principio ha abordado los conflictos derivados del uso de todas esas nuevas técnicas, abriendo campo para la discusión y confrontación entre los parámetros morales vigentes en las sociedades; la moralidad y normas inherentes a la práctica profesional en el área de la salud; y la dimensión legal, tutora del ordenamiento social. En la dimensión restricta a la biomedicina, la bioética que surgió en ese periodo inicial introdujo la interrogativa acerca del poder individual en la relación médico-paciente (que se extiende en mayor o menor grado para las demás categorías profesionales de salud), con la herramienta del *paternalismo*. Problematizaba incluso el poder de elección en la relación entre usuario y profesional en los servicios de salud en lo que respecta a los exámenes y tratamiento, con el concepto de *autonomía*⁷¹.

La idea de *paternalismo* resulta de la interpretación hegemónica sobre la responsabilidad del mé-

dico (que “*no se puede presumir*”) ⁷² sobre la elección de lo que es mejor para tratar “su” paciente. En este caso, el argumento proviene de la génesis de la construcción del conocimiento médico, del hecho de esa formación profesional conferir a los que se dedican a tal ocupación un saber diferenciado cuanto a la anatomía y fisiología, así como sobre patología, lo que, en contrapartida, cobra del detentor de esos conocimientos responsabilidad sobre su uso en favor del bien del otro, que recurre a sus servicios. La crítica al paternalismo, implicada en el principialismo, llevó al cuestionamiento de la asimetría consolidada en el ejercicio de esos roles, redefiniendo la dinámica de las prácticas en salud ⁷³.

La *autonomía* (concepto incorporado al área médica por la bioética principialista) ⁷³ se refiere a la capacidad y derecho del usuario de ejercer la elección cuanto a recibir o no tratamiento, en la clínica o en la investigación. En la discusión de la autonomía los principales argumentos se asociaban a la doble imposición que recae sobre esa elección para el que busca el servicio; la cual resulta tanto del estado de salud del “paciente” ²⁵ cuanto de la información sobre riesgos y beneficios de que dispone el “usuario” para la toma de decisión, discusión que se mueve sobre todo por la *beneficencia* y *no maleficencia* en el acceso al diagnóstico, pero en algunos casos, extrapolando el ámbito clínico, camina hacia una dimensión social mediante los conceptos de *igualdad/desigualdad*, de los cuales deriva la *equidad*, acercándose de la noción de justicia. Hay que destacar todavía que, cuanto la autonomía del usuario en la clínica y en la investigación, actualmente la argumentación se divide de forma polar: derecho de recibir y de no recibir tratamiento; y derecho de participar o no de un examen.

Bajo el efecto de la crítica al principialismo enfocada en el *modus operandi* de las prácticas biomédicas, en la clínica y en la investigación, la bioética se hizo más amplia, empezando a incorporar como parámetros para discusión de la ética en las prácticas del área de la salud ideas basadas en otros valores. En la bioética brasileña ¹⁵ se puede apuntar especialmente lo que se propuso para responder a los conflictos en salud en la dimensión social, como vulnerabilidad y vulneración; protección ²⁰⁻²⁸; igualdad; y equidad ^{18,33-38} – que de un modo general son tendencia en toda Latinoamérica ^{49,51,52,55,56,58,59}. Cabe señalar que además de las propuestas propias de los países en desarrollo otras perspectivas también proponen esos marcos conceptuales ^{8,60-65}. Sin embargo, a pesar de esos intentos de ampliar la discusión bioética al ámbito social, los parámetros princi-

pialistas y el enfoque biomédico siguen siendo más significativos en términos de cantidad de estudios académicos y artículos científicos.

El énfasis en el principialismo puede ser atribuido a diversos factores interrelacionados, de los cuales nombramos cuatro que parecen tener mayor relevancia: 1) característica histórica de la formación del campo a partir del área biomédica; 2) área de formación de la considerable mayoría de los investigadores (Biología, Ciencias de la Salud y Medicina, en la cual los principios hipocráticos adoptados en la clínica son parte de la formación profesional); 3) facilidad en transponer los parámetros relacionales de la deontología médica (beneficencia, no maleficencia y justicia) la bioética principialista, que “sólo” agregó la noción de autonomía⁷³; o, por fin, 4) el hecho del entorno relacional restringido de la clínica y de la investigación propiciar la aplicación de los parámetros bioéticos principialistas con mayor facilidad de lo que se puede lograr ante la complejidad de las variables que causan impacto en la realidad social.

La indiscutible importancia de la discusión bioética alrededor de las novedades biomédicas no ha impedido que con el tiempo su alcance se revelase insuficiente para dar respuesta a los conflictos relacionados a los procesos salud/enfermarse en la dimensión colectiva⁸. Tal insuficiencia se tornó significativamente problemática en los países donde las condiciones sociales (económicas y sanitarias) se presentaron deficientes a grande parte de la población³⁶⁻³⁸. En tales circunstancias, la posibilidad de acceso a la salud no era mínimamente distribuida entre los diversos segmentos y grupos, dejando un inmenso contingente al borde de no sólo las descubiertas transformadoras de la biotecnociencia, sino, sobre todo, del acceso a la salud, considerado condición básica de ciudadanía. Vale notar que en esa época el parámetro para definir *salud* ya dejara de ser *ausencia de enfermedad*, ampliándose para la *calidad de vida*.

