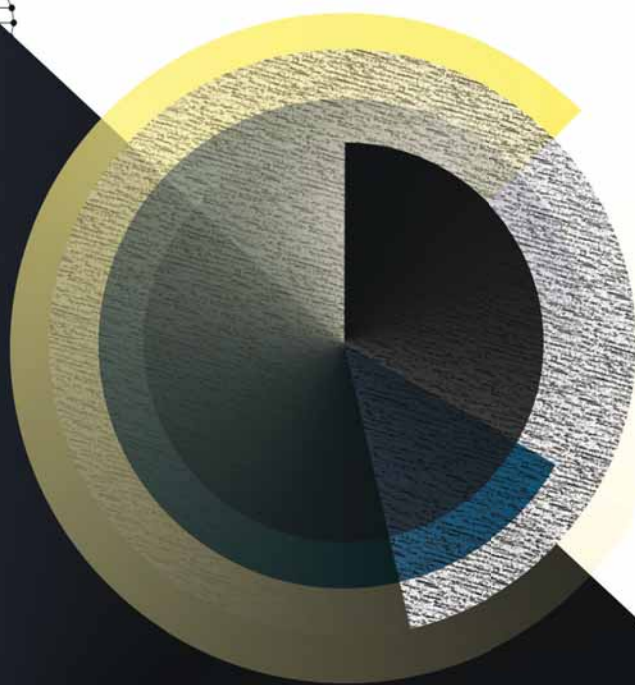


# ÉTICA Y BIOÉTICA

## EN LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



Visiones de América Latina y el Caribe

Javier Luna-Orosco Eduardo  
Gladys Inés Bustamante Cabrera

Editores

  
EDITORIAL  
UCR

# ÉTICA Y BIOÉTICA EN LAS INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS VISIONES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

---

JAVIER LUNA-OROSCO EDUARDO  
GLADYS INÉS BUSTAMANTE CABRERA

Editores



EDITORIAL  
UCR  
2018

174.2

E84e Ética y bioética en las investigaciones científicas: visiones de América Latina y el Caribe / Javier Luna-Orosco Eduardo, Gladys Inés Bustamante Cabrera, editores; [autores Ballesteros Hernández, Marianela y otros catorce]. -1.ª ed.- Costa Rica: Edit. UCR, 2018.  
xxv, 313 p.

Responsabilidad tomada de preliminares  
ISBN 978-9968-46-665-3

1. ÉTICA. 2. ÉTICA MÉDICA. 3. BIOÉTICA.  
4. INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. 5. MEDICINA  
- INVESTIGACIONES. I. Luna-Orosco Eduardo,  
Javier, ed. II. Bustamante Cabrera, Gladys Inés, ed.  
III. Ballesteros Hernández, Marianela, autor.

CIP/3176  
CC/SIBDI.UCR

Edición aprobada por la Comisión Editorial de la Universidad de Costa Rica.  
Primera edición: 2018.

Editorial UCR es miembro del Sistema de Editoriales Universitarias de Centroamérica (SEDUCA),  
perteneciente al Consejo Superior Universitario Centroamericano (CSUCA).

Corrección filológica: *Gabriela Fonseca A. y los editores* • Revisión de pruebas: *Armando Ríos S. y los editores*  
Diseño y diagramación: *Daniela Hernández C.* • Diseño de portada: *Priscila Coto M.* • Control de calidad: *Mauricio Bolaños B.*

© Editorial de la Universidad de Costa Rica, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica.

Apdo. 11501-2060 • Tel.: 2511 5310 • Fax: 2511 5257 • administracion.siedin@ucr.ac.cr • www.editorial.ucr.ac.cr  
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

Impreso bajo demanda en la Sección de Impresión del SIEDIN. Fecha de aparición: agosto, 2018.  
Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.

---



# CONTENIDO

PRESENTACIÓN .....	xxi
--------------------	-----

## Capítulo



# 1

## ORIENTACIONES Y RUMBOS DE LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Luna-Orosco Eduardo, Javier

1.1	Introducción .....	1
1.2	Síntesis de una visión general de América Latina y el Caribe .....	2
1.2.1	Lo geográfico .....	2
1.2.2	Lo histórico .....	3
1.3	La mística de la Tierra .....	13
1.4	Problemática .....	14
1.5	Corrientes del pensamiento latinoamericano .....	16
1.5.1	Los disectores de América .....	17
1.5.2	Los indigenistas .....	19
1.5.3	Los universalistas .....	19
1.5.4	Los maestros de moral .....	20
1.5.5	La filosofía .....	21
1.6	Aproximación histórica a la bioética de Latinoamérica y el Caribe .....	22
1.7	Factores por considerar en la bioética de las investigaciones científicas .....	26
1.7.1	Diversidad y riqueza ecológica .....	26
1.7.2	Respeto a la identidad .....	26
1.7.3	Vulnerabilidad .....	27

1.7.4	Idiosincrasia .....	27
1.7.5	Prioridades de la investigación .....	28
1.7.6	Conformación de sistemas .....	28
1.7.7	Inclusión ciudadana .....	29
1.7.8	Seguimiento .....	29
1.8	Conclusiones .....	29
1.9	Bibliografía .....	34

## Capítulo 2

### GENERALIDADES DE ÉTICA Y BIOÉTICA

Guerrero Ureña, Ricardo Arturo; Esquivel Aguilar, Susana y Yamaguchi Díaz, Lady Patricia

2.1	Antecedentes .....	39
2.2	Definiciones de bioética .....	43
2.3	Antecedentes históricos .....	44
2.4	Características de la bioética .....	44
2.5	Principios de la bioética .....	45
2.6	Buenas prácticas clínicas (BPC) .....	46
2.7	Generalidades de la investigación en salud .....	47
2.8	Clasificación de las investigaciones en salud .....	48
2.8.1	Según tendencias .....	48
2.8.2	Según diseños .....	49
2.8.3	Según su seguimiento .....	49
2.8.4	Según las fases de desarrollo de un nuevo producto .....	52
2.9	Bibliografía .....	55

## Capítulo 3

### BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS

Montolli Ángelo, Carolina; Cofone Fernández, Daniel; Loría Argáiz, Agustín y Yamaguchi Díaz, Lady Patricia

3.1	Introducción .....	57
3.2	Arendt y la banalización del mal .....	58
3.3	¿Qué es en realidad el ser humano? .....	68
3.4	¿Por qué bioética y derechos humanos? .....	70
3.5	¿Qué son los derechos humanos? .....	71
3.6	El caso del derecho a la salud .....	74
3.7	Conclusiones .....	75
3.8	Bibliografía .....	76

4.1	Introducción .....	79
4.2	Presencia de las religiones en los foros de bioética .....	94
4.3	Bibliografía .....	107

5.1	Introducción .....	109
5.2	Fases de los ensayos clínicos .....	117
5.2.1	Diferencia entre un ensayo clínico común y un ensayo clínico con terapia génica .....	118
5.3	Uso de animales en docencia e investigación .....	119
5.4	Bibliografía .....	122

6.1	Introducción .....	125
6.2	El enfoque cualitativo de la investigación en salud .....	126
6.3	Técnicas de investigación cualitativa .....	127
6.4	Evaluación ética de las investigaciones con metodología cualitativa .....	128
6.4.1	Utilidad y justificación del estudio .....	129
6.4.2	Validez científica .....	129
6.4.3	Equilibrio entre riesgo y beneficio .....	130
6.4.4	Condiciones de diálogo auténtico .....	130
6.4.5	Consentimiento informado (CI) .....	131
6.4.6	Protección de la privacidad y confidencialidad .....	132
6.4.7	Veracidad .....	132
6.4.8	Reciprocidad .....	132
6.4.9	Respeto por la dignidad de los participantes .....	133
6.4.10	Honradez intelectual .....	133
6.5	Bibliografía .....	134

Capítulo **7**

## INVESTIGACIÓN EN POBLACIONES VULNERABLES

De Oliveira Iglesias, Simone Brasil; Bustamante Cabrera, Gladys Inés y Quintana Varela, Sonia Beatriz

7.1	Investigación en niños .....	135
7.1.1	Introducción .....	135
7.1.2	Aspectos generales: antecedentes y evolución de la investigación en niños .....	136
7.1.3	Normas para la investigación en niños .....	137
7.1.4	Justificación de la participación de niños en la investigación biomédica .....	138
7.1.5	Normativa brasilera de consentimiento informado .....	140
7.1.6	Implicaciones bioéticas de la investigación en niños .....	141
7.2	Investigación en personas de la tercera edad .....	143
7.3	Investigación en poblaciones originarias .....	147
7.4	Investigación en pacientes impedidos .....	149
7.5	Investigación en pacientes psiquiátricos .....	150
7.6	Conclusiones .....	153
7.7	Bibliografía .....	153

Capítulo **8**

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ramírez Hidalgo, Silvia

8.1	Introducción .....	159
8.2	Reseña histórica libertad-autonomía .....	160
8.3	Libertad-autonomía en la relación clínica y en investigación .....	167
8.4	El consentimiento informado .....	168
8.5	Consentimiento informado en estudios genéticos en Costa Rica .....	171
8.6	Justificación del uso del consentimiento informado .....	173
8.7	Análisis de la situación .....	174
8.8	Conclusiones .....	176
8.9	Bibliografía .....	176

Capítulo **9**

## ENSAYOS CLÍNICOS

Sanabria Rojas, Hernán A.

9.1	Introducción .....	179
9.2	Historia .....	180

9.3	Los ensayos clínicos .....	183
9.4	La medicina basada en evidencia y la ética en investigación .....	186
9.5	El comité institucional de ética en investigación .....	187
9.6	Consentimiento informado .....	189
9.7	Controversias .....	192
9.8	Bibliografía .....	195

## Capítulo

# 10

## USO DE PLACEBO EN INVESTIGACIONES CON SERES HUMANOS

Ramírez Hidalgo, Silvia y Cofone Fernández, Daniel

10.1	Introducción .....	197
10.2	En busca de una definición .....	198
10.2.1	¿De dónde se parte? .....	198
10.2.2	Un poco de historia .....	199
10.3	El uso del placebo en la historia de la medicina.....	200
10.3.1	¿A qué se le llama placebo? .....	200
10.3.2	¿Qué se entiende por respuesta placebo? .....	204
10.4	El ser humano, un ser emocional .....	206
10.4.1	¿Qué entendemos por expectativa? .....	207
10.4.2	¿Qué se entiende por cultura? .....	207
10.4.3	¿Qué se entiende por sociedad? .....	208
10.4.4	¿Qué se entiende por biomedicina? .....	208
10.4.5	¿Qué se entiende por percepción? .....	208
10.5	Análisis de la respuesta placebo .....	210
10.6	Lo inesperado .....	211
10.7	Conclusiones .....	212
10.8	Bibliografía .....	213

## Capítulo

# 11

## ÉTICA DE LA EXPERIMENTACIÓN CON ANIMALES

Granados Zúñiga, Jorge

11.1	Introducción .....	217
11.2	Principales problemas éticos relacionados con el uso de animales en experimentación .....	219
11.2.1	Uso de animales en experimentación .....	219



11.2.2	Uso de animales en ensayos biológicos .....	220
11.2.3	Uso de animales en docencia .....	220
11.2.4	Problemas éticos implicados .....	220
11.2.5	Uso de animales en docencia .....	225
11.2.6	Heterogeneidad internacional de la normativa ética .....	226
11.3	Posibles soluciones a los problemas éticos .....	227
11.3.1	Sistemas bioéticos para la experimentación con animales .....	227
11.3.2	Comités éticos revisores .....	229
11.3.3	Capacitación y entrenamiento .....	229
11.3.4	Normas editoriales .....	230
11.3.5	El principio de las 3 R .....	231
11.3.6	Normas y regulaciones .....	232
11.4	Situación actual en Costa Rica .....	233
11.5	Conclusiones .....	235
11.6	Bibliografía .....	236

## Capítulo 12 BIOÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN CON ANIMALES

Martínez Muñoz, Lázara

12.1	Introducción .....	239
12.2	La investigación-desarrollo de nuevos medicamentos y las barreras reguladoras .....	240
12.3	Las buenas prácticas de laboratorio no clínico y la ciencia del animal de laboratorio .....	242
12.4	Sección 1. Organización de la instalación de ensayo y el personal .....	243
12.4.1	¿Qué establece al respecto la ciencia del animal de laboratorio? .....	244
12.4.2	Algunas regulaciones y programas en América .....	246
12.5	Sección 3. Instalaciones .....	247
12.6	Sección 5. Sistemas de ensayo .....	249
12.6.1	Sistemas de ensayos biológicos .....	249
12.7	Sección 7. Procedimientos normalizados de operación (PNO) .....	250
12.8	Sección 8. Ejecución del estudio .....	252
12.9	¿Qué nos enseña el ejercicio de combinar los principios de las buenas prácticas de laboratorio no clínico y la ciencia del animal de laboratorio? .....	253

12.10	¿Se podrá extrapolar este ejercicio hacia las regulaciones no clínicas de las autoridades reguladoras? .....	254
12.10.1	Sección C: Estudios de Reto en Animales .....	254
12.11	Conclusiones .....	255
12.12	Bibliografía .....	255

## Capítulo 13

### USO DE TRANSGÉNICOS EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA CON SERES VIVOS

Bustamante Cabrera, Gladys Inés

13.1	Introducción .....	261
13.2	Generalidades de la bioética .....	262
13.3	Normativa sobre ética y bioética (considerando los antecedentes protobioéticos) .....	263
13.4	Principios de la bioética en la investigación .....	265
13.5	Transgenia .....	267
13.6	Alimentos transgénicos .....	268
13.7	Riesgos potenciales .....	270
13.8	Conclusiones .....	272
13.9	Bibliografía .....	273

## Capítulo 14

### BIOÉTICA EN INNOVACIONES TECNOLÓGICAS

Bustamante Cabrera, Gladys Inés

14.1	Introducción .....	275
14.2	Ingeniería genética .....	277
14.2.1	Reprogenética .....	278
14.2.2	Clonación y uso de embriones humanos .....	278
14.2.3	Patología molecular .....	279
14.2.4	Terapia celular .....	280
14.2.5	Bioprototécnica .....	281
14.2.6	Transgenia .....	281
14.3	Tecnología y bioética .....	282
14.3.1	Bioética en investigaciones biotecnológicas .....	284
14.4	Desarrollo, biotecnología y bioética .....	287
14.5	Bibliografía .....	289

15.1	Introducción .....	291
15.2	Análisis histórico de la educación .....	292
15.3	Características de las investigaciones educativas .....	294
15.4	La bioética en las investigaciones educativas .....	295
15.5	La bioética en el currículo académico .....	298
15.6	La bioética en la formación postgradual .....	299
15.7	Bibliografía .....	300
ÍNDICE ANALÍTICO .....		303
ACERCA DE LOS AUTORES Y LAS AUTORAS .....		309

# ORIENTACIONES Y RUMBOS DE LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Luna-Orosco Eduardo, Javier<sup>i</sup>

*Dejadme tomar el pulso de la Tierra, pues en  
ella vibra el alma del hombre que la habita.*

TIBOR SEKELJ

## 1.1 Introducción

Después de más de cuarenta años desde que Potter estableciera la bioética, la dinámica de su evolución y desarrollo ha permitido un rico intercambio de concepciones e ideas derivadas de su complejidad, tanto más si se reconoce como la expresión máxima de la ética; es decir, la ética aplicada más sublime y substancial de todas, porque su razón de ser es la defensa y promoción del máximo valor a preservar: la vida, respetando la calidad y esencia de la especie humana en un contexto existencial de interdependencia con la biosfera y demás especies vivas, las que junto a la tierra y los recursos que provee deben a su vez ser respetadas con regulaciones que mantengan un saludable equilibrio ecológico de conjunto.

El desarrollo de la bioética, la multiplicación de sus áreas de estudio y su complejización creciente son una respuesta a los problemas inéditos surgidos durante los últimos cincuenta años y una tentativa de afrontar los desafíos que se plantean a los individuos y a la sociedad en general. Se actúa ante todo para elaborar normas éticas y jurídicas universales que aspiran a limitar los abusos en la utilización de las ciencias y las tecnologías asociadas y las biotecnologías, limitar las tendencias invasivas del mercado, impulsar y proteger los derechos fundamentales de las personas y su dignidad y, finalmente, recordar el propósito y la finalidad primera del desarrollo, a saber, la mejora de la esperanza y calidad de vida, la reducción de la pobreza y la realización de las potencialidades personales de todos y de cada uno<sup>1</sup>.

Su contexto es entonces tan amplio que muchos disminuyen su enorme significación y trascendencia, cuando con definiciones y clasificaciones limitadas y cuestionables

i Médico cirujano general. Coordinador del Comité Nacional de Bioética de Bolivia, miembro del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (2006-2009), subscriptor por Bolivia de la “Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos”, Buenos Aires, Argentina (2004). Director y editor de la *Revista Boliviana de Bioética* y curador del Museo de Historia de la Medicina, La Paz, Bolivia.

la confinan a determinadas temáticas; casi como una apropiación que desvirtúa la concepción global inicial que de forma acertada le confiriera Potter.

Obviamente, en ese contexto de globalidad entra en juego la diversidad de los seres humanos con sus “usos y costumbres”, claramente diferenciables entre sí por determinantes de antigüedad socioantropológica, raza, lengua, cultura, religión, territorio de asentamiento, condiciones de vida y relaciones de intercambio; lo cual motiva, sin lugar a dudas, que resulte posible y necesario identificar las características propias para la construcción de una bioética en América Latina y el Caribe que, a más de reconocerse a sí misma, también lo sea en el contexto internacional y contribuya efectivamente, tanto a trazar como a compartir orientaciones que determinen un derrotero más seguro y humanizado para el futuro del mundo.<sup>ii, 2, 7</sup> Esto no debe interpretarse como una pretensión de crear paralelismos o separatismos en confrontación con otras corrientes de la bioética que, con toda seguridad, seguirán existiendo para el desentrañamiento y solución de los misterios o dilemas que nos plantea la vida con toda su maravillosa complejidad.

En esta introducción corresponde señalar que una propuesta de crecimiento de la bioética a partir de América Latina y el Caribe no estaría completa sin una breve síntesis descriptiva y analítica de lo que constituye esta zona geográfica en el contexto mundial, como la que se expone a continuación.

## 1.2 Síntesis de una visión general de América Latina y el Caribe<sup>8,9</sup>

### 1.2.1 Lo geográfico

América Latina, incluyendo Suramérica, Centroamérica, México y el archipiélago del Caribe, constituye alrededor del 15 por ciento de la superficie territorial del globo terráqueo, con 33 países independientes y 15 dependencias, donde a más de los 470 millones de habitantes que hablan español y los casi 200 millones que hablan portugués, otro porcentaje de etnias originarias, variable en número y cantidad de pobladores según los países, habla no menos de un centenar de lenguas propias, distintas del inglés o francés que se usa en algunos territorios insulares. Es notable el caso de Centroamérica, con más de 30 lenguas indígenas como el quiché, cakchiquel, papiamento, garífuna, maya, creole, nahua, miskito, arahuac, sicapense, entre muchos otros.

---

ii Las principales publicaciones de aproximación hacia la construcción de una bioética en la región han sido, en orden cronológico, las siguientes: Estatuto Epistemológico de la Bioética,<sup>2</sup> Bioética Iberoamérica: Historia e perspectivas,<sup>3</sup> Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica,<sup>4</sup> Ibero-American Bioethics,<sup>5</sup> Prioridades en Salud y Salud Intercultural. Estudios de Bioética Social,<sup>6</sup> Diccionario Latinoamericano de Bioética.<sup>7</sup>

En conjunto, América Latina posee más del 30 por ciento de la superficie total mundial de tierras permanentes de cultivo, un equivalente similar de tierras permanentes de bosques y maderas, así como las reservas ecológicas más ricas y variadas del planeta, incluyendo la cuenca de mayor extensión, como es la del río Amazonas con 7 050 000 km<sup>2</sup>, o el Lago de Nicaragua, uno de los mayores depósitos de agua dulce en el mundo.

Su gran diversidad fisiográfica y climática es la más completa síntesis planetaria, con un territorio dotado de ingente riqueza de recursos naturales renovables y no renovables y que, pese a su explotación centenaria, fuertemente aprovechada a partir de la conquista por el mundo occidental, mantiene hasta el presente reservas y yacimientos cuya utilización merece ser sabiamente regulada, lo que constituye uno de los grandes desafíos que plantea un mundo cada vez más utilitario y consumista.

### 1.2.2 Lo histórico

Respecto a la denominación de América Latina, la misma habría surgido “para diferenciar esta región geocultural de la América anglosajona, por idea de un consejero de Luis Bonaparte, Michel Chevalier, quien ya en 1830 planteaba la antítesis entre América del Norte y América del Sur”.<sup>10</sup> Si bien tal diferenciación fue clara y la denominación se impuso, las dos palabras que la conforman son inapropiadas o al menos discutibles, si se considera que no guardan relación alguna con sus verdaderos orígenes. Por una parte, América, en homenaje al marino y cosmógrafo italiano Américo Vespucio que la denominó Nuevo Mundo, y, por otra, Latina, que tampoco corresponde con su población originaria, ni con la diversidad cosmopolita de la restante que la ocupó desde la conquista.