Bajo tal cuestionamiento, que en Brasil fue bandera para el movimiento de la Reforma Sanitaria y base para la creación del Sistema Único de Saúde (SUS)(Sistema Único de Salud), surgieron iniciativas para contextualizar el debate bioético a las distintas realidades de los países en desarrollo. Los investigadores descontentos con la herramienta principialista^{10,11} centraron su atención al rescate de los conceptos de la salud colectiva, así como a los que surgieron de los movimientos sociales^{16,18,26-28}, en el intento de responder a los conflictos que surgían de la reciente reforma en la atención a la salud en aquel entonces, propuesta por el SUS, asociada a la nueva concepción de salud⁷⁴.

Las iniciativas para construir perspectivas autóctonas para la bioética en ese periodo acentúan la divergencia en relación a la perspectiva estadounidense^{12,33,42-45}, cuestionando el principialismo – identificado como *check-list* normativo¹³ – y su enfoque en las prácticas curativas. El individualismo inherente al modelo principialista empezó a ser problematizado mediante consideración de que dejaba de lado el cuestionamiento ético acerca de los juicios morales que influyeron la salud en la dimensión colectiva y condiciona la producción de la salud y de la enfermedad. En ese sentido, es apropiado acreditar a la bioética el papel de dispositivo dirigido a producir cuerpos dóciles para servir a las estrategias de poder¹.

Actualmente, las herramientas teóricas y conceptuales para los estudios en bioética en la dimensión social todavía siguen siendo delineadas, pero la cuestión de la desigualdad social entre segmentos, grupos, poblaciones y sociedades ya se ha identificado como el meollo de la reflexión en la dimensión colectiva, sobre todo en lo que respecta al acceso a la salud y a la calidad de vida. Acompañado por la discusión ambiental^{32,75,76}, ese marco teórico ha cada vez más apuntando el lenguaje de los derechos humanos como gramática conceptual propicia a la bioética, en varias teorías y propuestas para el análisis de la ética relacional y procedimental, en las dimensiones colectiva y social⁸⁻⁶⁵.

Así, de manera resumida, se puede afirmar que tanto en Brasil como en distintos países latinoamericanos la bioética congrega actualmente esas dos vertientes analíticas: la bioética clínica propiamente dicha, que refleja también acerca de los parámetros guías para la ética en investigación involucrando seres humanos, y una incipiente bioética social todavía, que intenta definir y aplicar parámetros éticos en la discusión acerca de los conflictos en salud en la dimensión colectiva.

Bioética social y derechos humanos

La noción de derechos humanos (DH) debe ser considerada un logro inequívoco a toda la humanidad, pues fue lo que permitió el surgimiento de la necesidad de garantizar a todas las personas la misma dignidad inherente. Pensar en términos de igualdad, desigualdad y diferencia – a todos los seres humanos – es una conquista del siglo XX, que resulta de la consolidación de esa noción.

Al definir que todos los seres humanos son portadores de derechos y que estos son inaliena-

bles, las nociones de derechos humanos abrieron la posibilidad de que se pudiese aplicar a la dimensión colectiva conceptos – como *igualdad/desigualdad* – diseñados para estimular mayor división de poder entre los integrantes de la colectividad, especialmente entre los que cuestionan a la autoridad tradicional. Esos conceptos y la idea de mayor simetría que cargan se revelaron fundamentales para analizar las prácticas sociales y las moralidades que tradicionalmente condicionan la división del poder entre poblaciones, segmentos y grupos.

Ese marco universal permitió que todos los que no disfrutaban de los mismos derechos tradicionalmente garantizados al “Hombre” (al cual se referían originalmente los DH, conforme el primer título de la Declaración de 1948) ⁷⁷ pudieran percibir que algo estaba errado, ya que los derechos humanos y la dignidad inherente a ellos deberían extenderse a todos los seres humanos, sin excepción, sin poder restringirse a las personas del sexo masculino, adultas, blancas, de clase mediana o más alta, que más bien vivieran en las sociedades occidentales y compartiesen valores y cultura de esos contextos ⁷⁴. Es probable, incluso, que la toma de conciencia cuanto a esta concepción horizontal haya sido lo que hizo posible que en todo el mundo las mujeres, las jóvenes, las poblaciones negras, así como las poblaciones tradicionales (como son denominadas las minorías étnicas y culturales en el contexto de los DH), empezaran a pensar acerca de las desigualdades históricas que las victimaban y, posteriormente, acerca de las diferencias en su visión de mundo que juzgaban necesario preservar para mantener su identidad.

La noción de derechos humanos creció a lo largo del siglo XX en las sociedades occidentales, ampliándose del derecho a la vida del individuo al derecho a la calidad de vida de las poblaciones, incorporando en ese último parámetro la discusión cultural que, a partir de mediados de la década de 60, pasó a considerarse elemento esencial a esa cualidad, especialmente para grupos o segmentos con características socioculturales distintas ⁷⁸⁻⁸⁴. Con base en nociones todavía no totalmente delineadas de lo que fuesen tales derechos, los movimientos sociales que surgieron o se reforzaron a partir de la segunda mitad del siglo XX cuestionaron la autoridad de las personas mayores, el poder de decisión del *pater familias*, el poder regulador de los hombres sobre las mujeres, la primacía de las personas blancas sobre las negras, así como sobre las de diferentes grupos étnicos. En todos esos cuestionamientos los argumentos se dirigieron a la división más equitativa del poder entre individuos, segmentos y grupos, tal

como propuesto por los DH. Cabe señalar que, al menos a principio, esos movimientos (cuyas propuestas cambiaron los estándares de sociabilidad en el siglo XX) no tejían sus banderas utilizando formalmente los instrumentos de derechos humanos como hilo conductor, aunque esas nociones fueran subyacentes a las reivindicaciones por más igualdad y asimetría en las relaciones sociales.

Entre esos movimientos los que obtuvieron más éxito en la promoción de cambios efectivos de comportamiento en las sociedades occidentales aquellos cuyos marcos podían ser aplicados individualmente, o sea, los que se referían a los roles y valor social atribuidos a los individuos de diferentes grupos de edad y de género: jóvenes, adultos y ancianos; mujeres y hombres. Por relacionarse a un gran número de personas en cualquier país del mundo, sus ideas eran generalizables y podían aplicarse a la mayoría de los individuos, repercutiendo mundialmente y produciendo la transformación de la realidad social con mayor facilidad. Por la misma razón, los movimientos que se referían a parcelas de la población, como los relacionados a la racialización y la etnia, no lograron resultados tan unánimes en el contexto global.

Dejando de lado consideraciones acerca de las relaciones de poder bajo el estado de excepción, así como las trabadas por el uso de la fuerza bruta, se puede deducir de este proceso que la transformación de la realidad tenderá a ocurrir a la medida que un valor (y el comportamiento a él asignado) sea compartido por la mayoría de la misma manera que el mantenimiento del *status quo* (y de las moralidades que lo sostienen) se efectiva por la acción de la mayor parte de los individuos en la colectividad. Así, en uno u otro caso, cuando los valores que orientan el comportamiento individual encuentran eco en la dimensión colectiva se tornan realidad objetiva, consustanciando la reproducción de la moralidad a ellos asociada.

La constatación sobre la acción de la mayoría en la dinámica de reproducción o transformación de la realidad social evidencia que el tamaño de la población (que demanda el mantenimiento o alteración del *status quo*) está directamente relacionado a su posibilidad de realizar lo que se requiere. Cuanto más próximos de la mayoría en un conjunto social estén los individuos que reclaman el cambio de la realidad, mayor será la posibilidad de realizarla para toda la población. Se debe prestar atención, todavía, que el poder de la mayoría en la consolidación de la realidad es una fuerza en sí, que puede actuar en cualquier dirección, para promover transformacio-

nes centradas a la igualdad y simetría o para producir aún más desigualdad, prejuicio y discriminación⁴.

Tomando la historia reciente para ilustrar casos en que se pueden observar resultados positivos en la transformación de la realidad social hacia una mayor simetría, eso está claro en relación a los movimientos basados en carácter de edad, de las décadas de 50 y 60, que se propagaron e impusieron en las sociedades occidentales por el aumento de personas en ese rango de edad, resultante del *baby boom*. Incluso se puede observar la fuerza de la mayoría en los movimientos de mujeres, que suman un poco más de la mitad de los habitantes del planeta. Se debe agregar la fuerte motivación de las mujeres para elegir un cambio centrado a mejorar su *status* y poder, pues a pesar de las diferencias culturales en cada sociedad, la subordinación femenina era, al menos entonces, universal⁸⁵.

Además de ser elección de la mayoría también influye en la transformación de la realidad la *permeabilidad estructural* del segmento o grupo que reivindica determinado valor social (y comportamiento a él asociado). O sea, la dispersión en la red social de la población que demanda la permanencia o el cambio de determinado valor social también tiene relación directa con la posibilidad de realizarla en la dimensión colectiva. En el caso de los movimientos de jóvenes en aquellas décadas, porque había personas en ese rango de edad en todos los estratos de la sociedad. Aún más de lo que pasó con los jóvenes, los movimientos de mujeres alcanzaron resultados notables porque la población femenina también está dispersa por toda la red, considerándose en ese caso no sólo las diferentes capas sociales, color de piel y etnia (clasificando en el último aspecto específicamente la dimensión cultural), sino abarcando, incluso, todos los rangos de edad, variable que (obviamente) no se aplica a los movimientos de jóvenes. En el caso de los movimientos de mujeres agréguese aún el factor de *permanencia temporal* alrededor del mismo conjunto de reivindicaciones, pues la condición femenina está asociada en el imaginario a la constitución física, de manera casi indeleble, siendo, por lo tanto, marcada como “verdad biológica inherente”, que da a la condición de ser mujer un carácter más permanente de lo que ser joven, situación por naturaleza transitoria.