Al respecto de lo dicho y planteando el “problema de la fisonomía”, es muy ilustrativo el análisis que hace el escritor peruano Luis Alberto Sánchez ante la pregunta: ¿Existe América Latina? Con una respuesta completamente afirmativa, clara y convincente, porque, más allá de la objeción al nombre, demuestra la cohesión continental en la diversidad, precisamente sustentada por los orígenes, que si bien han sido fuertemente conmovidos y hasta transformados, permanecen en la esencia del latinoamericano actual, indígena y no indígena, en un territorio continental sin interrupciones, que se extiende desde la frontera norte de México hasta el Cabo de Hornos, al cual se agregan las Islas Antillas del vasto Archipiélago del Caribe.

Sánchez fundamenta en parte sus afirmaciones en lo anotado en la obra *Meditaciones suramericanas*<sup>11</sup> del Conde Keyserling, y en opiniones de André Siegfried, quien muy lúcidamente puntualiza:

Después de repetidas visitas a México y a Cuba, un rápido periplo, me ha permitido recorrer las Antillas, Venezuela, el istmo de Panamá, Perú, Chile, Argentina, Uruguay y Brasil; y he tenido la impresión de que todos estos países ofrecen rasgos comunes que hacen posible agruparlos en una atmósfera latinoamericana igualmente común.<sup>12</sup>

**En cuanto a la cuestionable latinidad del Nuevo Mundo, el mismo Sánchez es terminante cuando afirma:**

Ni nuestra cultura es latina, sino esencialmente indoibera, con método y revoques franceses; ni lo español es latino, por cuanto fenicios, romanos, godos y árabes que plasmaron la Península representan, en conjunto, un aporte superior al latino; ni el indio, nuestra raíz, encarnación humana de lo telúrico, tiene nada de latino”.

**Terminando su ensayo del ya lejano año de 1943, con estas palabras:**

Nuestra ciudadanía universal no requiere ahora agradecimientos. Es. Y tan es, que sin ella fracasarían todos los planes de reajuste material y moral de Europa y no podría ser posible el futuro equilibrio de las grandes potencias, entre las cuales se alza ya, a condición de perfeccionar su unidad, la “Latin America”, el “Continente de la Tristeza” como lo llamaba Keyserling; o mejor y con más razón, el Continente de la Esperanza.<sup>13</sup>

Con respecto a los orígenes, o mejor, la presencia inicial del hombre en el Nuevo Mundo hace aproximadamente 35 000 años a. C., las vías para su llegada podrían haber sido dos: el Estrecho de Bering y la amplísima costa oriental de Suramérica. Los testimonios iniciales, con una antigüedad de 20 000 años a. C., dejan entrever que los primeros asentamientos estuvieron en el México actual, así como el hallazgo de fósiles con una antigüedad de 8000 a 9000 años a. C. en Tepexan, al noreste del Distrito Federal y en Laguna Santa de Minas Gerais del Brasil. La agricultura del hombre sedentario data de 5000 a. C., y la cerámica de 2300 a. C., junto a otros testimonios de sociedades estructuradas que encontraron su mejor expresión en las grandes civilizaciones de los imperios azteca, maya e inca. Además, aparecen “señorías” más o menos estables de distintos grados de complejidad, por ejemplo en las islas del Mar Caribe, sin contar los centenares de tribus nómadas distribuidas, tanto en Norte y Sudamérica como en Brasil.<sup>14</sup>

Obviamente, en esta síntesis histórica no cabe la profundización antropológica, social, cultural, política o económica que los respectivos expertos han realizado y continúan realizando para destacar y desentrañar aún más la importancia de los pueblos originarios americanos. Basta decir que se trató de sociedades con reglas de vida y costumbres distintas, estructura de Estado, organización social laboral de beneficio común, edificaciones megalíticas de asombrosa técnica ingenieril y arquitectónica, arte depurado, religión articulada e idiomas diversos y propios,<sup>iii</sup>

---

iii A manera de un claro ejemplo de lo dicho, en la parte andina de Bolivia, Perú y Chile, después del quechua es el aymara el que más hablan las poblaciones originarias, y es interesante señalar que el

así como técnicas avanzadas para el cultivo de la tierra y la producción alimentaria, que aún hoy muestran su efectividad, por lo que causan curiosidad y asombro. Sin embargo, toda esa organización social y comunitaria fue casi completamente desestructurada con la conquista, que:

No estuvo inspirada en sentimientos de solidaridad y desarrollo hacia las nuevas tierras y sus gentes; por el contrario, fue una empresa de rapiña, atizada e inflamada por el fanatismo religioso y la vanidad heroica, que con el pretexto de redención y civilización —término este último que como van las cosas en el mundo merece una redefinición— el conquistador, adiestrado en el arte de la guerra por ser esta un hecho continuo en la historia de occidente, se impuso por la violencia y la muerte, frente a grupos humanos de mayor o menor desarrollo; los últimos, menos organizados, pero quizás más aguerridos y por eso más rápidamente diezmados,<sup>iv</sup> al oponer una resistencia bélica en notable desigualdad de condiciones, cediendo el paso, casi por completo, a otro habitante de raza diferente y, por tanto, portador de cultura, lengua y religión también diferentes.<sup>17</sup>

Esta situación de oprobio se prolongó a lo largo de los tres siglos que duró la conquista, con débiles medidas de la Corona para reconocer y respetar la condición de seres humanos de los originarios; puesta en duda por muchos que los calificaban de “bárbaros” o suponían que no tenían alma, frente a muy pocos que los defendieron con verdadera convicción jesucristiana de amor al prójimo, o adoptaron actitudes paternalistas a su favor.<sup>v</sup> <sup>21</sup> Entre los primeros, los frailes dominicos Antonio de Montesinos y Bartolomé de Las Casas, seguidos por otros en distintas regiones de

---

políglota Emeterio Villamil de Rada escribió un libro titulado *La lengua de Adán*, donde afirma que “miles y miles de palabras que usamos diariamente en cualquier idioma, y en cuyo origen nunca hemos pensado, provienen del aymara, lengua de cuya existencia la mayor parte de la humanidad no tiene noción, pero que permanece inalterada como la siempre viva, modesta, sin tratar de imponerse, pero perfecta en su construcción lingüística y en su expresión vigorosa”.<sup>15</sup> Al respecto, el educador, abogado, periodista y explorador Tibor Sekelj dice en su libro *Viaje fuera del tiempo*: “Naturalmente, para enfrentar al mundo científico con semejante teoría atrevida, que iba contra todas las hipótesis enunciadas por religiosos y hombres de ciencia, había que apoyarla en bases firmes. Es así como Villamil de Rada revisa la geología americana, la paleontología y la antropología, pero más que nada se zambulle profundamente en la filología comparativa y llega a demostrar que el aymara es la madre de todas las lenguas existentes, que sus raíces se encuentran en el sánscrito como en el griego, en el latín como en el inglés, en el lituano como en el húngaro”, continuando luego con algunos ejemplos de vocablos de los innumerables que identificó Villamil. Así tenemos que Adán se llamó *Antam* o Andino, hombre del Ande, y llamó a su mujer Eva o *Hirwa*, lo que en aymara significa bella. El primogénito Caín sorprendió a sus padres, al nacer de las entrañas de la mujer, y lo llamaron *Hacaina*, el viviente, mientras que al segundo le decían *Hirwala* o bonito, lo que con el tiempo se transformó en Abel. Comprendió el hombre que había un Ser Supremo, causante de todo cuanto lo rodeaba. Lo llamó la Causa Existencia, o *Ya Hua* en aymara, lo que dio Jehová en hebreo, etc.<sup>16</sup>

iv Sin embargo, la mortalidad más grande de los indígenas se daría después de las guerras de conquista, por causa de las enfermedades infectocontagiosas, la desatención sanitaria, las malas condiciones de vida y la sobrecarga laboral a la que fueron sometidos, especialmente en las minas, donde también murieron miles de esclavos negros por inadaptación al clima y la altura, como sucedió por ejemplo en las minas de Potosí.

v Al respecto, Diego Gracia Guillén, en su trabajo sobre el contexto histórico de la bioética hispanoamericana, se refiere a una ética del paternalismo durante la época colonial.<sup>21</sup>



la América, como Antonio de Valdivieso, Juan del Valle, Vasco de Quiroga, Pedro de la Peña, Alfonso Toribio de Mogrovejo y Domingo de Santo Tomás,<sup>18</sup> sin contar a muchos que incluso más tarde se comprometieron con las luchas libertarias, caso de los curas Hidalgo y Morelos en México, o Ildefonso de las Muñecas en el Alto Perú.<sup>19</sup>

El período colonial después de la Conquista fue sorprendentemente largo, hasta que el drama vivencial fermentado, de “aquel deprimido aparente y comprimido real”,<sup>vi</sup> como lo señala Franz Tamayo cuando se refiere al indígena,<sup>20</sup> comenzó su eclosión a principios del siglo XVIII con repetidos movimientos indígenas de liberación<sup>17</sup> que, si bien casi siempre siguieron motivación y ruta disímiles a los promovidos por la rebeldía interesada de los hijos criollos en su afán de reemplazar el poder y la hegemonía de los padres peninsulares, lograron con sus acciones precursoras aborrotarlos tempranamente, darles argumentos y potencializarlos, hasta desencadenar la cruenta y larga “guerra de los Quince Años” (1810-1825), en cuyo ínterin fueron naciendo las nuevas repúblicas americanas.

Si bien la guerra de los Quince Años determinó la libertad de las naciones americanas, su consecuente efecto no fue la unión y solidaridad de estado, sino su disgregación, con un fuerte componente de celo y competitividad de caudillos ambiciosos e incontrolables, contra quienes no pudo el ideal de la Gran Colombia que animaba el genio de Bolívar y otros, concebida al margen de lo que en gestas paralelas, consolidaron como repúblicas José de San Martín y Bernardo O’Higgins. Esta disgregación se contrastó, al menos por un tiempo, por confederaciones entre países afines, como en su momento fueron la Confederación de Repúblicas de Centroamérica y la Confederación Perú Boliviana, creada por el Mariscal Andrés de Santa Cruz, que no tardó en ser combatida hasta su disolución por Chile y la Argentina, en tiempos de Diego Portales y Juan Manuel Ortiz de Rosas, respectivamente.<sup>65</sup> Años más tarde (1866), acontecería un amago de “unión americana”<sup>vii</sup> que tampoco prosperó.

---

vi La rotunda frase de Tamayo es comparable con lo que decía a fines del siglo XVIII el Fiscal de la Audiencia de Chuquisaca, Victoriano de Villava: “El indio no es para mí tan incomprensible, porque todo lo que observo en él son consecuencias precisas de su miseria, de su opresión, de su desconfianza y en iguales circunstancias se puede, a golpe seguro, asentar que lo mismo sería cualquier hombre”.<sup>22</sup>

vii Un intento de “unión latinoamericana” fue promovido por José María Torres Caicedo, quien publicó un libro con ese nombre el año 1875, con el antecedente de la fundación en Valparaíso-Chile de una sociedad política llamada Unión Americana, a iniciativa del general Gregorio Las Heras.<sup>23</sup> Tal Unión, constituida por el Perú, Bolivia, Chile y el Ecuador en 1866, tuvo como uno de sus principales animadores al general Mariano Melgarejo, dictador de Bolivia, quien a juicio de Tomás O’Connor Darlach “fue el alma y el más entusiasta servidor del pacto de “Unión Americana” que se ajustó entre las repúblicas del Perú, Bolivia, Chile y el Ecuador, en 1866, cuando la invasión española que terminó con el glorioso combate naval del 2 de mayo de aquel año, en el puerto peruano del Callao”.<sup>24</sup>

La división consecuente que entonces prevaleció, dio lugar a Estados que, a más de sus debilitadores desacuerdos internos, no tardaron en combatir unos contra otros e hicieron de la guerra una constante histórica, a la usanza del Viejo Mundo. Las luchas intestinas, convertidas en muchos casos en sangrientas guerras civiles, motejadas algunas de ellas como “revoluciones” que a la postre sufrieron reversiones o revolucionaron muy poco, dieron lugar a una sucesión de gobiernos entre militares y civiles, legítimos o *de facto*, que no lograron desarrollar estructuras de Estado para hacer frente a las necesidades crecientes de las nuevas repúblicas, al punto de decir muy tempranamente el propio Libertador Bolívar:

no hay buena fe en América ni entre los hombres ni entre las naciones. Los tratados son papeles, las constituciones libros, las elecciones combates, la libertad anarquía i la vida un tormento.<sup>25</sup>

Con referencia al extenso territorio centro oriental de la América del Sur, conformado por Brasil, Paraguay y Uruguay, el proceso histórico en cada uno de estos países tuvo características muy diferentes. Fue el Brasil, en 1889, el último en constituirse en república completamente independiente del Viejo Mundo, representado por la Corte Portuguesa de los Braganza que, por circunstancias forzosas, se asentó en 1808 en su extensa colonia americana, tras huir de la invasión de Bonaparte a la Península Ibérica. Sin embargo, tal situación fue propicia para intensificar la exploración y organización del país, que no había logrado gran desarrollo desde su descubrimiento en el año 1500, hasta bien adentrado el siglo XVIII, con Río de Janeiro declarada ciudad capital, en 1763.

En el caso del Paraguay, país que en el período colonial tuvo gran presencia misionera de los jesuitas, desde los inicios del siglo XVII hasta su expulsión en 1786, se proclamó tempranamente independiente en 1811, para inmediatamente después ser gobernado dictatorialmente durante un cuarto de siglo por un solo hombre. Continuaría algo más tarde una historia no menos dramática que diezmó su población, como efecto de la guerra de la Triple Alianza, llamada así por el enfrentamiento que tuvo que sobrellevar contra tres países vecinos aliados en su contra: Argentina, Brasil y Uruguay. De raigambre fuertemente nacionalista, el Paraguay se recuperó progresivamente, y ya en pleno siglo XX mantuvo una segunda guerra, esta vez contra Bolivia, estimulada por las transnacionales del petróleo.

Respecto al Uruguay, con un pequeño territorio disputado entre españoles y portugueses que formó parte del Virreinato del Río de La Plata, se escindió de este y proclamó su independencia en 1810, para entre 1816 y 1821 ser ocupado e incorporado al Brasil con el nombre de Provincia Cisplatina (1821-1828). Liberada completamente por el ahínco inquebrantable de José Gervasio Artigas y el apoyo argentino, en 1830 dictó su primera Constitución, con reconocimiento previo de su independencia por parte del Brasil.

Finalmente, en el ámbito de América del Sur, el territorio de las Guayanas, vale decir Guyana y Surinam, sumadas a la Guayana Francesa que es el último enclave europeo en el cono sur, tuvo acontecimientos fuertemente influidos por los países europeos que lo conquistaron (Gran Bretaña, Holanda y Francia), los cuales, además de ello y casi extinguir las etnias originarias, los repoblaron con hindúes, indostánicos, africanos, europeos y chinos que, sumados a unos pocos amerindios restantes, conforman hoy una peculiar amalgama de razas, culturas, idiomas y religiones, bastante diferente al contexto latinoamericano, ya de suyo diverso. Todo ello, sumado a la gran riqueza ecológica y natural que las Guayanas poseen, incluido por supuesto, el petróleo y el gas.

De manera diferente pero no menos intensa a la que se acaba de describir, transcurrió la historia de la América Central y el Caribe, zona geográfica donde se origina la historia misma del continente americano, coincidente con el inicio a la Edad Moderna en el Renacimiento.

Es curioso el paralelo histórico similar de cómo la historia del Viejo Mundo que tuvo su centro de convergencia en el mar Mediterráneo o *Mare Nostrum* hubo de continuarse en el Nuevo Mundo descubierto, con un escenario inicial de similares características; es decir, el mar Caribe o mar de las Antillas, con islas y continente que lo circunscriben, y por donde circularon en el transcurrir de los tiempos, los indios aborígenes u originarios –mal llamados así por el equívoco de Colón que pensó haber llegado a las Indias con su descubrimiento–, seguidos de españoles conquistadores; negros trasplantados del África; ingleses, holandeses y franceses, quienes una vez conocida la nueva ruta náutica, se pusieron a la caza de nuevos territorios por conquistar. Digamos, además, que entre todos se mezclaron católicos, hugonotes y puritanos, a los cuales se agregaron finalmente bucaneros y filibusteros, puestos al servicio de esos países, o siguiendo sus propios intereses de rapiña. Entre los principales: Juan Florentín (Giovanni da Verrazano), que asalta las naves de Cortés con el tesoro de Moctezuma, para llevárselo a Francisco I de Francia; Jean D'Ango, al servicio de este mismo emperador; el legendario Francis Drake, ennoblecido por la reina virgen Isabel I, después de sus muchos asaltos para enriquecimiento de Inglaterra; Mansfield, que en medio de sus tropelías pretende llegar hasta Costa Rica y completar el mapa de la América Central; Pierre Belain D'Esnanbuc, cumplido corsario a las órdenes del Cardenal Richelieu para adueñarse de varias islas del Caribe y formar la *Association des Seigneurs des Isles de l'Amérique*; Piet Heyn, que arrebató a los españoles un tesoro de millones de florines frente a Matanzas en Cuba y contribuye a la creación de la Compañía Holandesa de las Indias occidentales para la comercialización, desde el Caribe, de tabaco, azúcar y maderas finas; Henry Morgan, el más temible corsario que después de todas sus correrías por el Mar Caribe, Panamá y las costas de Colombia, es nombrado, no solo caballero por el rey inglés, sino gobernador de Jamaica, con documentos que para su buen gobierno redacta el filósofo John Locke, inspirador de la Constitución Norteamericana; el feroz Capitán Teach (“Barba Negra”) que sembró de pavor las

Antillas y los canales del Mississippi; el catalán Pedro Gibert que las mujeres encuentran el más seductor de los hombres; los hermanos Lafitte de Nueva Orleans y su isla caribeña Barataria, donde venden esclavos a los ingleses y, el último de los filibusteros, el también esclavista de Nueva Orleans William Walker, quien después de incorporarse en dos expediciones para invadir las tierras mexicanas de Sonora y Baja California, aprovecha la guerra civil de Nicaragua, estallada en 1854 entre conservadores y demócratas, al punto de apoderarse de esta nación con influencia hasta Honduras y ocupar la presidencia de ambas, hasta ser obligado a capitular en 1857, por la decidida acción de Costa Rica, Guatemala y El Salvador. Pese a todo, el persistente Walker, que hará otras dos tentativas de incursión en Nicaragua, es finalmente derrotado por los ingleses de Belice, quienes lo entregan a las autoridades de Honduras, donde es ejecutado.<sup>26</sup>

Ese paralelo histórico entre el viejo y el nuevo mundo se establece muy bien, al comparar dos magníficas obras: *El Mediterráneo, la leyenda de un mar*<sup>27</sup> del alemán Emil Ludwig, y *Biografía del Caribe*<sup>26</sup> del gran escritor colombiano Germán Arciniegas, obra esta última que permite un recorrido de más de cuatro siglos para comprender mejor la historia americana, particularmente de Centroamérica y el Caribe, zona geográfica donde se descubrió América y se dio inicio a la libertad americana, al ser Haití en 1804, el primer país en declararse independiente, después que lo hiciera Estados Unidos del Norte, en 1776.

En realidad, lo que se acaba de exponer permite avizorar que los rumbos históricos de los 21 países que conforman Centroamérica y el Caribe actuales, fueron muy diferentes, si se compara el llamado Caribe insular europeo, mayormente referido a las pequeñas Antillas de barlovento y sotavento, con Centroamérica continental y las grandes Antillas, que corresponden a las repúblicas de Cuba, Jamaica, República Dominicana, Haití y Puerto Rico.

En efecto, después del descubrimiento y la conquista, Centroamérica siguió varias etapas, más o menos diferenciadas. La primera vinculada con lo que fue la Capitanía General del Reino de Guatemala, dependiente del Virreinato de Nueva España (hoy México) y que se extendía desde la región de Chiapas hasta Panamá (perteneciente entonces al territorio de Colombia), incluyendo Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica. A partir de 1821, se da una segunda etapa, con la independencia de las provincias centroamericanas que, luego de un corto período, se anexan a México en 1822, con el fin de unirse políticamente y hacer frente a la dominación española. El tercer período se produce en 1823, cuando las provincias deciden separarse y se transforman en la Confederación de Repúblicas de Centroamérica con sede en Guatemala, para a la postre iniciarse un cuarto período resultante de la disgregación de la Confederación, con el objetivo de seguir cada quien su propio rumbo. En el caso de Panamá, separada de Colombia a partir de 1903, su destino estuvo fuertemente ligado al canal interoceánico, con cesión de derechos de construcción y operación a Estados Unidos

de Norteamérica, que se extendieron de 1904 a 1999. Respecto a Belice (Honduras Británica), fue colonia de Gran Bretaña y se independizó en 1981, tras un acuerdo firmado con Guatemala que renunció a sus históricas pretensiones que mantuvo sobre ese territorio.<sup>28, 29</sup>

Por tales circunstancias, el acontecer histórico de cada una de las repúblicas centroamericanas –vale decir Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua y Costa Rica– tuvo su propia complejidad, con el caso muy particular de Costa Rica que logró mayor estabilidad política, al punto de no necesitar ejército desde 1948.<sup>viii</sup> La historia de las grandes Antillas y de sus repúblicas es igualmente diversa, siendo Jamaica la última en lograr su independencia de Gran Bretaña en 1962, así como las islas de Trinidad y Tobago, las más grandes de las pequeñas Antillas de barlovento, próximas a las costas de Venezuela, y con uno de los ingresos per cápita más altos de Latinoamérica.