Debido a referirse a la mayoría en distintas sociedades y permear los diversos estratos de esas sociedades, los componentes de la identidad de los movimientos sociales de la segunda mitad del siglo XX – de edad y de género – lograron cambios expresivos en la realidad social de las sociedades occi-

dentales, en lo que respecta a la transformación de los lugares de poder tradicionalmente consolidados. Esos dos movimientos agregados actuaron incluso en el sentido de cuestionar y menoscabar la tradicional autoridad del *pater familias*, colaborando aún más para alterar la división de poder tradicional. De eso se deduce que la permeabilidad, así como la permanencia, son factores que propician el alcance de las reivindicaciones propuestas por la mayoría. Hay que notar, incluso, que la permeabilidad es el factor que impide (o dificulta) la intensificación de los conflictos inherentes al proceso de transformación de un valor o moralidad, ya que diluye en la malla social la estigmatización del segmento o grupo que propone el cambio. Sería imposible, por ejemplo, poner a todas las mujeres en la década de 60 en un gueto o a los jóvenes en campos de concentración, de la forma cómo los segregaron por el poder hegemónico los demás grupos en el pasado.

Sin embargo, si es inolvidable el logro para el conjunto de la humanidad traído por los DH no se puede despreciar una consecuencia adversa de la aplicación de la perspectiva universalista intrínseca a ellos, que se manifiesta en los casos que los segmentos o grupos que reivindican esas garantías no están dispersos en la estructura social tampoco constituyen la mayoría. A diferencia de los ejemplos anteriores, se observa la fuerte tendencia para eliminar las voces disonantes, como se ha dado en relación a las poblaciones nativas americanas en la época que se inició la ocupación europea (llamada “descubierta”) o como pasó en pleno siglo XX en África y Europa, cuando la retirada de los gobiernos coloniales y regímenes totalitarios, respectivamente, propició masacres de los grupos minoritarios. Incluso se pudo constatar la tendencia a aislar real o simbólicamente los segmentos y grupos minoritarios, aumentando el prejuicio y la discriminación por la segregación, como pasó en relación a los judíos desde la Edad Media, por ejemplo, o como se reproduce actualmente por la construcción de muros para separar los pueblos latinos de las tierras estadounidenses y los palestinos de Israel. La historia muestra todavía que en tales situaciones lo que tiende a pasar, “en el mejor de los casos”, es la búsqueda por la “adecuación” a los parámetros morales hegemónicos en un proceso forzado de asimilación de valores y aculturación – como lo que hasta hoy marca la dinámica de la colonialidad^{6,78-84,86} en Latinoamérica. Aunque se desconsidere la parte de esos ejemplos extraída de períodos históricos en los cuales los DH no se redactaron, restan las situaciones actuales que siguen pasando mundialmente e ilustran las tendencias humanas para lidiar con las diferencias.

Con relación al momento actual, en el cual el conjunto de las naciones ya empieza a incorporar los parámetros igualitarios de los derechos humanos, la dificultad de aplicar esos valores a los grupos y distintos segmentos ocurre porque, aunque se destinen a salvaguardar los derechos de los pueblos, los DH deben – necesariamente – expresarse a través de documentos basados por el consenso entre las naciones, delineando, por lo tanto, sólo un conjunto de mínimos esenciales⁸⁷. Arraigados en instrumentos internacionales dirigidos a la salud, educación, economía, derechos civiles, políticos, laborales y ambientales, por ejemplo, los derechos humanos no responden particularidades del contexto social o atienden a la especificidad cultural de los distintos pueblos y subgrupos de la población de los Estados-parte, incluso en aquellos casos que esos instrumentos se destinan a asegurar derechos específicos.

La necesidad de que puedan alcanzar a la gran mayoría de los casos en los cuales se detecta violación de los derechos humanos y de lograr consenso entre los países signatarios sobre las mejores providencias a tomarse, esencial a una estructura anárquica por excelencia, como las Naciones Unidas, dificulta que se puedan identificar situaciones particulares, como las apuntadas por los movimientos sociales en cada nación. Al establecerse estándares de lo que sean las necesidades intrínsecas a la calidad de vida a todos los seres humanos, que puedan ser aplicados por los gobiernos nacionales a distintas realidades, los DH permiten indirectamente el mantenimiento de la asimetría social que estructura la dinámica de esas mismas sociedades. Dado que son por naturaleza incapaces de impedir la reproducción de asimetrías en la dinámica interna de esas sociedades, su aplicación no inhibe la imposición de parámetros que ignoran las diferencias, especialmente las de carácter cultural, superponiendo indiscriminadamente los valores de la mayoría.

Eso ocurre porque la aplicación de las recomendaciones firmadas en el ámbito de las Naciones Unidas cabe a los gobiernos de los países, que deben adecuar tales disposiciones generales a su realidad social. Lo que pasa a menudo es que la dinámica jerárquica de cada sociedad, consolidada históricamente, dificulta que grupos minoritarios y tradicionales logren efectivamente reivindicar adecuaciones a su caso específico, como podemos ver en Brasil con parte significativa de los pueblos indígenas, aun cuando articulados alrededor de sus reivindicaciones.