Por su parte, Puerto Rico, después de la guerra de 1898 entre España y Estados Unidos de Norteamérica, estuvo fuertemente vinculado con este país y en la actualidad es un Estado Libre Asociado, con un gobernador que es elegido cada cuatro años.

Respecto a República Dominicana y Haití, si bien comparten una misma isla, bautizada en la conquista como “La Española”, y han sido en conjunto la primera colonia europea del Nuevo Mundo; su historia y sus realidades actuales son muy diferentes, manteniendo ambas, sin embargo, una relación de cooperación muy importante, especialmente en el campo de la salud.

Por último, Cuba, de nombre siboney y la mayor de las Antillas, es una de las repúblicas que por múltiples razones ha causado y sigue causando gran expectación en el planeta. Fue el último reducto español en el Caribe y logró la salida de los españoles en 1898, año en el que también desalojaron Puerto Rico y Filipinas. Empero, Cuba no alcanzó su completa independencia hasta la salida de los norteamericanos en 1909, que la ocuparon y permanecieron en ella, a guisa de pacificadores.

Establecido así el período republicano de estos países, la suerte de los indígenas, mestizos y esclavos negros manumisos siguió siendo casi siempre la misma, con formación de un proletariado de distintos matices, cuya característica común fue que se fundieran en una sola las condiciones de indio, negro o mestizo no próspero, con la pobreza y la marginalidad, excepto en aquellos países de nuestra región donde la destrucción de las etnias fue sistemática y completa, reapareciendo ahora con nueva fuerza en las corrientes migratorias.

---

viii En 1987, el entonces presidente Óscar Arias de Costa Rica propuso un plan de paz de la región, motivo por el cual fue galardonado tiempo después con el Premio Nobel de La Paz.

En tanto que las nuevas y jóvenes naciones se consolidaron y constituyen hoy “países en vías de desarrollo”, las ofertas de redención y mejores condiciones de vida de ese proletariado, se han cumplido de manera muy aleatoria y distinta de país a país, según la propia realidad a confrontar y el grado de organización, desarrollo y estabilidad política social que tuvieron o tienen.

Al respecto de la relación homologable entre indígena y proletario, resulta quizás exagerada, pero también muy indicativa, la opinión a principios del siglo XX del peruano Manuel González Prada, cuando sobre la redención del indio, resume:

el indio se redimirá merced a su esfuerzo propio, no por la humanización de sus opresores. Todo blanco es, más o menos, un Pizarro, un Valverde, un Areche.<sup>30</sup>

Esta opinión, muy compartida por distintas corrientes vanguardistas e indigenistas, sería casi la misma 64 años más tarde; esta vez en la pluma de un escritor indio auténtico, como fue Fausto Reinaga, cuando en el prólogo de su obra “El indio y los escritores de América” expresa:

La República del “Libertador” Bolívar, para nosotros los indios, no solo que ha sido dañina, sino satánicamente criminal; el indio y también la parte sensata del cholaje, pudieron haberse ahorrado la República; ya que ella, por el lado que se la mire es una trágica frustración;

afirmando además y de manera vehemente:

El libertador del indio será un indio; un indio en posesión de la cultura y de la técnica a que ha llegado en nuestro tiempo la humanidad. El libertador del indio será SU partido político; un PARTIDO INDIO estructurado y fundido en el crisol dialéctico de la Revolución del Tercer Mundo.<sup>31</sup>

Estas últimas opiniones podrían parecer de un racismo recalcitrante e inaceptable; sin embargo, no son otra cosa que expresiones de la confrontación no resuelta contra los otros racismos que persisten, y que al ser verdaderas lacras sociales, se constituyen en desafíos de la bioética social, a tomar muy en cuenta en la construcción de una bioética latinoamericana muy propia, más aún si se es perceptivo y no puramente contemplativo ante los cambios sociales y políticos inéditos que se vienen dando en los últimos tiempos, tanto en la región como en muchas otras partes del mundo.

Las repúblicas de América Latina y el Caribe como tales, están entre las más jóvenes del planeta y como toda juventud han cometido errores iguales o tal vez menores que los países viejos. Su proceso de crecimiento y maduración son un gran potenciamiento y una promesa, “porque un pueblo joven es eso: un pueblo en el cual todavía las pasiones de los hombres funcionan a toda máquina con plenos y recién hechos resortes”,<sup>32</sup> ante una realidad que necesita cambios en pro de fortalecer



solidariamente al ser humano, desterrando para siempre el conflicto de las razas, e importando únicamente el pleno respeto igualitario que merece su condición esencial, la trascendencia de su destino individual y colectivo, su dignidad y sus derechos. Es decir, reconocer al *homo humanus* del que nos habla el filósofo boliviano Marvin Sandi, cuando con mucho acierto afirma:

Las grandes proyecciones filosóficas respecto al futuro del hombre suponen la paulatina unión de sangres. Es, pues, el hombre integral –ya no el hombre negro, ni el blanco, ni el amarillo– el que debemos esperar; aquel en que se cumplen las condiciones de real humanidad: el *homo humanus*.<sup>33</sup>

o lo que es lo mismo: el hombre de una “raza cósmica”, al decir del mexicano Vasconcelos, quien la define como “la raza definitiva, la raza síntesis o raza integral, hecha con el genio y con la sangre de todos los pueblos y, por lo mismo, más capaz de verdadera fraternidad y de visión verdaderamente universal”.<sup>34</sup>

Al respecto de todo esto, y seguramente con la intención de zanjar la polémica sobre la conquista y sus efectos, un último juicio que conviene tomar en cuenta es el de otro mexicano, esta vez Carlos Fuentes, cuando a propósito de la conmemoración de los 500 años del descubrimiento de América, señalaba:

La oportunidad es no olvidar la historia o sufrir un ataque de amnesia. Hubo violencia, hubo crueldad, hubo explotación. Hubo una conquista, pero hubo también una contraconquista, esta última significaba la creación de una nueva cultura de la cual fueron protagonistas mestizos, indios, negros. Ellos construyeron nuestras iglesias, escribieron nuestros poemas, compusieron nuestra música, realizaron nuestros muebles, hicieron nuestras ciudades, cultivaron nuestros campos. Se creó una cultura nueva, que es hoy lo que tenemos que celebrar. Una cultura única, insustituible y reconocerla nos permite, no solo celebrar el mil novecientos noventa y dos, sino algo más importante: Proyectarnos al dos mil y saber en qué postura vamos a estar ante el mundo todos los que hablamos español.<sup>35</sup>

Finalmente, al ser América Latina y el Caribe una suerte de crisol donde se con-substanciaron razas y culturas propias e importadas, tal riqueza humana y cultural constituye un factor de ventaja para tener una visión de mayor alcance en comparación con otras realidades más uniformes del mundo, que solo ven en el avance tecnológico, el confort material o la extravagancia forzada, los estímulos cotidianos y egoístas para seguir en el camino, sin comprender que la humanidad debe seguir trabajando en pos de resolver sus problemas primiciales y seculares más inmediatos, derivados desde siempre del odio y la injusticia, con toda su cohorte de lacras, dí-gase guerra, hambre, pobreza y desamparo, sumándose a todo ello las agresiones al planeta que habitamos, sin que hasta ahora se hubiese podido adoptar un consenso universal y decisivo que las evite.

### 1.3 La mística de la Tierra

Con esta realidad, se hace fácil aceptar la palabra diversidad como aquella que mejor identifica a nuestros países, porque a la ya existente desde sus orígenes propios se ha injertado la del resto del mundo con todo su potencial, positivo y negativo, lo que ha provocado una hibridación sin precedentes, que lejos de atenuarse con el genocidio o desaparición de muchas razas autóctonas se ha fortalecido con el agregado de razas de otros continentes, ya sea a través del esclavismo, como ha sucedido con la raza africana, o de las corrientes migratorias de diversa procedencia.

La tierra fue el eje central de las grandes civilizaciones americanas, apropiadamente llamadas por esto telúrico-cosmogónicas, desde la olmeca, maya o mixteca, pasando por la azteca, chibcha, chavin, paracas, mochica, incanazca, chimu y la más desarrollada del período preincaico, cual fue la de Tiwanaku, hasta la quechua-inca del Tahuantinsuyo (la de los cuatro reinos o suyos) que, incluyendo a Ecuador, Perú y Bolivia, se extendió desde el sur de Colombia hasta el río Maule, en el centro de Chile, y Cuyo y Tucumán en la Argentina. En este contexto es interesante señalar la similitud de los sistemas sociales comunitarios y el manejo del territorio que se dio entre los aztecas y los incas, así como considerar las relaciones económicas y sociales de los pueblos indígenas, manteniendo sistemas milenarios de equilibrio entre sus poblaciones y la naturaleza. Un ejemplo de ello fueron las ingeniosas *chinampas* aztecas, tierra cultivable puesta en grandes cestas de mimbre fijadas al fondo de los lagos, que tienen su correspondencia con los cultivos de las islas flotantes construidas por los urus, con la totora<sup>ix</sup> del lago Titicaca o las terrazas de cultivo de los *sukakollu* andinos que, al estar dispuestas en diferentes alturas de pisos ecológicos, permitían técnicas hidráulicas eficientes de bajo impacto en el equilibrio ecológico de la zona. Tanto los *calpulli* de los aztecas, como los *ayllus* de los incas, fueron comunidades de habitantes que, en el caso quechua, se establecían en un área o lugar territorial llamado *marca*, a partir del cual se cumplía el trabajo comunitario del *ayni* para la producción agrícola, regadíos, construcción de caminos, retribución de las cosas dadas en calidad de obsequio, y prestación de servicios solidarios y recíprocos; o de la *mita*, que exigía turnos de trabajo y relevo obligatorio para el laboreo de la minas y las construcciones. Ningún individuo tenía tierras para usufructo personal y el beneficio colectivo resultaba del aporte que cada quien hacía para el conjunto, lo cual nos recuerda páginas de la *Utopía* de Tomás Moro, que no pasaron por alto muchos analistas del presunto socialismo o comunismo del Imperio Quechua.<sup>36</sup>

Con ese amor a la tierra y la naturaleza, la diversidad trascendió lo puramente físico haciéndose persona, como parte integrante de un entorno de vida interdependiente con otras formas de vida, que ha sido milenariamente asimilado y preservado por el hombre genuinamente americano, en un ciclo vital permanente y armónico, cuya alteración e interferencia no puede ser impune ni carente de consecuencias.

Es en este componente humano que la reflexión se detiene y toma aliento para hacerse más profunda, porque constituye el *leitmotiv* o la esencia para la construcción de una bioética más propia, donde nosotros, los hombres y mujeres de Latinoamérica y el Caribe, tengamos carácter protagonista, siendo conscientes y respetuosos de nuestras diferencias para establecer aquel diálogo entre extraños morales del

ix Junco acuático que crece en las orillas del lago Titicaca y que servía a los originarios para la construcción de sus embarcaciones y también las islas flotantes.



que tan acertadamente nos habla Tristram Engelhard, tanto al interior de nuestros propios países y continentes como con el resto del mundo que, con sus propias percepciones, tal vez pretenda continuar una construcción bioética acomodada más y de mejor manera a sus propios intereses, sin tomar en cuenta los nuestros y los de una gran parte de la humanidad. Todos, en pos de encontrar un justo equilibrio de bienestar compartido, con preservación imprescindible e intransigente del espacio vital común de esta tierra que habitamos.

Esto último induce a potencializar el sentimiento omnicomprensivo de solidaridad cósmica, fusionando naturaleza y hombre con un panteísmo afín a la visión cosmogónica mítica que tienen muchas culturas ancestrales de nuestros países, poco o nada consideradas en los alcances de la bioética actual, y que a futuro no podemos perder de vista, priorizándola en su caso, tanto más si buscamos construir una bioética latinoamericana y caribeña, adecuada a la realidad que nuestra región confronta. Esto nos lleva al recuerdo inmediato de aquellos lugares donde habita el ser humano originario de nuestro continente, prevaleciendo una mística de la tierra que, al estar íntimamente unida con toda forma de vida que ella misma origina, es respetada a plenitud. Al respecto, el filósofo Guillermo Francovich sostiene:

Que la tierra, el paisaje, lo telúrico tienen una especie de espíritu y que actúan sobre el hombre creando formas de vida individuales y sociales, dando nacimiento a tipos culturales con fisonomía tan propia como los ambientes geográficos que las han producido.<sup>37</sup>

Esto coincide con los alcances de mira filosófica del argentino Ricardo Rojas cuando en su magnífica obra *Eurindia*, de título consubstanciador de dos continentes, bellamente escribe:

La doctrina de Eurindia es de tanta latitud, que se funda en las fuerzas creadoras de la tierra, y penetra, por la raza, en la historia de la civilización humana. Las fuerzas cósmicas así humanizadas se organizan en la conciencia social, y el estado democrático —tipo de los gobiernos de América— deja a aquellas fuerzas hacer la morada espiritual de la patria. La emoción y el instinto identifican al nativo con su territorio, en virtud de una ley universal de geografía humana; los números del lugar obran sobre el individuo, pero a través de él se tornan conciencia colectiva, y acomodan las instituciones a la función del grupo.<sup>38</sup>

## 1.4 Problemática

Por lo dicho, el componente macrobioético o ecológico de la bioética cobra especial importancia, al momento de afirmar con absoluta convicción que para su construcción no se puede prescindir de la participación directa de las poblaciones indígenas originarias, tanto más si en muchos lugares el latinoamericano contemporáneo está desarraigado de la tierra, ha perdido aprecio y continuidad con ella,

lo que resulta en muchos sentidos, ajena a sus intereses, por el afán de obtener “bienes” materiales y artificiales que al parecer le ofrecen las grandes metrópolis con sus atractivos reales o falsos de bienestar, pero también con todos los efectos perversos que conlleva el incremento demográfico no planificado que las caracteriza.<sup>x</sup> Entre otros: la violencia en todas sus formas, incluidos el racismo y la xenofobia ante grupos migratorios cada vez más crecientes, la delincuencia organizada, los accidentes de tránsito, la contaminación ambiental, el gasto irrecuperable de agua, combustibles y energía, los trastornos psicopatológicos ligados al estrés y otras formas difíciles de existencia, las adicciones a drogas o alcohol, y la aparición de nuevas expresiones patológicas de fácil contagio por el hacinamiento humano sin barreras de protección. Asimismo:

El abandono y/o sustitución del mundo natural provocan que la naturaleza y el hombre vayan perdiendo riqueza y variedad, porque muchas culturas de la tierra (etnoculturas) están desapareciendo, a la par de muchas especies vivas, por esa suerte de revolución tecnológica que nos lleva a reemplazar lo natural por lo natural modificado o lo artificial, poniendo en duda el estatus esencial, biológico, psicomental, social e histórico del hombre.<sup>39</sup>

Como se podrá apreciar, toda esta problemática, compleja por cierto, está presente en nuestros países y es de índole bioética porque hace a la sobrevivencia del hombre y de su entorno, a más de sumarse la dilemática del desarrollo tecnológico y científico que, al margen de sus efectos buenos y malos, según cómo se la interprete, obnubila y seguirá obnubilando a todo el mundo, independientemente de si se tiene acceso o no a los beneficios de dicho desarrollo. En términos de salud y medicina, esto último determina un fuerte análisis ético, porque aquellos grupos humanos que no pueden acceder a los beneficios de la tecnología sufren y sufrirán una clara discriminación biológica que, en un plazo más mediano que largo, los llevará inexorablemente a la extinción, con lo cual se da una suerte de eugenesia obligada o selección de los fuertes, a la mejor manera de lo que pretenden las corrientes más peligrosas del movimiento transhumanista.<sup>40</sup>

Pero esto no es todo, sino que se agrega la problemática ligada a la injusticia social y económica, con todas sus expresiones de marginalidad de derechos, especialmente aquellos de prestación o de segunda generación, como son salud, alimentación, educación, empleo, vivienda, servicios básicos y seguridad ciudadana, consecuencia de un mundo donde aún se sobreponen etapas históricas diferentes para un mismo tiempo, con amplios sectores de la población, que, si bien están en la sociedad

---

x Dos de las ciudades más pobladas del mundo están en América Latina. Ellas son México y San Pablo con casi veinte millones de habitantes cada una, en tanto que la mayor parte de las ciudades más pobladas de nuestros países, tiene una población entre dos y doce millones de habitantes. Esta situación que contrasta paradójicamente con la mala ocupación del espacio territorial, es una clara manifestación del subdesarrollo de las áreas rurales que no ofrecen condiciones aceptables de vida, determinando grandes migraciones campo ciudad.

contemporánea formal, los conforman ciudadanos “a medias” o semiciudadanos, por la exclusión, marginalidad o discriminación que sufren.

Esta problemática hace a la bioética social<sup>41</sup> muy propia del contexto de nuestras realidades, pero incipiente aún en los ámbitos internacionales de debate bioético formal, porque no cala o resulta indiferente a los intereses de los países centrales con fuerte presencia en dichos ámbitos. Cabe reconocer, sin embargo, el substancial avance logrado con el establecimiento de la “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos” de la UNESCO, que al ir más allá de la bioética principialista centrada en el individuo y vinculada básicamente con el interés pragmático de la investigación, tanto del avance tecnológico como científico biomédico, incorpora esta bioética social o bioética de la solidaridad.<sup>x1</sup> Alya Saada apunta muy bien esta situación, cuando expresa:

Es el nacimiento de la bioética social el que marca el paso de una bioética fundamentalmente centrada en el individuo, a una ética holística *fundada sobre la justicia social y la equidad*, que engloba el derecho a la salud, el acceso a los cuidados y a los tratamientos médicos de calidad, los derechos económicos y sociales, como la eliminación de la pobreza y de la exclusión, el derecho a una vida digna y el derecho a la diversidad y a la pluralidad en tanto que especificidades inherentes a nuestro mundo.<sup>43</sup>

## 1.5 Corrientes del pensamiento latinoamericano<sup>xii</sup>

La rica y compleja realidad latinoamericana de siempre, propició que los intelectuales de todos nuestros países se inquietaran para interpretar mejor esa realidad y dar solución a sus problemas. Sin embargo, la mirada de los más, generalmente puesta en Occidente, determinó que lo importado y lo foráneo se asimilará mejor, perdiéndose en gran medida la orientación y perspectivas del pensamiento genuinamente propio.

xi En términos de mayor reflexión filosófica, el director del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Boliviana de Cochabamba, Dr. Miguel Manzanera se refiere a la nostridad o solidaridad antropológica como un nosotros humano que “no es simplemente un conjunto de hombres agregados o asociados por intereses individuales, más o menos coincidentes, sino que constituye un cuerpo social, una nueva estructura física y metafísica con un propio dinamismo orientado hacia una finalidad comunitaria”. A continuación agrega que esta solidaridad antropológica “es el criterio ético por excelencia, que permite no solo el discernimiento personal de la propia vida, sino también evaluar la calidad ética de las diversas agrupaciones sociales, culturales, políticas y religiosas. De esta manera pueden superarse los egoísmos y los nostrismos excluyentes, donde acecha el peligro de enfrentamientos deshumanizantes, que descontrolados, pueden llevar al hombre a su desrealización”.<sup>42</sup> Toda esta reflexión profundiza la trascendencia de la bioética social o de la solidaridad, tanto más si recordamos que la expresión más sublime de la solidaridad es el amor, proclamado a la humanidad hace 2000 años, en el mensaje de “amaos los unos a los otros”.

xii Las referencias consultadas para desarrollar este apartado han sido muchas, en torno a la orientación central de la obra “Antología del ensayo latinoamericano” de Gabriel Cristian Taboada.<sup>44</sup>

Al respecto, dice Gabriel Cristian Taboada en el prefacio de su obra *Antología del ensayo latinoamericano*:

¿Qué sabe un argentino de un ecuatoriano? ¿Qué conoce un chileno de un dominicano? La realidad continental de América demuestra lo incomunicado de nuestro arte, de nuestras letras, de nuestras vidas.

¿Conoce un hombre culto de Buenos Aires —por ejemplo— quién es Benjamín Carrión o Jorge Mañach? ¿Un intelectual panameño ha leído acaso a Vaz Ferreira o Franz Tamayo?

Contestar con sinceridad estas preguntas sería comenzar verdaderamente a vertebrar nuestro americanismo.<sup>44</sup>

Reconocer y enfatizar lo dicho resulta particularmente importante cuando se quiere desarrollar corrientes de pensamiento y propuestas que, emanando de una bioética latinoamericana y caribeña propias, nos permitan conocernos mejor e identificar con precisión la realidad que confrontamos, no solo para contribuir a la solución de los muchos problemas vivenciales muy nuestros que ya fueron identificados, sino también para participar de igual a igual en el debate bioético internacional, que tiene que ver con la convivencia y sobrevivencia humana y planetaria de conjunto.

Con esas miras, la panorámica del pensamiento latinoamericano que sigue a continuación, es una parte fundamental del presente trabajo, pese al riesgo de aparecer como insuficiente para la exigencia intelectual de los más entendidos, pues nos ocupamos únicamente de aquellas obras de autores latinoamericanos o caribeños que a nuestro juicio tienen o han tenido aportes relacionados con lo que venimos diciendo en estos escritos.