Dadas esas contingencias, que marcan la implementación de los DH en las políticas públicas,

esos instrumentos son a menudo identificados por dichas minorías como una forma más de imposición vertical de valores de la mayoría y por ello son rechazados. Así, si se tiene el ejemplo de cómo la transformación de la realidad por la asunción a los valores de la mayoría puede no estar necesariamente significando alteración del *status quo* para las minorías, sino su mantenimiento. Aunque bajo argumentos basados en la igualdad propuesta por los DH, la reproducción de la asimetría acaba fortaleciendo procesos impositivos y dinámicas sociales verticales entre grupos mayoritarios y minoritarios, contribuyendo para que los derechos culturales, relacionados a las nociones de identidad e pertenencia, sean olvidados y los derechos humanos rechazados como un todo, identificados como un elemento más de reproducción de la dinámica colonial.

La dificultad de las minorías en consolidar reivindicaciones autóctonas, especialmente las relacionadas a diferencias resultantes de valores de orden cultural, que se manifiesta en casi todos los sectores abarcados por los DH (educacional, jurídico, económico, ambiental), es especialmente fuerte en la Salud. En la dimensión individual eso resulta de las circunstancias en las cuales el área es llamada a actuar en la vida social, en el proceso de enfermedad que implica vulneración física, psicológica y social del individuo, así como en el enfrentamiento de circunstancias desfavorables de asimetría, inherentes a las prácticas profesionales y a los sistemas de salud, como el apuntado por la bioética principialista. En Brasil, como en toda Latinoamérica, agréguese las dificultades de acceso a los sistemas y la precariedad de los servicios.

En la dimensión colectiva, en el ámbito de la bioética social, la dificultad puede atribuirse a la creciente influencia del fenómeno de la medicalización en la construcción de las verdades del imaginario social, relativo a los procesos salud/enfermedad. Resultante de la suma de los aportes tecnológicos en el área de la salud y del poder de la industria farmacológica y de equipos, ese fenómeno ha consolidado el uso por el sentido común de categorías médicas para identificar y clasificar las prácticas sociales y hábitos de vida, condicionando la “transformación” de los comportamientos y de las emociones en las patologías. El fenómeno de la medicalización se tornó hegemónico en las sociedades occidentales, extendiéndose desde la estética a las condiciones sanitarias, siempre mediado por interés económico. Así, casi todo que “debe” o no hacerse resulta de razones de “salud”, asociada a la calidad de vida y al paradigma biomédico. Al constituirse discurso

hegemónico, la medicalización contribuye para borrar los límites de la práctica clínica, una vez que ésta se confunde con el propio discurso que legitima la construcción del conocimiento y la reproducción del comportamiento en la dimensión colectiva.

Identificado como *calidad de vida* el paradigma biomédico se extiende por todos los aspectos de la vida social. Bajo ese marco, que es *pièce de résistance* de los DH en el área de la salud, los imperativos generados por el fenómeno de la medicalización terminan confundidos con las directrices propuestas por los derechos humanos para minimizar (o eliminar) la desigualdad social y garantizar (a través de la equidad) calidad de vida a todos. Por esa asociación indebida el paradigma biomédico es impuesto de manera generalizada, reforzando la asimetría de poder entre los interlocutores en los casos que las particularidades culturales de las minorías no corresponden a los parámetros establecidos por la mayoría. Por el hecho de que se contrastan con el paradigma hegemónico, las reivindicaciones de los segmentos y grupos minoritarios terminan deslegitimadas; clasificadas como ignorancia, desviación o aberración por la mayoría, que, como visto, es quien tiene la fuerza para imponer sus parámetros de la verdad a la dinámica social.

Se hace fundamental, entonces, apuntar el fallo de la bioética en lo que respecta a la implementación de los DH, tanto en Brasil cuanto en los demás países en desarrollo, aunque sean indiscutibles los logros conceptuales derivados de la consagración de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*⁶⁴, que legitimó la aplicación de la disciplina en la dimensión social. Sin embargo, persiste la laguna entre la reflexión bioética emprendida en el ámbito académico y las demandas de los movimientos sociales en lo que respecta a dar visibilidad y exigir legitimidad a las reivindicaciones resultantes de una realidad cultural específica, que (al menos potencialmente) puede poner en jaque los supuestos del paradigma hegemónico.

Por permanecer enfocada en el área de la salud (y, por lo tanto, subordinada al argumento de la medicalización que la permea) y olvidar, a gran medida, la propia transdisciplinariedad esencial a su constitución como campo de producción de conocimiento, la bioética social todavía no alcanzó plenamente su objetivo de mediar los conflictos éticos en salud en la dimensión colectiva. Por basar sus argumentos sólo en estándares que reproducen la moralidad de la mayoría, aunque estos sean moldeados por los DH, la bioética social deja de cuestionar la autoridad en los casos que el paradigma biomé-

co choca con los parámetros culturales de grupos y segmentos minoritarios o, incluso, con las predisposiciones individuales de los que forman parte de la dinámica social de la mayoría, pero, paradójicamente, no pactan todos los valores o hábitos de vida prescritos por el paradigma biomédico.