Digamos también que la secuencia de dicha panorámica obedece únicamente a un pretendido ordenamiento didáctico, advirtiéndose que muchos de los autores que se mencionan, filósofos, literatos, historiadores, periodistas, sociólogos, juristas, pedagogos o políticos, a más del ensayo que es el que más importa para los fines de este trabajo, han sido sabios polígrafos que incursionaron en diversos géneros literarios. Dicho de otra manera: el que sus nombres aparezcan como maestros de moral, indigenistas o universalistas, no significa que sus obras hubieran tenido únicamente ese carácter, siendo por el contrario, la de casi todos ellos, de carácter simultáneo con la novela, poesía o narración histórica.

### 1.5.1 Los disectores de América

El término disección se refiere al desentrañamiento anatómico y es muy caro a los investigadores meticulosos del cuerpo humano, como podría serlo a los escudriñadores del cuerpo social. De ahí que se lo hubiera escogido para hacer una relación de los principales intelectuales latinoamericanos y caribeños que se desvelaron en el afán ingrato y mal comprendido de identificar minuciosamente las realidades

sociales de sus propios países o nuestros continentes, calificándolos, a veces con excesivo pesimismo, como *Pueblo Enfermo*<sup>xiii</sup> o *Continente Enfermo*. Sin contar a los grandes cronistas del período colonial, los más pertenecen a la segunda mitad del siglo XIX y el siglo XX, en unos casos con una visión y proyección latinoamericanista, en otros más circunscrita a sus propios países, sin que esto signifique limitación de miras o menor importancia de sus mensajes, dada la similitud de conjunto que tiene nuestra América.

Los de proyección latinoamericana mejor conocidos fueron el ecuatoriano Juan Montalvo, con sus *Catilinarias* y su crítica certera y acerada en contra de la guerra en las páginas de *Ojeada sobre América*; el cubano José Martí, paradigma de la liberación y las reivindicaciones de *Nuestra América* ante el mundo; el argentino Juan Bautista Alberdi, considerado el mayor pensador político americano de su tiempo y convencido de la necesidad de poblar América para gobernar, en el sentido de que poblar es educar, mejorar, civilizar; el dominicano Pedro Henríquez Ureña, con sus sueños de unión y de justicia de *Utopía de América*; otro argentino: Carlos Octavio Bunge, autor de *Nuestra América*, libro en el cual critica con acerada pluma, males continentales propios como la pereza, la falta de sentido moral y el caudillismo; el peruano Luis Alberto Sánchez, que a más de historiador notable de la literatura hispanoamericana fue un analista certero de la realidad social y política de América, y el venezolano Mariano Picón Salas, con proyecciones universalistas a partir de sus muchas obras inspiradas en la realidad hispanoamericana.

Exponentes máximos y de lectura obligada para el conocimiento y mejor comprensión de sus respectivos países, fueron: el argentino Ezequiel Martínez Estrada, con su *Radiografía de la pampa*; el peruano José Carlos Mariátegui, con *Los 7 ensayos de interpretación de la realidad peruana*, fundador del partido comunista en su país y llamado no sin razón el Gramsci sudamericano; el boliviano Alcides Arguedas, con su controvertida obra *Pueblo enfermo*; el chileno Benjamín Subercaseaux, con sus acertados ensayos *Contribución a la realidad y Chile o una Loca geografía*; los guatemaltecos Luís Cardoza y Aragón, con *Guatemala. Las líneas de su mano*, y el premio Nobel Miguel Ángel Asturias, con *Hombres de Maíz*; el puertorriqueño Antonio Pedreira, con *Insularismos y Suma de América*, obra última que también lo

---

xiii *Pueblo Enfermo* fue el título que dio Alcides Arguedas a una de sus principales obras para interpretar descarnadamente los presuntos o reales males de Bolivia –que entre otras cosas denigraba al indígena– motivo por el cual recibe a manera de paternal reconvencción este juicio prudente de José Enrique Rodó: “Los males que usted señala con tan valiente sinceridad y tan firme razonamiento, no son exclusivos de Bolivia: son, en su mayor parte, y en más o menos grado, males hispanoamericanos: y hemos de considerarlos como transitorios y luchar contra ellos animados por la esperanza y la fe en el porvenir. Usted titula su libro: PUEBLO ENFERMO. Yo lo titularía: *Pueblo niño*. Es concepto más amplio y justo quizás, y no excluye, sino que, en cierto modo, incluye al otro; porque la primera infancia tiene enfermedades propias y peculiares, cuyo más eficaz remedio radica en la propia fuerza de la vida, nueva y pujante, para saltar sobre los obstáculos que se le oponen”.<sup>45</sup>

sitúa entre los varios analistas de proyección latinoamericana, como igualmente lo fuera el costarricense Luis Barahona Jiménez, con *El ser hispanoamericano*.

### 1.5.2 Los indigenistas

Como intérpretes del hombre originario genuinamente americano, es decir el indio autóctono, se sitúan pensadores que verdaderamente sintieron la necesidad intelectual y afectiva de reconocerlo en su esencia y reivindicarlo de las tantas denigraciones sufridas, no tanto por la sola motivación de solidaria humanidad o de una ética proteccionista que lleva implícito el reconocimiento consciente o inconsciente de su pretendida inferioridad racial, sino interpretando e identificando a cabalidad las características de su idiosincrasia y toda esa carga potencial que lo llevó a la construcción de grandes imperios, sin las influencias de lo que sucedía en el mundo, principalmente occidental, que con otro tipo de realidades o modos de vida, definió determinados arquetipos, equivocadamente aceptados como universales después de la conquista.

En tal sentido, y reconociendo inteligentemente que la cultura es sinónimo de humanidad, supieron dar valor al aporte definitivo e irreversible indoamericano, a través de notables escritos de vigencia y revisión permanente. Entre ellos, no muchos, cabe mencionar justicieramente al peruano Manuel González Prada, por algunas páginas de su obra *Horas de lucha*; al boliviano Franz Tamayo, reconocido como el fundador de la teoría indoamericanista, quien con su obra *Creación de la Pedagogía Nacional*, identificó certeramente las potencialidades del indígena del Ande; al argentino Ricardo Rojas, con su *Doctrina Euroindiana*; al brasileño J. de Alencar, indianista en novela como lo fuera Porto-Alegre en poesía; a los paraguayos Rodríguez Alcalá, Caballero Irala y Augusto Roa Bastos con su realismo nativo; a los uruguayos Horacio Quiroga y L. Castelli, con el tema gauchesco y social; al costarricense Lisímaco Chavarría de origen campesino, que en sus escritos refleja lo profundo del ser de su país, y al mexicano José Vasconcelos con sus obras *Raza cósmica e Indología*.

### 1.5.3 Los universalistas

A Latinoamérica le faltó el eco de resonancia centrista del primer mundo para lograr mayor repercusión y reconocimiento de sus grandes intelectuales, que a más de ser estudiosos de occidente fueron apasionados intérpretes de la realidad de nuestro continente y sus países, promoviendo su proyección universal a través de concienzudos trabajos, dignos del humanismo sapiente que los caracterizó.

Prácticamente todos los países de América Latina contaron con más de uno de ellos, y fue su número tan significativo, que en este caso solamente se incorporan los nombres de aquellos mayormente relacionados con la finalidad que mueve la realización de este trabajo.

Todos los que se mencionan fueron viajeros incansables y grandes observadores de las realidades propias y ajenas, lo cual les brindó facultades que contribuyeron a desarrollar su generoso y rico universalismo, como ingrediente imprescindible para la comprensión más perfecta del enorme significado que tiene la solidaridad humana, en la diversidad y las diferencias de un mundo en constante cambio.

En ese sentido, Argentina tuvo a Domingo Faustino Sarmiento, que a más de ser el padre adoptivo y pedagogo sensible de *Vida de Dominguito*, fue el político visionario que generó corrientes de modernidad y civilización para su país, con su conocida obra *Facundo, civilización y barbarie*.

Asimismo, entre los universalistas no podían faltar los mexicanos Alfonso Reyes y Octavio Paz, que, si bien no fueron coetáneos, estuvieron tan próximos el uno del otro por la cantidad y calidad extraordinaria de sus escritos. Baste citar *Visión de Anáhuac* en el caso de Reyes y *Laberinto de la soledad* en el de Octavio Paz, para situarlos como figuras emblemáticas de la intelectualidad latinoamericana.

Igualmente universales fueron el ecuatoriano Benjamín Carrión, autor de *¿Por qué Jesús no vuelve?*; el colombiano Germán Arciniegas que nos apasiona con los relatos históricos de *Biografía del Caribe y América, tierra firme*; el venezolano Arturo Uslar Pietri de *Las lanzas coloradas*; el costarricense Jorge de González Martén con *Mundihumanismo*, y el peruano Luís Alberto Sánchez, con obras tan propias de la realidad latinoamericana como *Historia General de América* y *Examen espectral de América Latina*.

#### 1.5.4 Los maestros de moral

Lindando con el pensamiento filosófico, pero con la practicidad pedagógica de la prédica moral, Latinoamérica tuvo maestros que señalaron con claridad el rumbo que deberían seguir las generaciones jóvenes para conducirse por la vida y guiar los nuevos continentes llenos de promesas. Se contaba con la experiencia del mundo y sus lecciones, que debían ser asimiladas para no seguir perpetuando lo negativo de un mundo cansado, necesitado de un renovado vigor espiritual para su corrección. La decadente y conservadora sociedad daba lugar a la nueva del siglo XX, deseosa de consolidar las muchas transformaciones iniciadas con las “luces” del siglo XVIII y maduradas a lo largo del siglo XIX.

Es en ese marco histórico cuando aparecen los maestros de moral del Nuevo Mundo, dejando un mensaje que continúa fresco y apto para ser asimilado por las generaciones actuales y futuras, tanto más si se pretende proseguir la construcción de una bioética acorde con nuestras realidades.

Entre estos maestros de moral corresponde citar al puertorriqueño Eugenio María de Hostos, quien con su obra *Moral Social* señaló rumbos que afortunadamente



prevalecieron, al punto de ser reconocido en uno de los congresos de la Federación Latinoamericana de Bioética (FELAIBE), realizado en Puerto Rico hace algunos años atrás.

Otro gran moralista de Centroamérica fue Carlos Gagini de Costa Rica, antimperialista por excelencia y verdadero crítico de la vieja moral conservadora y entreguista de su tiempo, con obras tan importantes de denuncia social, como *La caída del águila* y *El árbol enfermo*, así como el colombiano Carlos Arturo Torres, quien con su ensayo *Los ídolos del foro* cuestionó las ficciones y dogmas políticos, que tanto daño hicieron en nuestra América, impidiendo el entendimiento para el desarrollo y bienestar de nuestros pueblos.

Finalmente, sería una grave omisión no señalar como los principales maestros de la juventud sudamericana, al uruguayo José Enrique Rodó, con las reflexiones y los mensajes imborrables de *Ariel* y *Los motivos de Proteo*, y al argentino José Ingenieros, mente y espíritu superior puestos al servicio de la integridad moral y los valores, como se muestra en las páginas actuales para toda época de *El hombre mediocre*, *La simulación en la lucha por la vida*, *Las fuerzas morales*, *Hacia una moral sin dogmas* y *Los tiempos nuevos*.

### 1.5.5 La filosofía

Si la pretensión de este apartado es el recuerdo y significación que tuvo el pensamiento de quienes contribuyeron o contribuyen a una construcción filosófica, a partir de la indagación e interpretación de la realidad propia de América Latina, es en principio pertinente adscribirse a la provocativa pregunta formulada por el filósofo peruano Augusto Salazar Bondy, cuando escribió su libro ¿Existe una filosofía de nuestra América? Desde luego que la respuesta no era fácil, porque, si bien le salió al paso con solvencia el mexicano Leopoldo Zea, dando una respuesta afirmativa a través de su libro *La Filosofía Americana como filosofía sin más*, era necesario digerir largamente la pregunta, considerando además los aportes previos hechos por varios filósofos de diversa procedencia que, sin conocer con anterioridad la pregunta formulada por Salazar Bondy, ya se habían ocupado de dar respuestas afirmativas.

Pero quizá con carácter previo a la identificación de dichos filósofos y sus afirmaciones, sea necesario señalar que la filosofía de las repúblicas latinoamericanas de los inicios no fue sino la continuación de la filosofía prevalente en el mundo occidental, hasta que paulatinamente se fue gestando un proceso de maduración o de “normalidad filosófica”, como lo denominó el filósofo Francisco Romero, y que al aplicar la metodología filosófica formal para la indagación, permitió reconocer con claridad la propia realidad con sus particulares situaciones, sus diferencias contextuales en comparación con el resto del mundo, y sus identidades.



Portanto, se necesitaba dar un “giro aplicado”<sup>46</sup> a la filosofía práctica de la que habló Aristóteles, destacando la “preeminencia de la práctica por sobre la teoría; la radicalización de la práctica como fundamento de la aplicabilidad de la filosofía, y la recuperación de la teoría como sentido último de la práctica”.<sup>47</sup>

Es por este camino que la filosofía latinoamericana encontró al menos cinco vertientes que le dieron el líquido elemento para su estructuración y fortalecimiento: la crítica ante toda ideología de la dominación pasada, presente o futura, que se relaciona con la *Filosofía de la Liberación* de Enrique Dussel y con la *Pedagogía del oprimido* y la *Pedagogía de la esperanza* del gran educador brasileño Paulo Freire; la filosofía de la interculturalidad, que a la postre llevará a la transculturalidad por la fusión de razas y costumbres como habrían querido el mexicano Vasconcelos y el boliviano Marvin Sandi; la mística de la tierra de la cual nos hemos ocupado largamente; toda la línea de pensamiento y de conducta para cuestionar y dar respuestas ante las diversas formas de injusticia y de maldad, al reconocer con John Rawls que “los dos conceptos principales de la ética son los de lo bueno y de lo justo”<sup>48</sup> y, finalmente, la neutralización de las tendencias contrarias a la preservación de la identidad esencial del ser humano de un modo globalizador y absorbente que nos induce al esclavismo del consumo, centrando este como el fin de la existencia o la razón de la vida.

Por supuesto que dentro de lo que significa el diálogo transdisciplinario, del que no podría substraerse una filosofía práctica, las cinco vertientes señaladas mezclan sus aguas con otras disciplinas del saber humano, como son la antropología, la sociología, la politología, el derecho, la economía y, muy particularmente, la bioética.

## 1.6 Aproximación histórica a la bioética de Latinoamérica y el Caribe

Cumplido el propósito de mostrar someramente lo que ha sido el pensamiento de nuestro continente en el pasado, que a nuestro juicio es un importante referente merecedor de mayor estudio y profundización por su relación con las motivaciones éticas y bioéticas actuales, se hace a continuación una reseña histórica sobre los orígenes, evolución y estado actual de la bioética en nuestro ámbito geográfico de la América Latina y el Caribe, tomando como referente principal la obra *Bioética na Ibero-América: História e Perspectivas*,<sup>3</sup> publicada en portugués por Ediciones Loyola Centro Universitario Sao Camilo, el 2007, traducida al español por la Organización Panamericana de la Salud en agosto de ese mismo año bajo el título de *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*,<sup>4</sup> y al inglés por la Editorial Springer el 2010, como *Ibero-American Bioethics, History and Perspectives*,<sup>49</sup> gracias a la colaboración e iniciativas de Tristram Engelhardt, Jr. del Departamento de Filosofía de Rice University y Baylor College of Medicine de Houston-Texas. Esta última

incorpora mayor número de capítulos, referidos a los antecedentes del desarrollo de la bioética en varios otros países de Latinoamérica y el Caribe, no consignados en la primera edición en portugués. Por lo tanto, mayor información sobre el acontecer bioético en la región, se puede obtener consultando dichas obras.

Hechas estas necesarias precisiones, diremos que la bioética, nacida en Estados Unidos de Norteamérica en la década de los años setenta, comenzó a calar en nuestro ámbito a través de las inquietudes del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación “José María Mainetti” (1969), en la persona del Dr. José Alberto Mainetti, quien había fundado dicho Instituto el año 1972 en la ciudad de La Plata-República Argentina, bajo el influjo tanto de la Escuela Española de Historia de la Medicina, conducida por el profesor Pedro Laín Entralgo, como del médico filósofo Tristram Engelhardt del Institute for Medical Humanities de la Universidad de Texas en Galveston, y del médico bioeticista Edmund Pellegrino, director del Institute of Human Values in Medicine, de la Universidad de Georgetown en Washington.

De esta aproximación a las humanidades médicas, con un fuerte contenido antropológico, social y filosófico, surgirá entonces en Argentina el primer Programa Iberoamericano de Bioética continuado a partir de 1990 con la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE) dirigida por Juan Carlos Tealdi, replicando el fenómeno producido en España, con esa misma aproximación, que dio inicio a la bioética en el ámbito europeo, tanto más si el primer instituto de bioética de Europa (Instituto Borja) fue fundado en dicho país.

Años más o años menos, por esa misma época surgieron iniciativas en varios países de nuestra región, caso del Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), fundado en 1985 por Fernando Sánchez Torres y animado por Alfonso Llano Escobar, S. J., de la Universidad Javeriana, con experiencias ganadas en la Federación Panamericana de Facultades de Medicina (FEPAFEM) y la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), todas ellas preocupadas por el diseño e implantación de un programa de enseñanza de la ética médica, en momentos de transformación crítica del razonamiento médico puramente flexneriano y cientificista, hacia una medicina social, más humana, justa y solidaria. El funcionamiento de dichas instituciones sirvió como antecedente primordial, para que el Centro Nacional de Bioética (CENALBE) de Colombia, fundado por Llano Escobar, propusiera la creación de la Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAI-BE), hecha realidad en diciembre de 1991 en el Centro Oncológico de la Fundación “Mainetti” en Gonnet, cerca de La Plata República Argentina, y que a partir de 1995 ha organizado congresos de bioética en varios de nuestros países.

En cuanto a publicaciones, los primeros escauceos de la bioética en Latinoamérica y el Caribe fueron conocidos a través de un artículo temprano (1978) escrito por el venezolano Augusto León Cechinni en la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics* de la editorial Mac Millan de New York,<sup>50</sup> seguido doce años después por

una edición especial del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la OPS;<sup>51</sup> con dos artículos de Leo Pessini y Christian de Paul de Barchifontaine, publicados en 1995 en *O mundo da saude*<sup>52</sup> del Brasil, y un número monográfico del *Journal of Medicine and Philosophy*,<sup>53</sup> editado por James Drane de la Universidad de Edimburgo EE. UU., en 1996.

Con esta primera etapa de **importación y recepción** como daríamos en denominarla coincidiendo con Mainetti, se ingresó a una fase de **asimilación-capacitación y difusión**, con dos acontecimientos fundamentales: la creación del Programa Regional de Bioética para Latinoamérica y el Caribe y, algo más tarde, la conformación de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética (Redbioética).

En el caso del Programa, con fuertes contribuciones de James Drane y Hernán Fuenzalida para su puesta en marcha en 1994, fue la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la que en asociación con la Universidad de Chile y el gobierno chileno lo establecieron en 1994, bajo la dirección casi desde sus inicios del Dr. Fernando Lolas Stepke. A partir de entonces, el Programa demostró gran dinamismo, con 186 actividades realizadas en la región, particularmente en Chile, México, Centroamérica y el Caribe, como pudo constatarse seis años después, en una primera evaluación. Dichas actividades incluyeron seminarios, talleres, conferencias, cursos, diplomados y maestrías, los dos últimos organizados en correspondencia con universidades interesadas en la capacitación de un gran número de profesionales que imprimieron su propia dinámica a la bioética en la región; con el antecedente muy destacable de la contribución docente ofrecida por el profesor Diego Gracia Guillén, de la Universidad Complutense de Madrid.

En el curso del tiempo, el Programa Regional de Bioética ha emitido publicaciones educativas y referenciales importantes, como el boletín trimestral *Bioética Informa*, los *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* que se transformaron a partir del 2000 en la revista *Acta Bioethica* (versión impresa y electrónica en SciELO) historietas ilustradas para los más jóvenes y, especialmente, libros monográficos de gran utilidad.

Con referencia a la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, su creación gestada en el Sexto Congreso Mundial de Bioética, realizado en Brasilia a fines del 2002, se concretó en mayo de 2003 en Cancún México, con la participación y apoyo indeclinable de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), que ya había demostrado su interés por la bioética al elaborar en 1997, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, seguida en el 2003 por la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos. La representante de la UNESCO en México, Dra. Alya Saada, a tiempo de fundar la Redbioética en su condición de responsable del Programa de Bioética para América Latina y el Caribe, asumió la coordinación, acompañando a un Consejo Directivo presidido por el Dr. Volnei Garrafa del Brasil e integrado inicialmente

por representantes de México, Argentina, Chile y Cuba, ampliado tiempo después con representaciones de Bolivia, Colombia y República Dominicana.

La primera actividad formal de la Redbioética se llevó a cabo en Montevideo Uruguay, a principios de noviembre de 2004, para el análisis de lo que se llamó *Estaduto Epistemológico de la Bioética*, motivo de la publicación científica n.º 1 de la Red,<sup>2</sup> editada con la participación de la Universidad Autónoma de México el 2005. Dicha publicación también traducida al portugués bajo el título de *Bases conceituais da Bioética enfoque Latinoamericano*<sup>54</sup> fue el inicio de varias otras, entre las cuales tiene particular significación para la realidad de nuestra región el *Diccionario Latinoamericano de Bioética*<sup>7</sup> que, bajo la dirección de Juan Carlos Tealdi, se publicó en el 2008 con la colaboración de la Universidad Nacional de Colombia, y acopió más de 250 reseñas de 184 colaboradores.

Estas dos organizaciones –junto a varias conformadas en distintos países de la región y que no detallamos por el riesgo de incurrir en involuntarias omisiones– promovieron una tercera etapa de descubrimientos y **recreación** en la bioética latinoamericana y del Caribe, mediante la organización, en estas dos últimas décadas, de diversos eventos, incluso de carácter internacional, como fueron los congresos mundiales de bioética, en Buenos Aires (1994), Brasilia (2002) y México (2014), a más de constituirse los comités nacionales de bioética en varios de nuestros países, una tarea que al presente se debe continuar indeclinablemente hasta fortalecer plenamente los ya existentes y crear los faltantes, como pudimos vislumbrar en el 1<sup>er</sup> Seminario Regional de Comités Nacionales de Bioética, realizado a principios de diciembre de 2011 en la ciudad de Santo Domingo-República Dominicana, con el apoyo del Programa Regional de Bioética de la UNESCO, y en la X Cumbre Global de Comisiones Nacionales de Bioética, llevada a cabo con el coauspicio de la Organización Mundial de la Salud y el Comité Nacional de Bioética de México, en junio del 2014, paralelamente al Congreso Mundial. Todo ello, sin contar la enorme cantidad de comités o asociaciones institucionales de bioética, comités hospitalarios y comisiones de ética de la investigación que existen en nuestros países.

Obviamente, con toda la dinámica descrita, la importancia cualitativa y cuantitativa de la producción bibliográfica sobre distintas áreas de la bioética en la región, es cada vez más creciente y de difusión internacional, con artículos en revistas especializadas, monografías y libros, de producción individual o escritos en colaboración de autores de distintas nacionalidades, como sucede con el presente libro.

Finalmente, cabe destacar que la influencia de la bioética latinoamericana y caribeña gravita cada vez más en el contexto internacional, con patentes pruebas de lo dicho, como la participación directa en reuniones de la UNESCO y la *Carta de Buenos Aires*<sup>55</sup> emitida el 6 de noviembre de 2004 al término del Seminario Regional “Bioética: un desafío internacional. Hacia una Declaración Universal”,

para modificar el borrador de la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, aprobada por aclamación en la 33ª Sesión de la Conferencia General de dicha organización, el 19 de octubre de 2005. Asimismo, es destacable la presencia de varios representantes de Latinoamérica y el Caribe en el seno del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO en los últimos quince años, incluso al ocupar la presidencia, como aconteció en la gestión 2006-2009, con el Dr. Adolfo Martínez Palomo de México.

## 1.7 Factores por considerar en la bioética de las investigaciones científicas

Cumplido el propósito de hacer un abordaje integral referido a la Bioética en nuestra región, y en correspondencia más específica con los alcances de la **bioética en las investigaciones científicas**, es necesario tomar en cuenta la diversidad de factores que hacen a la propia identidad y diferencias de nuestros países, más allá de las influencias, buenas y malas, de la tan mentada globalización. En tal sentido, conceptualizamos brevemente aquellos factores que, a nuestro parecer, no debieran olvidarse, presuponiendo la existencia de muchos otros que los lectores podrían identificar, de acuerdo con sus propias experiencias y realidades.

### 1.7.1 Diversidad y riqueza ecológica

Como se dijo en principio, América Latina es la síntesis geográfica y ecológica del mundo, poseedora de ingentes riquezas que no debieran ser explotadas y exportadas, únicamente, como materias primas no renovables sin valor agregado, lo cual determina una obligación moral y material de nuestros países para su preservación, junto con los espacios territoriales y el medio ambiente donde se encuentran. En ese contexto de riqueza está el material biológico, tantas veces depredado por la “biopiratería”, o desprotegido por ausencia de políticas de preservación y regulaciones en la obtención y utilización de muestras, que pueden ser investigadas y aprovechadas fuera de nuestros ámbitos y control.

### 1.7.2 Respeto a la identidad

En el mismo contexto, están las etnias y culturas originarias, poseedoras no solo de territorios que deben ser respetados, tanto más si constituyen reservas ecológicas, sino de saberes y tradiciones que indiscutiblemente enriquecen el acervo de la humanidad en su conjunto, y dotan de potencialidades merecedoras de ser conocidas e investigadas, a más de preservar o recuperar experiencias ancestrales que

permitieron la sobrevivencia de grupos humanos en diferentes partes del mundo, sin los beneficios tecnológicos o científicos actuales.

### 1.7.3 Vulnerabilidad

Como en el resto de los países no centrales, en América Latina los grupos poblacionales vulnerables son proporcionalmente grandes y requieren tanta mayor atención como celo en su protección, muy particularmente en el caso de la investigación, dados los nefastos antecedentes del “doble estándar” aplicado desaprensiva y cínicamente en nuestros países. En esos grupos vulnerables están todos aquellos que implican cualquier forma de debilidad o indefensión, dígame niños, mujeres, ancianos, huérfanos, enfermos, pobres, reclusos, extranjeros, migrantes e indígenas o personas de raza diferente a la que constituye el grupo dominante; con adopción de especiales recaudos cuando se hacen investigaciones en ellos, comenzando por plantearse cómo y porqué se los escoge como sujetos de investigación, si es posible hacerla con otros. De todo ello se deriva que, en aquellos países donde hay mayor injusticia social y económica, se deben multiplicar los esfuerzos para la protección de los sujetos de investigación, tanto en estudios internos como externos.

### 1.7.4 Idiosincrasia

Es necesario comprender que no todos los seres humanos hemos sido “cortados por el mismo rasero”, y es la idiosincrasia el factor primordial que hace a las diferencias, lo que exige una cabal comprensión del “diálogo entre extraños morales”. Tanto más cuando se trata de realizar investigaciones de corte antropológico, sociológico o medio ambiental, en pueblos con fuerte raigambre en la tierra y la vida natural, a diferencia de otros habituados cotidianamente a los cambios científicos y tecnológicos. En estos últimos prima el pragmatismo frío y utilitario, propiciado abiertamente por las economías ligadas a los mercados de consumo, que incorporan esos cambios como condicionantes aparentemente imprescindibles para el desarrollo de la humanidad, sin mayores reparos sobre sus consecuencias.

Un factor adicional por considerar en las investigaciones que se realizan en muchos grupos poblacionales autóctonos de nuestra América, principalmente rurales, es la aplicación de lo que denominamos **consentimiento comunitario**,<sup>66</sup> en correspondencia con el hábito que se tiene de tomar decisiones conjuntas sobre el acontecer de la comunidad o de cualquiera de sus integrantes, lo cual relativiza el principio formal de autonomía.



## 1.7.5 Prioridades de la investigación

La agenda de investigación de cada país debe estar de acuerdo con su realidad y prioridades de desarrollo, y no según los intereses de los investigadores externos que no siempre están en correspondencia. Lo deseable es que dichas prioridades encuentren un equilibrio entre la búsqueda de avances biomédicos y científico tecnológicos fuertemente orientados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades degenerativas, neoplásicas y genéticas que usualmente priorizan la agenda de los países desarrollados, con la búsqueda de avances sociales, que debiesen cobrar particular fuerza en los países periféricos. Es en esta segunda posibilidad que se incorporan las investigaciones relacionadas con el avance de la bioética social y la bioética ecológica, ambas multidisciplinarias y eminentemente promocionales de la salud y prevención de las enfermedades, si se toma en cuenta la importancia de las determinantes que influyen sobre la salud y el bienestar individual, familiar, colectivo y medio ambiental.

Estas dos grandes orientaciones de la investigación son necesarias y plausibles cuando obedecen a las necesidades de la población. Se señala, sin embargo, algo que no puede pasar desapercibido: las investigaciones que hacen al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, es decir curativas, de rehabilitación, o en su caso relacionadas con la reproducción o recomposición anatómica y funcional, son ampliamente propiciadas, incluida la ética de la investigación, porque con ellas las transnacionales productoras de fármacos y equipos, cada vez más caros y sofisticados, ganan dinero; a diferencia de lo que sucede con las investigaciones sociales que buscan la reivindicación de los marginados o condiciones más justas de crecimiento y transformación, con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades como prioridades, junto a mejores condiciones de vida y de bienestar.

## 1.7.6 Conformación de sistemas

La investigación tiene tanta importancia y repercusión sobre el ser humano, la sociedad y el entorno natural con sus distintas formas de vida, que merece un marco jurídico normativo bien establecido, dentro de una organización sistémica que, sin coartar libertades ni iniciativas provechosas, sea monitoreado por instancias responsables donde converjan los intereses generales, protegidos y promovidos por el Estado, con aquellos más específicos de las instituciones o de los grupos de investigación. En ese entendido, las investigaciones debieran transparentarse, dando a conocer de manera democrática, irrestricta y periódica cuáles son sus agendas institucionales, precisando el porqué, cómo, para qué, dónde, con qué, quiénes, para quiénes y en quienes se investiga, velando siempre por la protección y el respeto a las personas, su dignidad y derechos, así como de los principios éticos de la investigación. De ello se deriva la necesidad de compartir información y promover

sinergias, con buenos subsistemas de registro testifical e histórico al alcance de todos quienes quieran consultarlos, a más de emitir boletines de seguimiento informativo, regulares y periódicos; independientemente de las publicaciones, fruto de las investigaciones formales, hechas siempre y en primera instancia en el país donde se llevaron a cabo. Esto último es un principio de soberanía elemental, así como el determinar, siempre, la inclusión y participación de investigadores nacionales en todo estudio que sea realizado en cualquiera de nuestros países.

Además de lo dicho: un buen sistema debe tener continuidad y sostenibilidad garantizada por el Estado, propiciando la validación ética de los proyectos de investigación entre pares, en espacios multidisciplinarios conformados por representantes de los comités de ética institucionales, que convergen en un comité regional, provincial o departamental, dependiendo de la concentración poblacional y la división política del territorio que se tenga. Esto evitará que una misma institución sea juez y parte de investigaciones “a puerta cerrada”, como sucede frecuentemente.

### 1.7.7 Inclusión ciudadana

Un elemento fundamental para lograr la mayor transparencia posible en los procesos de investigación, es la incorporación de representantes ciudadanos en el funcionamiento de las comisiones o comités de ética de la investigación, tanto mejor si se trata de personas vinculadas con instituciones u organizaciones que velan por los derechos humanos o promueven la defensa de la población. Es más, el mejor escenario se da cuando el grupo sujeto de la investigación tiene un representante *ad hoc* circunstancial para la investigación específica, junto al representante social permanente, en la comisión o comité respectivo.

### 1.7.8 Seguimiento

El punto anterior se relaciona con la facilitación del seguimiento en el curso de la investigación mientras se lleva a cabo, velando por el cumplimiento de las condiciones que permitieron otorgar el aval ético. Tal situación no siempre es fácil cuando no se tienen la logística y los recursos necesarios, por lo que resulta de gran ayuda la participación de la representación ciudadana o social para el efecto.

## 1.8 Conclusiones

La intención de todo lo expuesto en este trabajo ha sido abonar para la mejor comprensión de una propuesta que contenga elementos contribuyentes a la prosecución de una bioética latinoamericana y del Caribe, ya en franco proceso de construcción,



pero que debe mantenerse siempre alerta al referente cotidiano de cuanto acontece en el mundo actual; asimilar y difundir las orientaciones legadas por nuestros pensadores del pasado y del presente, y posar firmemente los pies sobre nuestra realidad, para no sufrir enajenaciones y alejarse de los rumbos precisos que debe seguir.

En buenas cuentas, se quiere construir una bioética propia que tenga un sustento epistemológico (doctrinal y filosófico) de lo general o universal a lo americano y autóctono, estudiándonos para conocernos mejor y aplicar una bioética de fuerte contenido antropológico y social, sobre las huellas de la tierra e identidad.

Con tal pretensión, resulta bueno preguntarse en principio: ¿cuál es nuestra percepción de la bioética internacional actual? Creemos que se ha visto desvirtuada desde sus inicios, porque el mensaje fundacional de Potter de una bioética global ha sido postergado y opacado por una bioética reducida al interés utilitario del desarrollo tecnológico y científico, que ha sabido aprovechar, con creces, el pretexto del precepto altruista de la “ética en la investigación”, al servicio de enormes intereses hegemónicos de diversa índole. Si bien la ciencia se benefició con adelantos que, a su vez, solo convienen a quienes pueden acceder a ellos, la bioética en general tuvo poca o nula influencia en el mejoramiento del mundo, a tal punto que el grueso de la población desconoce su existencia o termina por no asumir su importancia.

Al parecer, la bioética occidental, mayormente vinculada al desarrollo científico, universalizó tendencias e incluyó a Latinoamérica, donde ha prevalecido hasta el presente sin preocuparse de buscar adecuaciones a las diversas realidades culturales y socioantropológicas. Esta suerte de colonialismo bioético se dejó percibir incluso en las orientaciones de los primeros borradores de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, y en las reuniones que se dieron en París hasta su aprobación, finalmente algo más consensuada con los intereses del tercer mundo.

La bioética se ha reducido más al individuo que a lo social y ambiental y mantiene un carácter académico científico que, si bien agregó mucho análisis doctrinal y filosófico, tuvo muy poco impacto social, salvo por aquellos temas “novedosos” fuertemente publicitados, como son las asombrosas posibilidades de la biología molecular, la clonación u otros.

En lo que se refiere a la aplicación médico sanitaria de la bioética, su orientación resulta individualista y notablemente influida por el paradigma de los cuatro principios establecidos por Beauchamp y Childress que, en parte, pudiesen ser contradictorios o no tener la misma aplicación para el ejercicio de una bioética sanitaria, tan necesaria en muchos de nuestros países con serios problemas de injusticia e inequidad en el acceso a los servicios de salud.

Con esta percepción, se ha llegado a un momento de inflexión de la bioética, al menos en nuestros ámbitos, considerando que la problemática social de los países

latinoamericanos y del Caribe requiere de inicio una **bioética de intervención**<sup>xiv, 56</sup> sobre dicha problemática, con una fuerte participación social organizada. Para ello debemos ejercitar una **bioética comprometida** no aséptica que pase de la teoría a la acción, dejando por momentos los espacios estrictamente académicos o científicos e incursionar allí donde circula la gente, hablar con ella y mancomunar esfuerzos en un afán conjunto de franca solidaridad humana para salvar los problemas que atentan contra la vida y el bienestar individual, social y ambiental. Lo fundamental será entonces crear conciencia social sobre la importancia de la bioética y su ejercicio cotidiano, al desarrollar un concepto de bioética que abarque el conjunto de la sociedad, es decir que genere la misma legitimidad y estima en todos los sectores funcionalmente diferenciados, como bien afirma Morandé Court en su trabajo sobre *Bioética y organización funcional de la sociedad*, lo cual tiene un alcance político como el propio Potter habría sugerido en sus últimos trabajos, asociando su bioética global con una bioética política actitudinal frente a los cambios que necesita este mundo. Al respecto son muy aleccionadoras sus reflexiones, cuando en torno a la publicación *Estado del mundo 1999* del fundador del “Instituto Worldwatch”, Lester Brown nos dice: “Hoy tenemos una clase diferente de urgencia: una urgencia bioética. Necesitamos acción política. Necesitamos exigir que nuestro liderazgo logre una Bioética Global Humanizada orientada hacia la sostenibilidad bioética a largo plazo”. A su vez, en dicha publicación Lester Brown señalaba:

Nuestras circunstancias demandan que nos hagamos políticamente activos, no en términos partidistas: republicanos, demócrata cristianos o comunistas, sino en términos de nuestros propios intereses y aquellos de nuestros hijos. Comenzamos con la formulación de una nueva ética.

Como mínimo, esta ética debe buscar la armonía entre hombre y naturaleza y encerrar una ideología de unificación global. Debe buscar la elevación por encima de la condición de vida subhumana que ahora prevalece, para beneficio de la humanidad.

Usted y yo debemos adoptar y propagar esta nueva ética, traduciéndola en acción política. Nuestro bienestar futuro depende de qué tan rápido la nueva ética, ahora emergiendo, pueda ser traducida en un conjunto más humano de prioridades globales, nuevas instituciones globales y nuevos niveles de cooperación global.<sup>57</sup>

Nuestros países latinoamericanos han sido y siguen siendo débiles y vulnerables al igual que sus gentes, si se comprende cabalmente la problemática que se ha venido señalando con reiteración. Es ante esa vulnerabilidad que surge la **bioética de protección** propuesta por Kottow y Schramm,<sup>58, 59</sup> principalmente focalizada

En el campo de la salud y de la calidad de vida de individuos y poblaciones que, por una razón u otra, no estaban (y no están) “cubiertos” en sus derechos ciudadanos, es decir pensada para proteger aquellos que, por sus condiciones

xiv El término de bioética de intervención ha sido ampliamente difundido por el brasileño Volnei Garrafa después de su asistencia al Primer Congreso Boliviano de Bioética el 2001, oportunidad en la que lo propusimos por primera vez, con las connotaciones que se le da en el presente trabajo.

objetivas de vida y/o salud, son susceptibles o fragilizados al punto de no poder realizar sus potencialidades y proyectos de vida moralmente legítimos, pues las políticas públicas de salud no los garantizan.

Lo dicho deja entender que la bioética de protección es restrictiva a determinados grupos poblacionales “amenazados en su calidad de vida y su salud”, es decir reducidos a su condición de “vida desnuda”; posición que se confirma, además, cuando se dice que “la bioética de protección no puede ser universal” o que “no puede ser un modelo aplicable universalmente”.

Personalmente creo que la bioética de protección es una importante contribución de la bioética latinoamericana al contexto general de la bioética con toda su complejidad, pero no comparto las restricciones que le asignan sus proponentes, porque entran en contradicción con el carácter de universalidad que tiene el mundo y en el que todos los seres humanos nos movemos, tenemos cabida y con los mismos derechos; así nuestras realidades de vida sean diferentes y tales derechos sean atropellados e incumplidos. Por otra parte, la protección al ser humano no solo está relacionada con el acceso que tenga a los servicios de salud, o con las condiciones saludables y de bienestar en las que transcurra su existencia; sino con las innumerables condiciones de riesgo y de fragilidad en las que nos debatimos y vivimos a diario, lo que nos hace potencialmente vulnerables a todos por igual.

Es así que tal protección debe asumirse también como **prevención** activa ante cualquier situación adversa que pueda significar agresión o perjuicio contra los intereses y derechos de las personas, la sociedad y el entorno natural, en el afán por preservar la vida, la salud, el bienestar y la seguridad.

De ahí que los conceptos de protección y prevención estén plenamente consustanciados, y se relacionen además con los conceptos de **seguridad** y **calidad**, por el lado positivo, y con los de **amenaza** y **vulnerabilidad**, por el negativo. Se señala también que la vulnerabilidad ha sido un tema de análisis priorizado por el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO, enriquecido a través de cinco presentaciones en una de las principales sesiones de la décimo sexta reunión de dicho comité, llevada a cabo en la Ciudad de México, en noviembre de 2009.<sup>60</sup>

Tanto la **bioética de intervención participativa** como la de **prevención y protección** son expresiones volitivas, o si se quiere fácticas de la **bioética social**, al menos en lo que a las realidades humanas propiamente dichas respecta. Esto quiere decir que la **bioética social** o **bioética de la solidaridad**, con el amplio marco teórico que tiene, es la fuente principalísima de donde emergen, como formas aplicables del quehacer bioético.

Por otra parte, la bioética social o de la solidaridad es transversal, porque se relaciona con el polifacético acontecer de las colectividades humanas, ya sea en determinados espacios, o mejor: en la trascendencia de estos, si concordamos con las concepciones de la filósofa y bioeticista española Adela Cortina, cuando se refiere a la **bioética**

**cívica transnacional**, tan afín a la *República Universal* que en su momento propuso Fray Francisco de Vitoria. Es decir, una bioética excelsa de franca hermandad entre los ciudadanos del mundo, que trasciende las convencionales y ficticias fronteras inventadas por el hombre, tantas veces impuestas por la brutalidad de la guerra, lacra que la humanidad sigue soportando y que algunos cínicamente han llamado “arte”, cuando es, en todo caso, la más acabada y rotunda antítesis de la bioética.<sup>xv</sup> La otra gran expresión fáctica de la bioética social es la interculturalidad, que no es otra cosa que esforzarse por conocer mejor al otro y considerar sin prejuicios sus formas de interpretar el mundo de manera diferente, y también con diferentes formas de vida de acuerdo con las influencias de su propio hábitat. Si tales formas son asimilables por los demás, dan lugar a procesos de integración transcultural como el que en gran medida se ha gestado en nuestros países a lo largo de los más de quinientos años transcurridos.

¿Cómo negar la interculturalidad si la vivimos a diario? Sin embargo, queda aún mucho por trabajar para que esa interculturalidad se consolide y no se confunda con la adquisición de hábitos de vida cuestionables o malos hábitos, sino, por el contrario, enriquecimiento compartido, entendiendo por cultura el conjunto de costumbres, conocimientos y grados de desarrollo alcanzados por las comunidades humanas. En tal sentido, la riqueza cultural está en todas partes porque es riqueza de vida y por tanto de experiencias, para ser intercambiadas a fin de conocer al ser humano más profundamente. Por otra parte, no debe extrañar que el etnobotánico Mark Plotkin, en su maravilloso libro *Aprendiz de Chamán*,<sup>61</sup> diga con absoluta convicción que cuando un chamán de la Guyana muere, se pierde una biblioteca, refiriéndose en este caso al conocimiento de la herbolaria médica o de otra índole que siempre han tenido los chamanes o los médicos tradicionales de sus respectivas sociedades.