Debido a la reproducción de esa dinámica vertical, que marca la bioética social actualmente implementada a partir del ámbito académico, se reproduce el *modus operandi* jerárquico en lugar de la horizontalidad propuesta por los DH. Por ello, la crítica a las posiciones hegemónicas, propias de esas nuevas perspectivas, no produce el efecto esperado, teniendo en cuenta que tales planteamientos no lograron – efectivamente – delinear herramientas capaces de congregarse en los marcos de horizontalidad de los DH; los valores de asimetría que impregnaban la visión de mundo del área biomédica se reproducen en los intentos de analizar y mediar conflictos en salud en la dimensión colectiva. Eso resulta, a gran medida, incluso del alejamiento entre la academia y los movimientos sociales, del desconocimiento de la primera de los discursos nativos y dinámicas locales y de la dificultad de la segunda en lidiar con la fuerza trascendente del mercado globalizado, que es actualmente el principio articulador de las dinámicas sociales en las sociedades occidentales. En tales circunstancias es imposible dejar de señalar que las bioéticas sociales brasileñas y latinoamericanas todavía no lograron actuar de manera a propiciar la superación de las dinámicas verticales, descontextualizadas y que estigmatizan la implementación de los marcos de los derechos humanos en las políticas públicas para los grupos minoritarios.

Consideraciones finales

A pesar de ser posible constatar que las bioéticas brasileñas y latinoamericanas están buscando construir los marcos para una reflexión ética en salud en la dimensión colectiva, también se observa que todavía no lograron de hecho trascender la dinámica de esa “legado” para percibir y reflejar sobre la diferencia, en lo que respecta a garantizar derechos que huyen a la verticalidad inherente al modelo biomédico.

Para trascender tal situación necesitamos fortalecer la transdisciplinariedad buscando la simetría de discurso entre las distintas áreas que contribuyen para el campo de la bioética, lo que permitirá relativizar el legado jerárquico inherente al paradigma bio-

médico, que condiciona la aplicación vertical de los DH por las bioéticas sociales. También debemos fomentar el diálogo con los movimientos sociales, que permitirá incorporar la reflexión autóctona y las categorías que emanan de esas luchas, con el objetivo de ampliar la visibilidad y legitimidad de las reivindicaciones resultantes de una realidad cultural específica, así como actualizar las categorías y conceptos de la propia bioética social.

En este momento en que se inicia la madurez de las bioéticas sociales, brasileñas y latinoamericanas, tales desafíos necesitan ser considerados y discutidos para que se pueda progresar en la consolidación de parámetros éticos aplicables a la dimensión colectiva. Sólo así la bioética de nuestro continente estará efectivamente cuestionando el poder y fomentando la cultura crítica y libertaria.

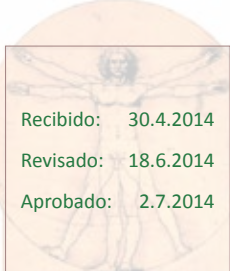
**El epígrafe es traducción libre del discurso del personaje principal de la película A Single Man (EUA;2009), dirigido por Tom Ford y basado en el libro homónimo de Christopher Isherwood.*

Referencias

1. Lysaught MT. Docile bodies: transnational research ethics as biopolitics. *J Med Philos.* 2009 ago;34(4):384-408. DOI: 10.1093/jmp/jhp026 (acceso 15 jun. 2014).
2. Schramm FR. Paradigma biotecnocientífico e paradigma bioético. In: Oda LM, editora. *Biosafety of transgenic organisms in human health products.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996. p. 109-27.
3. Corrêa MV. Novas tecnologias reprodutivas. Limites da biologia ou biologia sem limites? Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001. p. 23-33.
4. Porto D. Bioética, poder y justicia: la acción por los derechos humanos. III Congreso Internacional de la Redbioética Unesco para América Latina y el Caribe. Bioética en un continente de exclusión: de la reflexión a la acción. Bogotá: Universidad El Bosque/Unesco/Universidad Nacional de Colombia; 23-26 de noviembre de 2010. [Internet] Disponible: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/memoriastercercongresoredbioetica.pdf> (memorias p. 144-69).
5. Garrafa V. Multi-inter-transdisciplinaridad, complejidad y totalidad concreta en bioética. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A. *Estatuto epistemológico de la bioética.* México; Unam/Redbioética; 2005. p. 67-85.
6. Justo L. Una mirada antropofágica sobre la justicia distributiva. Mimeo; 2010.
7. Junges JR. Bioética como casuística e como hermenêutica. *Rev. Bras. Bioética.* 2005; 1(1): 28-44.
8. Berlinguer G. *Bioética cotidiana.* Brasília: Editora UnB; 2004.
9. Berlinguer G. Em direção à globalização da saúde. *Rev. Bras. Bioética.* 2007; 3(4):437-50.
10. Garrafa V. *Dimensão da ética em saúde pública.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública USP/ Kellogg Foundation; 1995.
11. Schramm FR. *A terceira margem da saúde.* Brasília: Editora UnB; 1996.
12. Garrafa V, Oselka G, Diniz D. Saúde pública, bioética e equidade. *Bioética.* 1997; 5(1): 27-33.
13. Diniz D, Guilhem D, Garrafa V. The bioethics in Brazil and the principlalist theory. *Bioethics.* 1999; 13(3-4): 243-8.
14. Anjos MF. Bioética, abrangência e dinamismo. *O Mundo da Saúde.* 1997; 21(1):11-9.
15. Siqueira JE, Porto D, Fortes PAC. Linhas temáticas da bioética no Brasil. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. *Brasília /Aparecida: Sociedade Brasileira de Bioética/Ideias e Letras;* 2007. p. 161-84.
16. Anjos MF. Teologia da libertação e bioética. In: Privitera S. *Dicionário de bioética.* Aparecida: Santuário; 2000.
17. Anjos MF. Bioethics in a liberationistic key. In: Dubose E, Hamel R, O'Connell L, organizadores. *A matter of principles? Ferment in U.S. Bioethics.* USA: Trinity Press Int/Valley Forge; 1994. p. 130-47.
18. Anjos MF. Bioética nas desigualdades sociais. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. *A bioética no século XXI.* Brasília: Editora UnB; 2000. p.49-65.
19. Anjos MF. Dignidade humana em debate. *Bioética.* 2004; 12(1):109-14.
20. Schramm FR, Kottow M. Princípios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Públ.* 2001; 17(4): 949-56.
21. Kottow M. Bioética de protección. In: Tealdi JC, director. *Diccionario latinoamericano de bioética.* Bogotá: Unesco/Redbioetica/Universidade Nacional de Colômbia; 2008. p. 165-7.
22. Schramm FR. Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de protección. *Rev. Bras. Bioética.* 2005; 1(1):18-27.
23. Schramm FR. Proteger os vulnerados e não intervir aonde não se deve. *Revista Bras. Bioética.* 2007; 3(3): 401-13.
24. Schramm FR. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção. In: Garrafa V, Kottow M, Saada A, organizadores. *Op. cit.* p. 143-57.
25. Schramm FR. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. *Rev. Bras. Bioética.* 2006; 2(2): 187-200.