Además, la interculturalidad, para el caso de nuestra América Latina, significa preservación ecológica por todas las argumentaciones que ya fueron presentadas cuando me ocupé de la mística de la tierra, enfatizando tan solo que las etnias originarias que habitan en nuestros territorios son los mejores guardianes de la tierra porque ella habla a través de sus voces, que nos advierten rutas que debemos seguir, si queremos con Potter que la bioética sea una verdadera ciencia de la sobrevivencia. Aquí, cabe asociar la ética de la tierra (*land's ethics*) de Aldo Leopold “y cuyos escritos sirvieron de inspiración para la creación de los parques nacionales o áreas

---

xv En contraposición a la guerra, Juan Carlos Tealdi hace un interesante análisis de los esfuerzos hechos en el ámbito internacional para conseguir la paz, citando en su trabajo las palabras de Juan Bautista Alberdi, cuando en una crítica al denominado “derecho de la guerra” decía: “es el derecho del homicidio, del robo, del incendio, de la devastación en la más grande escala posible; porque esto es la guerra, y si no es esto, la guerra no es la guerra. Estos son crímenes por las leyes de todas las naciones del mundo. La guerra los sanciona y convierte en actos honestos y legítimos, viniendo a ser en realidad la guerra el derecho del crimen, contrasentido espantoso y sacrilego, que es un sarcasmo contra la civilización”.<sup>63</sup>

silvestres protegidas en muchos países americanos”, como nos lo recuerda Hernán Neira de la Universidad Austral de Chile.<sup>62</sup>

Complementariamente con todo lo expresado, corresponde referirse al componente pedagógico de la bioética, que también es una expresión fáctica de la bioética social, cuando con ella se quiere difundir el mensaje de la preservación y defensa de la vida a todos los seres humanos, desde la más tierna infancia, en un lenguaje coloquial de fácil comprensión y acercamiento que va más allá de lo estrictamente académico, científico y especulativo de las universidades o los gabinetes de estudio e investigación, y que, si bien le da un carácter epistemológico formal a la bioética, necesita ser complementado con un mensaje didáctico que llegue a todos por igual. Al respecto, es la oportunidad de decir que en los congresos nacionales e internacionales de bioética, no se puede o no se debería dejar de contar con pedagogos y con representantes sociales según los temas que deban ser tratados.

Para afianzar todo esto, es necesario trabajar más intensamente en procedimientos pedagógicos de aproximación social, que podrían ser muchos de acuerdo con las propias iniciativas que se tengan, hasta lograr que los gobiernos se involucren verdaderamente, en una suerte de cruzada internacional, **la cual haga de la bioética una razón de Estado**. Esta no es una propuesta ingenua o descabellada cuando se trata de aplicar masivamente una ética en favor de la vida, con sus factores contribuyentes de justicia, paz, libertad, igualdad y solidaridad.

Finalmente, el trabajo futuro de la bioética en Latinoamérica tiene muchos desafíos derivados de lo que se ha tratado de transmitir en estos escritos, y que tal vez abrigan el deseo de lograr que cada individuo genere en sí mismo una **bioética de reflexión autónoma**, como en su momento ha propuesto acertadamente y en primera instancia, la Sociedad Brasileira de Bioética.<sup>64</sup>

## 1.9 Bibliografía

1. Saada, A. Diccionario Latinoamericano de Bioética. UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia, 2008: 20, 21.
2. Garrafa, V. Kottow, M. Saada, A. (Coordinadores). Estatuto Epistemológico de la Bioética. Redbioética UNESCO, Universidad Autónoma de México. Edición: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM. México, 2005.
3. Pessini, L. de Barchifontaine, C. P. (Organizadores). *Bioética na Iberoamérica: História e Perspectivas*. Centro Universitário São Camilo, Ediciones Loyola. São Paulo-Brasil, 2007.
4. Pessini, L., Barchifontaine, C. P., Lolas, F. (Coordinadores). *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Centro Universitário Sao Camilo, Organización Panamericana de la Salud. Edición en español: Quezada, A. Programa de Bioética OPS/OMS, 2007.

5. Pessini, L., Barchifontaine, C. P. (Editors). *Ibero-American Bioethics, History and Perspectives*. Springer. Edición en inglés, 2010.
6. Lolas, F. Martín, D. Quezada, A. (Editores). *Prioridades en Salud y Salud Intercultural*. Estudios de Bioética Social. Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo, Universidad de Chile, 2007: 1.
7. Tealdi, J.C. (Director). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. UNESCO-Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia, 2008: 540-542.
8. *Almanaque Mundial 2010*. Edición 56. Editorial Televisa. Chile, 2009.
9. *Gran Atlas del Mundo*. Editorial Santiago, Chile. Editorial Canelas S. A., Cochabamba, Comunicaciones El País S. A., La Paz. Editorial El Amanecer S. A., Santa Cruz-Bolivia, 1997.
10. Lertora, C. *Filosofía Latinoamericana* Diccionario Latinoamericano de Bioética. 2008; 5 (Obra citada).
11. Keyserling. Citado por Sánchez, L. A. en *Antología del Ensayo Latinoamericano*. Editorial Sánchez Ternelo. Buenos Aires-Argentina, 1994:2;178.
12. Siegfried, A. Citado por Sánchez, L. A. en *Antología del Ensayo Latinoamericano* 1994; 2: 178 (Obra citada).
13. Sánchez, L.A. *El Problema de la Fisonomía* en *Antología del Ensayo Latinoamericano*. 2007; 2: 178- 180.
14. Bethell, *Historia de América Latina. América Latina Colonial* Vol. 1. Editora da Universidade de Saõ Paulo, 1997:I:19-21.
15. Otero, G. A. Notas sobre Emeterio Villamil de Rada, en *La lengua de Adán*. Ediciones Camarlinghi. La Paz-Bolivia, 1972:44.
16. Villamil de Rada, E. Citado por Sekelj, T. *Viaje fuera del Tiempo* Librería “La Universitaria”, Gisbert y Cia. La Paz-Bolivia, 1949:19.
17. Luna Orosco E., J. *Tamayo, Significación y Trascendencia*. La Paz, 1996: 31,35.
18. Barnadas, J. A. *Igreja Católica da América Espanhola Colonial* .Historia de América Latina Colonial. Editora da Universidade de São Paulo, 1997: 523-237.
19. Barnadas, J. A. *Diccionario Histórico de Bolivia*. Grupo de Estudios Histórico. Sucre-Bolivia, 2002; 305-306.
20. Tamayo, F. Creación de la Pedagogía Nacional, Biblioteca Boliviana. Buenos Aires, 1944:(2)5:185.
21. Gracia Guillén, D. El contexto histórico de la bioética hispanoamericana. En *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica* 2007; 26-31.
22. Francovich, G. La Filosofía en Bolivia. Editorial Losada S. A. Buenos Aires, 1954: 46 (Obra citada).
23. Lértora, C. *Filosofía Latinoamericana* Diccionario Latinoamericano de Bioética.
24. O’Connor D’Arlach, T. Dichos y Hechos del Gral. Melgarejo (p. 193) Editorial Gisbert y Cia S. A. La Paz Bolivia, 1981:193.



25. Bolívar, S. Citado por Gonzáles Prada M. en Páginas Libres. Fondo de Cultura Popular. Lima, 1966:11,157.
26. Arciniegas, G. Biografía del Caribe. Editorial Sudamericana, octava edición. Buenos Aires-Argentina, 1964.
27. Ludwig, E. El Mediterráneo, la leyenda de un mar. Editora Inter-Americana, segunda edición en castellano. Buenos Aires-Argentina, 1944.
28. Historia Universal Ilustrada, tomo IV. Vergara Editorial, octava edición. Barcelona-España, 1977.
29. Diccionario Enciclopédico Ilustrado Tres Columnas, Editorial Oriente S. A. Santa Cruz-Bolivia, 1980.
30. Gonzáles Prada, M. Horas de lucha (p. 309). Librería LIMA S. A.
31. Reinaga, F. El indio y los escritores de América. Ediciones Partido Indio Boliviano. La Paz, Bolivia, 1968:11-12.
32. Ortega y Gasset, J. Citado por Sandi, M. en La Primera piedra. Editorial Gratec. Potosí, Bolivia, 1981: 115.
33. Sandi, M. La Primera Piedra (p. 109, Obra citada).
34. Vasconcelos, J. Citado por Sandi, M. en La Primera Piedra (pp. 107-108) (Obra citada).
35. Fuentes, C. citado por Luna Orosco E., J. en Tamayo: Significación y trascendencia (p. 52, Obra citada).
36. Luna Orosco, E. J. Comunidades Campesinas (pp. 27-30) en Diccionario Latinoamericano de Bioética.
37. Luna Orosco, E. J. Comentarios a la ponencia de Julio Cabrera (p. 264) en Estatuto Epistemológico de la Bioética. (Obra citada).
38. Rojas, R. citado por Sánchez L. A. en Antología del ensayo Latinoamericano (vol. 2, p. 21). (Obra citada).
39. Luna Orosco, E. J. La Bioética en Bolivia: antecedentes y proyecciones, en Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica (p. 84).
40. La Wikipedia, <http://es.wikipedia.org/wiki/Transhumanismo>.
41. Lolas, F. Prioridades en Salud y Salud Intercultural. Estudios de Bioética Social N.º 1, Centro interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) Universidad de Chile. 2007: 15-27.
42. Manzanera, M. Fundamentación de la Bioética en la Nostridad. BIOS 2. Instituto de Bioética, Universidad Católica Boliviana. Cochabamba-Bolivia, 1997:34 y contratapa.
43. Saada, A. Diccionario Latinoamericano de Bioética (Prólogo, p. XXI, Obra citada).
44. Taboada, G. C. Antología del Ensayo Americano. Editorial Sánchez Ternelo. Buenos Aires-Argentina, 1994 (Obra citada).
45. Arguedas, A. Pueblo Enfermo. Casa Editorial de vda.de Luis Tasso. Barcelona-España, 1910: 8.
46. Fernández, G. (Compiladora). El giro aplicado. Ediciones Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires-Argentina, 2003.

47. Casali, C. A. La filosofía aplicada en El giro aplicado. (pp. 20-22, Obra citada).
48. Rawls, J. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. Sexta reimpresión, México, 2006:36.
49. Pessini, L. Barchifontaine, C. P. Lolas, F. (Editors). Ibero-American Bioethics, History and Perspectives. Springer, 2010.
50. León Cecchini, A. Latin America in the Twentieth Century. In: Warren T.R. org., Encyclopedia of Bioethics. New York: MacMillan.
51. Citado por Coordinadores. Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica, Introducción (p. 17, Obra citada).
52. Citado por Coordinadores. Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica, Introducción (p. 17, Obra citada).
53. Drane, J.F. Bioethical Perspectives from Ibero-America. The Journal of Medicine e Philosophy, 21(6): 557-569. 1996.
54. Garrafa, V.; Kottow, M. y Saada, A. (Organizadores). Bases Conceituais da Bioética, enfoque latino-americano Editora Gaia Ltda, São Paulo-Brasil, 2006.
55. Revista Boliviana de Bioética. Vol.1 N.º 1, Anexo 2.
56. Luna Orosco, E. J. Bioética de Intervención: del discurso a la praxis. Revista Jurisprudencia Argentina 2010-IV.
57. Potter, Van Rensselaer. Temas bioéticos para el siglo XXI. Revista Latinoamericana de Bioética. Publicación de la Universidad Militar “Nueva Granada”. Colombia, enero 2002.
58. Kottow, M. Bioética de protección (pp. 165-167) en Diccionario Latinoamericano de Bioética (Obra citada).
59. Schramm, F. R. ¿Bioética sin universalidad? Justificación de una Bioética latinoamericana y Caribeña de Protección (pp. 165-185) en Estatuto Epistemológico de la Bioética (Obra citada).
60. Programa de la 16ª sesión del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO. México, noviembre de 2009.
61. Plotkin, M. Aprendiz de chamán. Emecé Editoras, S. A. Buenos Aires-Argentina, 1997: 307.
62. Neira, H. América Latina y bioética (pp. 156-158) Diccionario Latinoamericano de Bioética (obra citada).
63. Tealdi, J.C. Paz (pp. 540-542) en Diccionario Latinoamericano de Bioética (Obra citada).
64. De Siqueira, J. E. Porto D. de Carvalho Fortes, P.A. Linhas Temáticas da bioética no Brasil, en Bioética no Brasil, Tendencias y perspectivas, Sociedad Brasileira de Bioética. Editora Idéias & Letras, Aparecida-Brasil, 2007: 163-165.
65. Querejazu Calvo, R. Bolivia y los Ingleses (1825-1948), Enciclopedia Boliviana. Editorial “Los amigos del libro”, La Paz, Cochabamba-Bolivia, 1973: 189-225.
66. Luna Orosco, E. J. Consentimiento comunitario (pp. 224-225), en Diccionario Latinoamericano de Bioética.





Guerrero Ureña, Ricardo Arturo<sup>i</sup>  
Esquivel Aguilar, Susana<sup>ii</sup>  
Yamaguchi Díaz, Lady Patricia<sup>iii</sup>

## 2.1 Antecedentes

A través de la historia se ha relacionado a los griegos con la creación de la filosofía, como término y como práctica, igual que la medicina con la ciencia. Respecto a la filosofía, su carácter racional dio lugar al nacimiento de la medicina y a otras ciencias, lo cual ha significado una contribución importante al desarrollo de la civilización moderna.<sup>1</sup> Grecia no fue una nación, sino un conjunto de ciudades Estado relacionados por su lengua, sus creencias, su arte, su comercio, su filosofía y su política; lo mismo que Persia, otro poder dominante de la época, configurada por una serie de pueblos distintos unidos por un mismo soberano. En Babilonia ya existían leyes, sin embargo, las leyes griegas no pretendían portar la voluntad de un dios, sino que se crearon para corregir las fallas de los ciudadanos.

En una serie de islas y ciudades comarcales situadas entre Grecia y Asia menor (hoy Turquía) se inició la filosofía como ciencia y medicina. Jonia, Abdera, Pérgamo, Éfeso, Mileto, Cos, Samos, Estagira y Atenas se constituyeron como cuna de grandes filósofos. Fueron los jonios los primeros en decir que el universo se puede conocer sin tener un dios por delante, pues habían principios y leyes de la naturaleza que explicaban los fenómenos ocurridos en ella. Tales de Mileto fue el primer filósofo y científico jonio que intentó comprender el mundo mediante la observación, sin anteponer una regla divina a sus observaciones. Demócrito, filósofo y científico teórico, de la ciudad de Abdera, inventó la palabra átomo (que no puede cortarse)

i Médico general. Magíster en Bioética. Universidad Nacional, Universidad de Costa Rica.

ii Microbióloga especialista en Banco de Sangre. Magíster en Bioética. Universidad Nacional, Universidad de Costa Rica.

iii Enfermera salubrista. Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología. Ph. D. en Salud Pública Especialista en Gerencia de Servicios de Salud. Instituto Nacional de Salud (INS), Lima, Perú.

y señalaría que todas las cosas, incluso las personas, estaban hechas de átomos juntados intrincadamente.

El carácter mítico-religioso que existía desde los comienzos de la civilización, alrededor de los enfermos y la enfermedad, se va dejando de lado, se hacen observaciones comunes no solo del cuerpo humano y las fallas que podía tener, sino también los problemas que ocasionaría en él, el ambiente y las condiciones climáticas, lo que marca el inicio de la era de la investigación científica.

Aristóteles planteó que el saber científico exigía el cómo y el porqué de las cosas. Tener ciencia es saber por demostración y que proceda de premisas verdaderas. La ciencia es un conocimiento consistente en un conjunto de conclusiones demostradas, a partir de principios. El filósofo dividía las ciencias en tres grandes grupos:

- Ciencias especulativas, que buscan el saber por sí mismo, como las ciencias éticas. Es el conocimiento con base en el perfeccionamiento moral de las personas.
- Ciencias productivas, que se dedican a la búsqueda del conocimiento para producir nuevas cosas o determinados objetos. En esta ciencia se encuentra la arquitectura, la medicina, la economía.
- Ciencias no especulativas, como la física, que estudia las sustancias sometidas al movimiento de los seres sensibles y su naturaleza sin separarlas de la materia. También incluía la metafísica, la cual era una ciencia universal que estudiaba las realidades inmateriales, las sustancias suprasensibles, inmortales y divinas, como es el caso de Dios.<sup>1</sup>

Como parte de la naturaleza racional del ser humano, vemos que a lo largo de su historia y su relación con la medicina, el médico nunca se conformó solo con aliviar o curar a sus pacientes, sino además aprender de ellos y sus problemas, para lograr mayor conocimiento sobre las enfermedades. Hipócrates plantea algunas premisas básicas relacionadas con la intervención del hombre para el diagnóstico y alivio de las dolencias; buscaba la cura en la ciencia y no en lo divino. Se le atribuye el Juramento Hipocrático, que le permite esbozar algunos ideales de la práctica clínica del médico, en una época de intentos por establecer un servicio en función de la dignidad humana, como se puede rescatar en la frase del juramento: “Fijaré el régimen de los enfermos del modo que les sea más conveniente, según mis facultades y mi conocimiento, evitando todo mal e injusticia”.<sup>2</sup>

La investigación en seres humanos siempre estuvo representada e incentivada por el logro de alcanzar un remedio para cada mal que aquejaba al hombre, por lo que el descubrimiento de la penicilina fue un hito en el incremento del arsenal terapéutico. Así, su trayectoria está dividida por algunos autores en grandes periodos de la historia,<sup>3,4</sup> lo cual permite distinguir, al menos, cuatro fases o periodos de la investigación en seres humanos.

- Primer periodo: se extiende desde la antigüedad hasta 1900. En este periodo la investigación podía hacerse en animales, cadáveres y condenados a muerte, y era moralmente aceptable en pacientes solo por “accidente”, es decir, si mientras se buscaba un diagnóstico y una cura a un paciente el médico aumentaba su conocimiento.<sup>5</sup>
- Segundo periodo: se inicia más o menos en 1900 hasta 1945. En esta fase los límites que se fijaban a la investigación clínica se van diluyendo y la experimentación en seres humanos tiene que ser “*per se*” y no solo “*per accidens*”, lo cual culmina con el horror de las investigaciones realizadas durante la Segunda guerra Mundial. El 14 de julio de 1933 se aprobó en la Alemania nazi la ley de esterilización obligatoria en personas que sufrían defectos mentales congénitos, esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva, epilepsia hereditaria, alcoholismo severo, ceguera hereditaria y corea de Huntington. En 1937 esta ley se amplía a todos los niños de color y en 1939 se inició el programa Aktion T.4 de eutanasia de niños menores de tres años con defectos congénitos, se extendió en 1941 a los menores de 17 años y en 1943 a niños sanos que fuesen judíos o de otras razas no arias. En este programa se investigó la manera más rápida y efectiva para ocasionar la muerte, se aplicaron los resultados en campos de concentración en los sistemas de exterminio masivos. En 1941 se autorizó el programa 14 f13, en el cual se practicaba la eutanasia para todos los enfermos incurables y psicópatas que se encontrasen en campos de concentración.<sup>5,6</sup>

A más de las experimentaciones atroces de la Alemania nazi, también los Estados Unidos de América han desarrollado experimentos crueles que violan y atentan la dignidad de los seres humanos, con ejemplos patéticos como la inyección de células cancerosas en pacientes ancianos (1962) y la experimentación en pacientes con sífilis, unos con tratamiento adecuado y otros sin recibir tratamiento para ver el curso natural de la enfermedad (1972-1973).<sup>7</sup>

- Tercer periodo: va desde 1945 hasta finales del siglo XX, cuando la investigación con seres humanos se regulaba con la finalidad de contribuir a resguardar los derechos y la seguridad de los pacientes incluidos en las investigaciones. El modelo de ética de la responsabilidad prima, pues no basta la intención, sino las acciones y sus consecuencias. Aparecen muchos códigos y el marco regulatorio se incrementa notablemente con documentos normativos para una gran variedad de situaciones.<sup>6</sup> Surge la evaluación de la eficacia en la metodología de investigación, aparecen las diferencias entre investigaciones observacionales y experimentales, entre los diseños retrospectivos y prospectivos y el cambio de paradigma introduce herramientas que fortalecen el diseño de estas investigaciones. También aparecieron la comparación con grupo control, el uso de placebo, la aleatorización, el enmascaramiento, la estimación del tamaño de muestra, el consentimiento informado, y prima la autonomía sobre la beneficencia, al tomar en cuenta el principio de voluntariedad. Esta época tiene

a su haber grandes ejemplos de investigaciones que ponen en tela de juicio la vulnerabilidad de las personas incluidas en muchos estudios (Willowbrook).<sup>8,9</sup>

- Cuarto periodo: Se inicia con la llegada del tercer milenio.<sup>6</sup> Aumenta la tensión entre el respeto a los derechos humanos y la industria farmacéutica, la práctica médica se diferencia de la investigación en la validación. Se confirma la relación profunda entre ciencia, tecnología, ética y mercado. La investigación en seres humanos se convierte en una actividad lucrativa para la industria farmacéutica, y es la producción de medicamentos, dispositivos médicos y la producción de conocimiento en general, una fuente multimillonaria de ingresos para las empresas que patrocinan tales investigaciones, con lo cual se hace cada vez más evidente la necesidad de respetar y perfeccionar las regulaciones de la investigación que involucra a seres humanos. La autorización a la comercialización exige demostrar eficacia, seguridad, calidad y análisis de los beneficios. Es un momento de revisión al sistema moral: validez del respeto por la dignidad personal, necesidad de un único estándar ético, evaluación del riesgo-beneficio y justicia, todo aunado al hecho de aportar una mayor y adecuada información a los participantes en las investigaciones.