26. Oliveira MF. Bioética: uma face da cidadania. São Paulo: Moderna; 1997.
27. Oliveira MF. Opressão de gênero, feminismo e bioética: algumas considerações para o debate. Mesa-redonda Gênero e Bioética. RAGCyT – Red Argentina de Gênero, Ciência y Tecnología. Buenos Aires; 5 dez. 1998.
28. Oliveira MF. Feminismo, raça/etnia, pobreza e bioética: a busca da justiça de gênero, antirracista e de classe. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p. 345-63.
29. Sandi SF, Braz M. As mulheres brasileiras e o aborto: uma abordagem bioética na saúde pública. Rev. bioét. (Impr.). 2010; 18(1): 131-53.
30. Braz M. Población. In: Tealdi JC, director. Op. cit.; 2008. p. 465-7.
31. Braz M, Raggio A, Junges R. Desafios globais e participação da bioética brasileira. In: Anjos MF, Siqueira JE, organizadores. Op. cit. p. 186-211.
32. Junges JR. A proteção do meio ambiente na declaração universal sobre bioética e direitos humanos. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(1): 21-38.
33. Garrafa V. Bioética, salud y ciudadanía. Salud Problema y Debate. 1997; 9(16):26-33.
34. Garrafa V. Bioética fuerte: una perspectiva periférica a las teorías bioéticas tradicionales. Conferencia: 3º Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Panamá: Felaiibe; maio/2000.
35. Garrafa V. Inclusão social no contexto político da bioética. Rev. Bras. Bioética. 2005; 1(2): 122-32.
36. Garrafa V, Porto D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. Bioethics. 2003; 17(5-6):399-416.
37. Garrafa V, Porto D. Bioética de intervención. In: Tealdi JC, director. Op. cit.; 2008. p. 161-4.
38. Porto D, Garrafa V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. Bioética. 2005; 13(1):111-23.
39. Porto D, Tapajós A. Gênero, raça e bioética de intervenção. In: V Congresso Brasileiro de Bioética. Recife; 2004. p. 26. Anais.
40. Porto D. Tecnologia & ideologia: os dois lados da moeda que produz vulnerabilidade. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(1):63-86.
41. Porto D. A moralidade da globalização. Brasília: Dora Porto, editora; 2009.
42. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Bioética e saúde pública. São Paulo: Edições Loyola; 2003.
43. Fortes PAC. Control social. In: Tealdi JC, director. Op. cit.; 2008. p. 538-40.
44. Fortes PAC. Orientações bioéticas de justiça distributiva aplicada às ações e aos sistemas de saúde. Rev. bioét. (Impr.). 2008; 16(1):25-39.
45. Fortes PAC. As condições de vida, de trabalho e de saúde como “caldo de cultura” para a violência. Bioética 2004; 21(2): 113-9.
46. Barchifontaine CP. Humanismo y dignidad. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 278-80.
47. Cassinelli H. La salud como derecho humano. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 244-5.
48. Tealdi JC. Dignidade humana. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 274.
49. Tealdi JC. Bioética y derechos humanos. Rev. Bras. Bioética. 2007; 3(3): 360-76.
50. Tealdi JC. Crímenes de lesa humanidad. In: Tealdi JC, director. Op. cit.; 2008. p. 282-4.
51. Kottow M. Bioética: especialidad académica o movimiento social. Rev. Bras. Bioética. 2007; 3(3): 328-43.
52. Kottow M. Bioética pública: una propuesta. Rev. bioét. (Impr.). 2011; 19(1): 61-76.
53. Justo L. Investigación participativa. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 361-3.
54. Pfeiffer ML. Vida, cuerpo y dignidad humana. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 280-2.
55. Pfeiffer ML. Ética y derechos humanos: hacia una fundamentación de la bioética. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(3):281-98.
56. Candal LM. Hacia la construcción de una ética colectiva, pública u informada. Rev. Bras. Bioética. 3(3); 2007: 390-405.
57. Valenzuela JG. Dignidade humana. In: Tealdi JC, director. Op. cit. p. 277-8.
58. Codina PLS. La sociedad como sistema dinámico complejo. La Habana: Publicaciones Acuario; 2006.
59. Bergel SD. Responsabilidad social y salud. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(4): 443-67.
60. Singer P. Why we need to sep living now. Revista Bioética. 2009; 17(1): 9-11.
61. Häyry M, Takala T. Human dignity, bioethics and human rights. Developing World Bioethics. 2005; 5(3): 225-33.
62. Rendtorff JD. Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability. Towards a foundation of bioethics and biolaw. Medicine, Healthcare and Philosophy. 2002; 5(3): 235-44.
63. Neves MCP. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(2): 157-72.
64. Sané P. Aplicación de la declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(4): 437-42.
65. Saada A. La declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Ampliación democrática para una sociedad más justa. Rev. Bras. Bioética. 2006; 2(4): 413-22.
66. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Unesco; 2005. Disponível: www.bioetica.catedraunesco.unb.br (acesso 14 fev. 2008).

67. Pessini L. Bioética das intuições pioneiras. Perspectivas nascentes aos desafios da contemporaneidade. *Rev. Bras. Bioética*. 2005; 1(3): 297-311.
68. Beauchamp TL, Childress JF. *Princípios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola; 2002.
69. Junges JR. Ética e consentimento informado. *Cadernos de Ética em Pesquisa*. Ministério da Saúde/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa; 2000. p. 22.
70. Freitas CBD, Hossne WS. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. *Bioética*. 2002;10(2): 129-46.
71. Beauchamp TL, Childress JF. Op. cit. p. 137-207.
72. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Parágrafo único, art. 1º, capítulo III - Responsabilidade Profissional. Resolução CFM nº 1.931/09. Publicada no DOU de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no DOU de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173.
73. Siqueira JE. A bioética e a revisão dos códigos de conduta moral dos médicos no Brasil. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2008; 16(1): 85-95.
74. Porto D, Garrafa V. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. *Rev. Ciênc. & S. Col*. 2011 mar; 16 (supl. 1). Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700002>
75. Gutiérrez MOO. Ética Ambiental. III Congreso Internacional de la RedBioética Unesco para América Latina y el Caribe. Op. cit; 2010. [Internet] Disponível: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/memoriastercercongresoredbioetica.pdf> (Memórias p.118-23).
76. Echeverri APN. Pensamiento ambiental en resonancias bio-ético-poéticas. III Congreso Internacional de la RedBioética Unesco para América Latina y el Caribe. Op. cit; 2010. [Internet] Disponível: <http://www.bioeticaunbosque.edu.co/memoriastercercongresoredbioetica.pdf> (Memórias p.124-5).
77. Organização das Nações Unidas. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm (acesso 15 jun. 2014).
78. Quijano A. Coloniality of power, eurocentrism and Latin América. *Nepantla: Views from South* 1.3. 2000; 533-74. Disponível: <http://www.unc.edu/~aescobar/wan/wanquijano.pdf> (acesso 15 jun. 2014).
79. Lander E. Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico. In: _____, editor. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas Latinoamericanas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; 2000. p. 4-23. Disponível: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf> (acesso 15 jun. 2014).
80. Dussel E. Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico. In: Quijano A, editor. Op. cit. p. 24-33.
81. Mignolo WD. La colonialidad a lo largo y a lo ancho: el hemisferio occidental en el horizonte colonial de la modernidad. In: Quijano A, editor. Op. cit. p. 34-52.
82. Colombres A. El proceso de aculturación. In: *La colonización cultural de la América indígena*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 2004. 2ª ed. p. 57-96. (Serie Antropológica).
83. Colombres A. La hora del "bárbaro". Bases para una antropología social de apoyo. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1986. (Serie Antropológica).
84. Briones C. La aboriginalidad como forma de organizar las diferencias. In: *La alteridad del cuarto mundo. Una desconstrucción antropológica de la diferencia*. Buenos Aires: Ediciones del Sol; 1998. (Serie Antropológica).
85. Rosaldo MZ, Lamphere L. Introdução. In: _____, organizadores. *A mulher, a cultura e a sociedade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1979. p. 19.
86. Nascimento WF. Por uma vida descolonizada: diálogos entre a bioética de intervenção e os estudos sobre a colonialidade. [tese]. Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília/UnB; 2010.
87. Casado M. A vueltas sobre las relaciones entre la bioética y el derecho. *Rev. Bioét. (Impr.)*. 2011; 19(1): 15-28.



Recibido: 30.4.2014

Revisado: 18.6.2014

Aprobado: 2.7.2014