El Código de Nüremberg (1947) es uno de los primeros documentos normativos para la protección de los participantes de investigación, y plantea el derecho de la persona a dar su consentimiento voluntario e informado antes de involucrarse en una investigación biomédica. En 1964 se pretende regular la investigación clínica con la Declaración de Helsinki, la cual establece que en toda investigación con seres humanos debe prevalecer el bienestar del sujeto sobre los intereses de la ciencia. El Informe Belmont (1978) plantea principios bioéticos de autonomía, beneficencia y justicia, y el año 1982 el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboran las “Pautas Internacionales Propuestas para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”, en procura de adecuar los principios éticos contenidos en Nüremberg y Helsinki a las realidades regionales particulares. Se propuso la necesidad de que los protocolos internacionales de investigación fueran aprobados no solo por un comité de ética de investigación en el país huésped, sino también por un comité en el país patrocinador. El Consejo de Europa estableció normas para la investigación en seres humanos bajo el nombre de “Normas de la Buena Práctica Clínica” (BPC), que se pusieron en práctica en 1991 como “Normas de BPC para ensayos clínicos con medicamentos de la Comunidad Económica Europea”. Las normas CIOMS/OMS fueron revisadas en 1993 y dieron lugar a las “Pautas éticas internacionales para la investigación y experimentación biomédica en seres Humanos”.<sup>10</sup>

En 1996 se aprobaron las normas de la Conferencia Internacional sobre Armonización (International Conference on Harmonization, ICH-GCP), que son guías para la industria, redactadas en acuerdo con la propia industria farmacéutica de países industrializados. Actualmente se está intentando usar las mismas como marco

ético normativo para las investigaciones en los países periféricos, en reemplazo de la Declaración de Helsinki.<sup>10</sup>

En el 2000, la OMS aprobó las “Guías Operacionales para Comités de Ética que evalúan protocolos” en las que se establecen lineamientos comunes para su constitución y su funcionamiento, y en el 2002 se aprobaron unas nuevas normativas que recomendaban a los organismos del Estado procedimientos para el control y seguimiento de estos grupos.<sup>10</sup>

Sabiamente, afirma Potter en 1970:

La humanidad tiene la necesidad urgente de una nueva sabiduría para la supervivencia del hombre y para el mejoramiento de la calidad de vida. Debe ser más que una ciencia sola. Se propone el término bioética para enfatizar los componentes más importantes de la nueva sabiduría: conocimiento biológico y valores humanos.<sup>11</sup>

Para otros autores como E. O. Wilson, el inspirador de la sociobiología, la ética ya viene inscrita en los genes. Como este autor propone, hay que convertir a los biólogos en los nuevos maestros de la educación ética: “Científicos humanistas deberían considerar conjuntamente la posibilidad de que ha llegado el momento de retirar temporalmente la ética de manos de filósofos y biologizarla”.

## 2.2 Definiciones de bioética

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud. Este tipo de estudio no se puede reducir ni a la deontología médica, ni a la medicina legal, ni a la simple consideración filosófica.

“La bioética es la ciencia normativa del comportamiento humano aceptable en el dominio de la vida y de la muerte” (P. Deschamps).

“La bioética es el estudio interdisciplinario de la mezcla de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos progresos y complejidad del saber y de las tecnologías biomédicas” (D. Roy).

“La bioética designa la investigación del conjunto de exigencias del respeto y de la promoción de la vida y de la persona en el campo biomédico” (Guy Durand).

“Es la disciplina que estudia y analiza los problemas éticos de la vida que surgen diariamente en esta época de predominio de la ciencia y la tecnología e intenta dar respuesta a ellos” (Yolanda Sarmiento de Escobar).

La bioética tiene por finalidad el análisis racional de los problemas morales ligados a la biomedicina y de su vinculación con el ámbito de derecho y de las ciencias humanas.

## 2.3 Antecedentes históricos

En 1970, el oncólogo Van Rensselaer Potter, en el artículo *The Science of Survival* acuñó el término bioética. A partir de esa fecha se han ampliado los horizontes de reflexión y el número de autores, centros de estudio y libros publicados contemplan creciente diferenciación de propuestas y de enfoques filosóficos, a veces contrapuestos.

La bioética, en el sentido propio del término, surgió en Estados Unidos. Potter detectó en sus escritos el peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre los dos ámbitos del saber: el científico y el humanístico. El único camino de solución posible ante la catástrofe inminente fue establecer un puente entre las dos culturas: la científica y la humanística-moral. La bioética se debe ocupar de unir la ética y la biología y su tarea debe ser enseñar cómo utilizar el conocimiento, es una ciencia de la supervivencia.

En el paso de la ética médica a la bioética existen cuatro etapas: la ética médica hipocrática, la moral médica de inspiración teológica, la aportación de la filosofía moderna y la reflexión sobre los derechos humanos.

El juramento hipocrático comprende una invocación a la divinidad, el respeto al profesor, las prohibiciones de administrar veneno, el aborto provocado y el abuso sexual, e invoca sanciones por parte de la divinidad. Es una moralidad fundamentada en el principio sagrado del bien del paciente, en la verdad objetiva, la conciencia del bien en sí y del respeto a la persona.

El valor de la persona humana en el cristianismo surge de la superación del dualismo clásico. Con el misterio de la encarnación-redención, el hombre, sobre todo el más necesitado, es considerado imagen visible de Cristo. La misión del médico en sentido cristiano es que está llamado a ser servidor de quienes sufren. Se ha desarrollado una moral teológica que proclama la sacralidad e inviolabilidad de la vida de toda criatura humana. Hay una constante enseñanza magisterial de la Iglesia católica.

Después de los campos de concentración nazi, se formulan los derechos humanos y los códigos de deontología médica: el Código de Núremberg y la Declaración de Helsinki.

## 2.4 Características de la bioética

- Conduce a una aproximación interdisciplinaria prospectiva, global y sistemática a los nuevos paradigmas.
- Es interdisciplinaria por su profundo interés en la vida humana y las repercusiones sociales de los avances y resultados de las investigaciones biotecnológicas que involucran abiertamente a médicos y biólogos.

- Es de obligatoria incumbencia a los abogados, psicólogos, arquitectos, trabajadores sociales y en general a todos los profesionales involucrados en el estudio de la vida. Es también prospectiva porque su campo de acción está dirigido hacia el futuro de la humanidad y el mundo que han de heredar las generaciones que aún están por nacer.
- Es global porque las actuales circunstancias de desarrollo en cuanto a comunicaciones y relaciones entre los diferentes países y culturas hacen que su aplicación e implicaciones tengan un efecto final dirigido a todo tipo de población.
- Es sistemática porque pretende organizarse como una reflexión coherente y estructurada con principios propios y no como una simple casuística.

La bioética ofrece una acción más amplia sobre los valores y su reflexión en un mundo cambiante y globalizado. La presión sobre el medio natural y la biósfera es de tal categoría que, según la Comisión Mundial del Medio Ambiente, la supervivencia y el bienestar humanos pueden depender del éxito en el empeño por hacer que el desarrollo sostenible pase a ser una ética mundial. Esta nueva ética mundial es la bioética, que como se ha considerado antes no debe contemplarse como la ética de las profesiones biológicas y médicas, sino como la ética fundamental y civil de nuestras sociedades.

## 2.5 Principios de la bioética

Se postulan cuatro principios que funcionan como normas básicas para el enfoque de todo problema que genere conflicto de valores y por ende discusión bioética.

Estos principios son los siguientes

- **Principio de autonomía:** El enfermo no es un objeto sino una persona dotada de razón para entender y voluntad para decidir; puede aceptar o rechazar un tratamiento o intervención investigativa. Hace referencia a que se debe respetar la autodeterminación del paciente, y su expresión manifiesta es el consentimiento informado.
- **Principio de beneficencia:** Relacionado con el principio de autonomía, que permite a la persona saber qué es lo bueno para ella y para los demás.
- **Principio de “no-maleficencia”:** Responde al deber de todo ser humano a no hacer daño. Este principio es obligatorio y exigible. Bajo este se respalda la finalidad primaria de la medicina de lograr el bien terapéutico del paciente y evitar el mal, como lo dicta la ética hipocrática *“Primum non nocere”* (ante todo no dañar).
- **Principio de justicia:** Involucra al médico, al paciente y sobre todo a la sociedad o al Estado cuya obligación es procurar los recursos suficientes para que todos



tengan acceso fácil a la salud. Reclama una distribución equitativa de los recursos y de las cargas entre los ciudadanos para evitar discriminaciones en políticas de salud públicas.

Los principios antes mencionados son universales, es decir, toda persona debe regir sus acciones a estos aspectos básicos de la bioética.

## 2.6 Buenas prácticas clínicas (BPC)

Se trata de normas internacionales de calidad científica y éticas establecidas para investigaciones en las cuales participen sujetos humanos. Su cumplimiento asegura la protección de los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes en el ensayo clínico, de acuerdo con la Declaración de Helsinki, además de la credibilidad de los resultados obtenidos.

Constituyen un conjunto de normas para el diseño, cumplimiento, dirección, monitorización, registro, análisis de la información y auditoría, que aseguran resultados correctos y creíbles. Sus elementos fundamentales son el consentimiento informado (CI) y la existencia de los comités de ética de la investigación (CEI):<sup>12</sup>

- **Consentimiento informado (CI).** Proceso por el cual un sujeto confirma voluntariamente su disposición de participar en un ensayo clínico, después de haber sido informado adecuadamente. Es un documento impreso firmado y fechado por el sujeto y el médico.
- **Comités de ética de la investigación (CEI).** Pueden considerarse los garantes ante la sociedad, de la protección de la vida, la salud, la intimidad, la dignidad y el bienestar de los sujetos de investigación. Para el desempeño adecuado de su función, resulta indispensable su independencia y el cumplimiento de las normas de buenas prácticas clínicas (BPC) en su proceder. La función esencial de un comité de ética es salvaguardar los derechos, seguridad y bienestar de los sujetos en estudio y debe prestar especial atención a los ensayos que incluyen sujetos vulnerables. Basados en esto se establecieron dos comités: el de Ética y Revisión (CER) y el de Ética de la Investigación Científica (CEIC) que es el que nos ocupa.<sup>13, 14</sup>

Las buenas prácticas médicas (BPM) son guías internacionales, nacionales o de la especialidad, que orientan al *trabajador de la salud* en la labor asistencial. Por su parte, las buenas prácticas clínicas (BPC) son estándares nacionales e internacionales con que se realizan los ensayos clínicos, dan *credibilidad y confiabilidad* a los *datos* de la etapa de desarrollo clínico de un producto en investigación y *protección a los derechos, integridad y confidencialidad* de los sujetos del ensayo.<sup>15, 16</sup> En el cuadro N.º 1 se presenta un resumen de las principales diferencias entre las BPM y las BPC.

**CUADRO N.º 1. DIFERENCIAS ENTRE BPM Y BPC**

BUENAS PRÁCTICAS MÉDICAS	BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS
<p><b>Se aplica en la</b> asistencia</p> <p><b>Los objetivos:</b> proteger a los pacientes y guiar a los médicos en el trabajo profesional</p> <p><b>Se rige por</b> directivas y guías gubernamentales de salud o sociedades científicas</p> <p><b>Comisiones de Ética que analizan los</b> reclamos o conflictos de la asistencia médico-pacientes</p> <p><b>Documento rector:</b> las guías de cada especialidad</p> <p><b>El cliente final:</b> el paciente que necesita atención médica</p> <p><b>Pacientes beneficiados:</b> todos los tratados</p> <p><b>Responsable de los procedimientos con el paciente:</b> el médico o el profesional en salud</p>	<p><b>Se aplica en la</b> investigación</p> <p><b>Los objetivos:</b> demostrar credibilidad y confiabilidad de los datos obtenidos en la etapa de desarrollo clínico de un nuevo producto, equipo</p> <p><b>Se rige por</b> guías internacionales y nacionales de las Agencias Reguladoras y de la industria</p> <p><b>Comités de Revisión y Ética o CEIC</b> que aprueban los protocolos de investigación y les dan seguimiento</p> <p><b>Documento rector:</b> el protocolo de cada ensayo clínico</p> <p><b>El cliente final:</b> el paciente</p> <p><b>Pacientes beneficiados:</b> los incluidos en el ensayo clínico</p> <p><b>Responsable de los procedimientos con el paciente:</b> el médico o especialista seleccionado como investigador principal</p>

Fuente: Elaboración propia.

## 2.7 Generalidades de la investigación en salud

Como se dijo, la investigación en salud humana cuenta con una larga historia en la necesidad de conocer al ser humano y curar sus males; fue y sigue siendo el elemento básico de las profesiones médico sanitarias. Por tanto las investigaciones siempre van ligadas a la asistencia médica, a la atención de personas enfermas y se desarrollan en tres áreas fundamentales del accionar médico: el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de las enfermedades. En la terapéutica se desarrollan y organizan búsquedas de nuevas modalidades que incidan positivamente en el pronóstico, razón por la cual, siempre se mide eficacia, teniendo en cuenta en el experimento, el curso natural de la enfermedad, las variaciones individuales y los aspectos subjetivos.<sup>17, 18</sup>

Estas y otras razones justifican que se hable de un tipo de investigación que debe ser abordada como un complejo social, con métodos apropiados, buena en sus intenciones y justa en las consecuencias, ya que al involucrar seres humanos adquiere un carácter especial por los aspectos éticos que engloba, siendo lo vital de este tipo de investigación el obtener nuevos conocimientos para el propio hombre.<sup>19</sup>

Las discusiones en torno a la experimentación en seres humanos como reflejo de la voz y la conciencia de los médicos siempre existieron y en el siglo XX pasaron a formar parte del debate público, pero lejos de ser un listado de anécdotas y de hechos, constituyen la evolución crítica del compromiso hacia la justicia y el respeto a la dignidad de las personas.

En esa larga travesía de la humanidad y su avalancha desenfrenada en la búsqueda e introducción de nuevos fármacos, aportes sin los cuales hoy no se mostrarían

los cuadros de morbilidad y mortalidad existentes, muchos progresos actualmente identificados en la ciencia no han resultado del todo buenos y han aparecido los riesgos.<sup>11, 15</sup>

Los diseños de investigación se han hecho cada vez más complejos, sofisticados y costosos, lo que ha determinado perfeccionar leyes, códigos, disposiciones legales y guías metodológicas, sin descuidar los aspectos lógicos en la construcción del conocimiento, así como los aspectos éticos, sus procedimientos e ideología, si se tiene en cuenta los aspectos sociales, políticos y económicos, al momento de ejecutarlas y el lugar donde se desarrollen.<sup>16</sup>

## 2.8 Clasificación de las investigaciones en salud

Los tipos de estudios o investigaciones en salud descritos, dependen del tipo de problema planteado que se decida investigar, del nivel de conocimiento acerca de este y de los recursos disponibles; de ahí se originan combinaciones estratégicas de investigaciones que permitan agruparlas según tendencias, diseños, etc. Así pues, definir el tipo de estudio por realizar, dependerá del estado o nivel de los conocimientos del problema de salud escogido, y siguiendo el razonamiento lógico epidemiológico, se podrá caracterizar el estudio, conocer los factores que contribuyen al problema y cual o cuales serían causas para actuar y luego lograr su modificación.<sup>18</sup>

El propio desarrollo de la ciencia, la tecnología y la aparición de la bioética, permiten considerar una amplia variedad de investigaciones, como son las biomédicas, en las cuales participa el ser humano, se experimente o no, pero es seguro que en todas habrá que tomar en cuenta las consideraciones éticas necesarias para su ejecución. Por tanto, la gama de investigación biomédica incluye estudios farmacológicos, de laboratorio, epidemiológicos, clínicos y aplicativos de procedimientos quirúrgicos o medios de diagnóstico, a más de aquellos relacionados con la conducta humana y las determinantes de la salud. De manera general los estudios de investigación se clasifican según tendencias, diseños investigativos y de seguimiento.<sup>17</sup>

### 2.8.1 Según tendencias

- **Estudios sin intervención** que incluyen las investigaciones **exploratorias, descriptivas y analíticas**. Entre estas últimas se encuentran como representación las de caso control y cohorte.
- **Estudios con intervención**, que incluyen a los experimentales, de manipulación, grupo control y aleatorización; y las investigaciones cuasi experimentales que cuentan con la manipulación pero carecen de aleatorización.

Es importante hacer notar que todo estudio de investigación debe ser sometido a la intervención y revisión de un comité de ética de la investigación, mucho más si la propuesta realiza algún tipo de intervención sobre algún ser vivo. Si bien, en algún momento se ha tratado de eludir la revisión de los CEI, al argumentar poca o ninguna intervención en el estudio, es innegable que todo trabajo investigativo generará algún tipo de cambio en el entorno.

## 2.8.2 Según diseños

De forma general, los estudios **observacionales**, conocidos también como experimentos naturales, incluyen a las investigaciones descriptivas y las analíticas tipo caso control y cohorte. Por su parte, los **no observacionales** o experimentales contienen a los ensayos clínicos y comunitarios y a los estudios de campo.

La importancia de la revisión de este tipo de diseños radica en la validez científica, social, en la pertinencia y atingencia del estudio, la selección equitativa de la muestra y el uso del consentimiento informado, si se interviene en seres humanos.

## 2.8.3 Según su seguimiento

Estos pueden ser longitudinales, prospectivos o retrospectivos:

- **Descriptivos:** Estos estudios no buscan relación de causalidad, las variables de análisis son el tiempo, personas, lugar, edad, sexo, estado civil, grupos étnicos, color de la piel, ocupación, etc. Tienen una población o una muestra en la que se define el caso a estudiar, se seleccionan las medidas de frecuencia y por lo general sus resultados generan nuevas hipótesis.

A su vez, los de tipo transversal puro permiten el reporte de la prevalencia de una enfermedad, de determinada situación o exposición, frecuentemente utiliza muestra poblacional, de ahí que se establezcan límites de confianza y margen de error.

- **Los estudios caso control (efecto-causa):** Son de carácter comparativo relativamente económicos y adecuados para analizar enfermedades raras. A partir de la población base, deben definirse primero, los casos que corresponden a los pacientes o personas incidentes en la población y los controles, que son los que sin tener la enfermedad reúnen similares características, además de ser seleccionados de manera concurrente. Aquí se estudian los casos expuestos y no expuestos y los controles expuestos y no expuestos. Son investigaciones con muchos sesgos que deben contar con el cálculo de la razón de productos cruzados Odds ratio (OR).

- **Los estudios de cohorte** (causa-efecto): Tienen una población base y hay que seleccionar individuos sanos, los expuestos y no expuestos, para plantear el seguimiento y observar la aparición del efecto o enfermedad en cada grupo. Debe haber representatividad, los grupos deben ser comparables, estos estudios permiten evaluar la frecuencia temporal de los efectos, la historia natural de la enfermedad y también la multi efectividad, pero no son útiles en enfermedades raras. Usualmente son diseños que forman parte de la fase IV o de poscomercialización de muchos medicamentos.<sup>19, 20</sup>
- **Ensayos clínicos:** La ejecución de un ensayo clínico siempre es un reto científico y organizativo. El éxito depende de considerar todos los aspectos prácticos que puedan influir en la validez interna y externa de sus resultados. No existe una definición universalmente aceptada, se utilizan y citan varias por su calidad y alcance.<sup>21, 22</sup>

... un ensayo clínico controlado, científicamente idóneo, es aquel en el cual dos series bajo investigación simultánea son tan parecidas como sea posible en todos los aspectos, excepto que en una de ellas los pacientes recibirán el nuevo tratamiento y en la otra el convencional (T. Colton).

... un ensayo clínico es cualquier forma de experiencia planificada, la cual envuelve pacientes y se diseña para elucidar el tratamiento más apropiado para futuros pacientes, con una condición médica determinada (Pocok Stuart).

... aquel experimento cuidadoso y éticamente diseñado, en el que los sujetos participantes son asignados a las diferentes modalidades de intervención, de manera simultánea y aleatoria, y son supervisados también de manera simultánea (Joan-Ramón Laporte).

... un ensayo clínico/estudio clínico es cualquier investigación en sujetos humanos, dirigida a descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos u otros efectos farmacodinámicos de un producto en investigación, o identificar cualquier reacción adversa al producto en investigación, o a estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un producto en investigación, con el objeto de determinar su seguridad o eficacia (ICH).

### **Características generales de los ensayos clínicos:**

- Por su carácter experimental alcanzan tres dimensiones básicas: científica-metodológica, ética y reguladora para garantizar la autenticidad de los datos.
- Tienen que ser científicamente correctos y éticamente aceptables. Desde el punto de vista metodológico, se trata de estudios prospectivos comparativos
- Desde el punto de vista epidemiológico, son intervenciones con asignación aleatoria y enmascaramiento

Desde el punto de vista regulador, los productos o tecnologías nuevas deben ajustarse a las fases de desarrollo y a los requerimientos de las agencias sanitarias.

- Son investigaciones consideradas como el estándar de oro de comparación entre dos tratamientos
- Son necesarias para el desarrollo de la industria farmacéutica, para mejorar y actualizar los tratamientos médicos, confeccionar y actualizar las normas y protocolos de actuación médica.
- No deben confundirse o manejarse como una práctica médica habitual.
- Son diseños cuyos resultados, al ser comercializables, aportan prosperidad económica y permiten que la ciencia se inserte con impacto en la economía, pues movilizan recursos.
- Impactan, con el registro sanitario del producto, en la solución de problemas de salud, la calidad de la atención médica y la formación de recursos humanos.
- Son investigaciones largas, costosas que requieren organización y un gran componente bioético, por lo que se hacen con precisión y cautela, cumpliendo con las BPC.
- Se realizan por etapas (planificación, ejecución con procesamiento y análisis e informe final).
- Se deben diseñar según las fases del desarrollo del nuevo producto con táctica (arte de ordenar) y estrategia (habilidad de dirigir un asunto).
- Constituyen evaluaciones de tecnologías sanitarias multidisciplinares e intersectoriales, que evalúan eficacia, efectividad y eficiencia.

#### **Limitaciones de los ensayos clínicos:**

- Se realizan en un contexto diferente de la práctica médica habitual.
- Se ejecutan generalmente en un medio hospitalario y luego esos medicamentos se usan en la atención primaria de salud.
- En estas investigaciones los pacientes son monoterapeutas y en la práctica habitual, son politerapeutas.
- La relación médico-paciente en el ensayo clínico se vuelve especial y en la práctica médica es más bien habitual.
- Estas investigaciones se realizan en enfermos con determinados criterios de selección y cuando pasan a la práctica médica se hacen extensivas a toda la población.
- Son realizados por profesionales capacitados en BPC.
- Se ejecutan en sitios clínicos con determinadas características acreditativas, como poseer un comité de ética de la investigación, servicios de diagnósticos de laboratorio e imagenología, etc.

- No son suficientes para identificar todos los efectos adversos de un medicamento antes de su registro sanitario.

### **Tipos de ensayos clínicos:**

Como bien se desprende de las definiciones de ensayos clínicos comentadas con anterioridad, se trata de una metodología para evaluar diferentes productos y tecnologías sanitarias que serán utilizadas en el humano. Estas investigaciones pueden agruparse de diferentes formas.

Ensayos clínicos con:

- Medicamentos (cualquiera que sea su origen natural, sintético, biotecnológico, etc.).
- Diagnosticadores (para definir sensibilidad y especificidad).
- Equipos médicos (teniendo en cuenta la clasificación de riesgo).
- Procederes quirúrgicos.
- Otros procederes (manejo médico, recomendaciones médicas, radioterapia, (inmunoterapia).

Asimismo, existen otros puntos de vista para la clasificación, por ejemplo atendiendo a:

- Fases del desarrollo de un nuevo producto (medicamento, diagnosticador, equipo médico) así existen las fases I, II, III y IV.
- Tipo de diseño (grupos paralelos, secuencia, productos cruzados, etc.).
- Grado de enmascaramiento (abiertos, simple ciego, doble ciego, triple ciego, a ciegas por terceros).
- Objetivo general perseguido (estudios de farmacología humana, de exploración terapéutica, de confirmación terapéutica y de uso terapéutico).
- Número de centros participantes (monocéntricos, multicéntricos, multinacionales).

## 2.8.4 Según las fases de desarrollo de un nuevo producto

Pueden ser:

- **Ensayos clínicos en fases tempranas**
  - Fase I (rara vez controlado).
  - Fase IIa (eventualmente controlado).
  - Fase IIb (frecuentemente controlado).

Se caracterizan por lo siguiente:

- Se trata de estudios farmacológicos, de exploración terapéutica y de seguridad.
  - Se realizan en el nivel hospitalario.
  - Poseen mayor control de las variables.
  - Mayor homogeneidad de la población de pacientes disponibles y en el manejo médico.
  - Necesitan sitios clínicos más especializados, sus exigencias son mayores.
  - Los aspectos éticos son más críticos.
  - Requieren muestras más pequeñas.
  - Son estudios costosos en insumos y tecnologías que requieren de gran validez interna.
- **Ensayos clínicos en fases tardías**
    - Fase IIIa (constantemente controlados).
    - Fase IIIb (constantemente controlados).
    - Fase IV (eventualmente controlados).

Se caracterizan por lo siguiente:

- Son estudios de confirmación terapéutica, uso terapéutico y seguridad.
- Sus diseños se aproximan más a la práctica médica habitual.
- Tienen mayor validez externa.
- Demandan muestras poblacionales más grandes.
- Requieren multicentricidad.
- Exigen una organización y logística de mayor complejidad.
- El rol de los comités de ética de la investigación es decisivo.

En el cuadro N.º 2 se presenta un resumen de las características principales de las fases de los ensayos clínicos.

**Pilares de los ensayos clínicos:** Este acápite pretende expresar de manera resumida, los elementos metodológicos fundamentales que deben contener estas investigaciones en su diseño, para que sean verdaderamente científicas y éticas. No obstante, en ocasiones por razones prácticas, éticas, tipo de medicamento, etapa o fase de la investigación, no puede cumplirse con todos y esto debe justificarse en el protocolo. Muchos autores los han denominado pilares.<sup>22, 23</sup>

- **Objetividad de la observación:** Referido a la necesidad de observar o medir las respuestas al tratamiento mediante la utilización de métodos objetivos



y reproducibles, usando preferentemente variables objetivas o duras,<sup>iv</sup> cada vez que son numerosas las evidencias de sesgos en muchas investigaciones. Por ello, siempre que se pueda, la variable principal de respuesta debe ser lo más dura posible, tras objetivarla mediante métodos que aumenten su sensibilidad. **Comparación concurrente:** Estos estudios experimentales necesitan del grupo de comparación con idénticas condiciones para minimizar los sesgos atribuibles al efecto *Howthorne*<sup>v</sup>, el efecto placebo y la regresión a la media. La mejor opción de comparación es el *grupo control concurrente*, estudio en que se van reclutando casos para cada grupo de manera prospectiva y al unísono, con control de los factores de confusión conocidos y desconocidos. De esta manera, los grupos serían lo más parecidos posible, por lo cual no se aconseja el uso de la comparación con grupos controles históricos y menos aún con estudios reportados en la literatura. **Asignación aleatoria de los tratamientos:** Es un elemento vital en la confiabilidad de los resultados y es distintiva de los ensayos clínicos, lo cual da lugar a una distribución equitativa de los factores de confusión conocidos y desconocidos. Por otro lado, asegura la eliminación de las preferencias subjetivas, por las diferentes modalidades de tratamientos incluidas en la investigación. Siempre se procederá a la asignación aleatoria del tratamiento una vez comprobado que el paciente dio el consentimiento informado y cumple con los criterios establecidos de selección sobre la inclusión y la exclusión.

- **Enmascaramiento:** Es el procedimiento que más influye en la eliminación de la subjetividad al evaluar los resultados, porque tanto el enfermo, como el médico o investigador y la persona que registra y analiza los datos, desconocen o “están ciegos” al conocimiento del tipo de tratamiento asignado a cada paciente reclutado. De ahí que pueda ser a simple ciego, a doble ciego y a triple ciego según las personas involucradas.

**CUADRO N.º 2. CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES DE LAS FASES DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS**

FASES	OBJETIVOS	SUJETOS	DISEÑOS	DURACIÓN
I	Seguridad farmacocinética y farmacodinamia en humanos	Voluntarios sanos N= 30-100	Abiertos, simples, o doble ciego	De 8 a 9 meses
Ila	Evaluación del efecto terapéutico. Continuar con estudios fármaco-cinéticos y dinámicos	Pacientes N= 100-300	Doble ciego controlado con placebo. Criterios de inclusión y exclusión estrictos	1-2 años
Ilb	Exploración de la eficacia. Indicaciones, búsqueda de dosis. Mecanismo de acción y seguridad	Pacientes N= 100-400 Aleatorizados	Doble ciego, controlado con placebo. Criterios de inclusión y exclusión estrictos	1-3 años

iv Dícese de aquella variable que recibe poca influencia del medio externo.

v El efecto Howthorne es una forma de reactividad psicológica que cambia la conducta de los sujetos sometidos a un experimento, al saber que son estudiados, sin que exista ningún tipo de manipulación.

III	Confirmación de la eficacia. Indicaciones, dosis y pauta de tratamiento, seguridad a largo plazo. Interacciones, biodisponibilidad	Pacientes N= 1000-3000	Aleatorizado. Doble ciego, controlados con placebo y/o fármaco de referencia. Criterios de inclusión y exclusión menos estrictos	2- 4 años
IV	Nuevas indicaciones, formulaciones y vías de administración. Efectividad y seguridad  En grupos especiales y en condiciones reales de práctica clínica	Pacientes N= > 5000	Aleatorizado, doble ciego, controlado con fármaco de referencia. Estudio observacional	El tiempo que el producto esté en el mercado

Fuente: Bakke OM, Carné Cladellas X, Alfonso F. Ensayos Clínicos con medicamentos. *Fundamentos Básicos, metodología y práctica*. DOYMA, 1994.

A manera de conclusión, se debe mencionar que la importancia de la evaluación ética de un proyecto investigativo, radica en establecer una coherencia de método que permita certificar el valor social de la investigación. Por tanto, la estructura metodológica que se apoyará en un manejo eficaz de la instrumentación estadística, a partir de la recolección de información fiable, responsable y respetuosa, le permitirá al investigador y sobre todo al investigado, hacer valer sus derechos durante todo el proceso del estudio. Es decir: las investigaciones epidemiológicas, tanto como los ensayos clínicos, requerirán un aval ético emitido por una CEI competente, que certifique la validez de la investigación a partir del respeto de normas nacionales e internacionales.

## 2.9 Bibliografía

1. Jaramillo, J. *Historia y filosofía de la medicina*. I edición, San José. C.R. Editorial de la Universidad de Costa Rica; 2005: 9-11.
2. Juramento Hipocrático. URL disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento\\_Hipocr%C3%A1tico](http://es.wikipedia.org/wiki/Juramento_Hipocr%C3%A1tico). Lorda, S. *et al. Un marco histórico...pág 51-52*) accedido en 15 de marzo del 2011.
3. Amaro Cano, M. del C. *Aspectos históricos y éticos de la Publicación científica*. Rev. Cubana Enfermer. Ciudad de la Habana sep.-dic. 2001; 17 (3).
4. Torres, O. Investigaciones en seres humanos para un mundo mejor. La experiencia de Cuba. Ética de la investigación en seres humanos y políticas en Salud Pública. UNESCO; 2006: 259-285.
5. Gracia, D. *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Editorial el Búho, Bogotá, Colombia; 1998: 79-99.
6. Brussino, S. *Antecedentes y fundamentos de la ética de la investigación*. Obtenido en mayo del 2010 de la base de datos de la Red de Bioética de la UNESCO, del V Curso de Introducción a la Ética de la Investigación en Seres Humanos.
7. Marlasca, A. *Introducción a la bioética*. Cuadernos Prometeo. Heredia: Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional; 2002: 14-17.
8. Kottow, M. Bioética frente a ciencia y ética. En Kottow, M. *Introducción a la bioética*. 2<sup>da</sup> ed. Santiago, Ed. Mediterráneo; 2005: 145-158.

9. Vidal, S. Aspectos éticos de la investigación en seres humanos. URL disponible en: <http://www.Redbioetica-edu.com.ar>. Accedido en 12 de enero del 2011.
10. Penchaszadeh, V. *Organización institucional e investigación en genética*. Obtenido en agosto del 2010, de la base de datos de la Red de Bioética de la UNESCO, del V Curso de Introducción a la Ética de la Investigación en Seres Humanos.
11. Vallejos, C. *La Ciencia. Atributos generales de la Ciencia*. Aspectos éticos de la investigación clínica antecedentes históricos, Compilación: para el Curso GIS III Justo L., Erazun F., Villarreal J. La investigación participativa como derecho: ¿posibilidad o utopía? Perspectivas Metodológicas. 2004; 4 (4): 73-82.
12. Lloréns Figueroa, J. A. *El juicio ético en la práctica médica*. Rev. Cubana Med. 1997; 36(1): 7-10.
13. Documento de Buenas Prácticas Clínicas para las Américas. CENCEC, 2008.
14. Méndez, T, R. Pérez, M. *Manual para el funcionamiento de los Comités Internacionales de Investigaciones*. 2006.
15. ICH Guidelines. Status of Implementation (Step 5): Topic E6 Step 5 Note for Guidance on Good Clinical Practice. URL disponible en: <http://www.google.com/search?hl=es&ie=UTF8&oe=UTF8&q=ICH+step+5&lr=>, (Fecha de acceso: 17 de mayo de 2002).
16. General Medical Council. *Good Medical Practice*. 2001 [www.gmc-uk.org](http://www.gmc-uk.org) NatPaCT. Clinical quality, 2004. Disponible en [www.natpact.nhs.uk](http://www.natpact.nhs.uk). Accedido en enero 2011.
17. González Pérez U. *Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento*. Rev. Cubana Salud Pública. Ciudad de La Habana sep.-dic. 2002: 28 (3).
18. Jiménez Paneque, R. *Metodología de la Investigación*. Elementos Básicos para la investigación clínica. Editorial Ciencias Médicas, 1998: 1-98.
19. Lolas Stepke, F. *Bioética e investigación en seres humanos*. Acta Bioética 2004 año X, N.º 1.
20. Artiles V.I., L. *Metodología de la investigación*. Apuntes para el libro de informática médica. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Ciudad de La Habana, 2002 (material docente).
21. International Conference on Harmonisation (1996). General considerations for Clinical Trials. IFPMA. Suiza. URL disponible en: <http://www.ich.org/pdfich/e6.pdf> (Fecha de acceso: enero de 2011).
22. Laporte, J. R. *Principios Básicos de Investigación Clínica*. URL disponible en: <http://www.icf.uab.es/livre/Cap-3.htm>. (Fecha de acceso: octubre 2010).
23. Bakke, O. M; Larné Cladellas, X. y García Alonso, F. *“Ensayos Clínicos con Medicamentos”*. Fundamentos Básicos Metodología y Práctica. Barcelona DOYMA”, 1994. 13-14.

---



## ACERCA DE LOS AUTORES Y LAS AUTORAS

Dra. Ballesteros Hernández, Marianela

**Cuba**

Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica. Diplomado en Bioquímica y Biología Molecular. Diplomado en Gestión de la información. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesora auxiliar e investigador agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara (UCMVC). Miembro y gerente de proyectos de investigación. Miembro del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad de Medicina. Directora de la Unidad de Investigaciones Biomédicas de la UCMVC. Directora de Ciencia e Innovación Tecnológica de la UCMVC, Villa Clara, Cuba.

Dra. Bustamante Cabrera, Gladys Inés

**Bolivia**

**Editora.** Médico Cirujano. Especialista en Medicina Interna Universidad Mayor de San Andrés. Maestría en Psicopedagogía y Educación Superior. Maestría en Dirección de Desarrollo. Maestría en Planificación, Gestión y Evaluación de Proyectos. MBL en Dirección de Desarrollo Local. PhD en Bioética-Universidad Libre Internacional de las Américas, Diploma en Bioética de la investigación UNESCO. Maestría en Bioética-Universidad Libre Internacional de las Américas. Diploma en Gerencia de Hospitales. Diploma en Auditoría Médica. Diploma en Nutrición. Universidad de Chile. Docente emérito. Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.

Dr. Cofone Fernández, Daniel Gustavo

**Argentina**

Médico Cirujano. Especialista en Obstetricia, certificado otorgado por el Consejo de Médicos de la Provincia de Córdoba. Profesor asistente de la II Cátedra de Obstetricia y Perinatología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba. Diploma en Gestión hospitalaria. Subdirector del Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini. Maestría en Salud Sexual y Reproductiva en la Universidad Nacional de Córdoba. Maestría en Bioética en la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

Dra. De Oliveira Iglesias, Simone Brasil

**Brasil**

Médico especialista en Pediatría y Terapia Intensiva Pediátrica. PhD en Pediatría y Ciencias aplicadas a la Pediatría por la Universidad Federal de São Paulo. Médico asistente de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de la Universidad Federal de São Paulo. Diplomada en Bioética y Ética de la Investigación. Comisión de Bioética y Ética de Investigación de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil.

Dr. Granados Zúñiga, Jorge

**Costa Rica**

Licenciado en Biología de la Universidad Nacional de Costa Rica (UNA). Maestría en Bioquímica de la Universidad de Costa Rica (UCR). Maestría en Bioética del programa Interuniversitario UNA-UCR en Bioética. Profesor catedrático de la Escuela de Medicina y del Posgrado en Ciencias Biomédicas, ambos de la Universidad de Costa Rica.

Dr. Guerrero Ureña, Ricardo Arturo

**Costa Rica**

Médico asistente de Cirugía y Medicina General. Maestría en Bioética Universidad Nacional. Servicio Urgencias Hospital de la Anexión Nicoya. Lugar de residencia: Nicoya, Guanacaste, Costa Rica.

Dra. Esquivel Aguilar, Susana

**Costa Rica**

Especialista en Inmunohematología y Banco de Sangre Universidad de Costa Rica. Maestría en Bioética. Universidad Nacional. Microbióloga del Laboratorio Clínico del Área de Salud Santa Cruz. Caja Costarricense del Seguro Social. Miembro del Comité de Bioética del Hospital La Anexión. Nicoya, Guanacaste, Costa Rica.

## Dra. Lopera de Peña, Ángela

### Colombia

Enfermera egresada de la Universidad de Antioquia, Maestría en Ciencias de la Enfermería Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Bioética Universidad el Bosque. Fue miembro en el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y miembro del Comité Regional de Ética de ACOFAEN. Magistrada presidenta del Tribunal Nacional Ético de Enfermería, Colombia.

## Dr. Loría Argáiz, Agustín

### México

Médico Cirujano por la UNAM. Oftalmólogo por el Hospital de la Asociación para evitar la Ceguera en México. Maestría en docencia en Educación Superior, UAT. Maestría en Bioética ULIA. Diplomado en Bioética Clínica y Social y en Ética de la investigación en seres humanos por la UNESCO. Diplomado en Derechos Humanos ( UNESCO/UNA). Fundador y presidente del Comité de Bioética del Hospital CEMAIN Tampico, Tamaulipas México. Vocal de la Academia Nacional Mexicana de Bioética.

## Dr. Luna-Orosco, Javier

### Bolivia

**Editor.** Médico Cirujano, UMSA La Paz-Bolivia. Especialista en Cirugía General, Università Degli Studi e Istituto de Clínica e Terapia Chirurgica Ferrara Italia. Coordinador del Comité Nacional de Bioética Bolivia. Docente de Historia de la Medicina. Universidad “Nuestra Señora de La Paz Bolivia. Responsable del Área de Calidad y Auditoria en Salud. Ministerio de Salud y Deportes (2007-2012). Diseñador, coordinador de las publicaciones oficiales del Ministerio de Salud y Deportes como manuales y guías de evaluación y acreditación de establecimientos de salud, Manual de auditoría en salud y Norma Técnica. Norma de Obtención de Consentimiento informado, etc. Proponente de la creación del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje (INCA). Proponente de la creación del Sistema Plurinacional de Investigación en Salud (SIPLIS) del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Proyectista de la ley general de Salud Bolivia. Fundador y curador del Museo de Historia de la Medicina Hospital de Clínicas, La Paz, Bolivia. Director y editor de la Revista Boliviana de Bioética. Miembro del Directorio de la Red Bioética Latinoamericana y del Caribe (UNESCO 2004-2008). Miembro del Comité Internacional de Bioética (UNESCO 2006-2009). Subscriptor por Bolivia de la “Carta de Buenos Aires sobre Bioética y Derechos Humanos” Buenos Aires, Argentina (2004).

Dra. Martínez Muñoz, Lázara

**Cuba**

Médico especialista en Bioquímica Clínica de Primer y Segundo Grado. Maestría en Toxicología Experimental. Especialista en evaluación de la documentación no clínica. Miembro de la red de Buenas Prácticas de Laboratorio no clínico del Programa de Investigación de Enfermedades Tropicales (TDR/UNDP/WHO). Presidenta de la Sociedad Cubana de la Ciencia de los Animales de Laboratorio. Miembro del Buró del Consejo Científico Veterinario de Cuba. Miembro de OMS/TDR GLP Network. Miembro del Consejo de Científico del CECMED. Miembro de la Comisión Nacional de Bienestar Animal 2004-2011. La Habana, Cuba.

Dra. Montolli Carolina, Ângelo

**Brasil**

Abogada criminalista del Tribunal de Júri en la Justicia Militar Bello Horizonte. Especialista en Derecho Penal Militar y Procesual Penal Militar e Internacional-Crímenes de Genocidio y Derechos Humanos. Miembro de la Comisión de Derechos Humanos de OAB/MG Post-Doctorante en Ciencias Jurídicas Derechos Humanos Universidad del Museo Social Argentino Buenos Aires, Ph.D. en Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Minas Gerais. Postdoctorante en Derecho Penal y Garantías Constitucionales por la Universidad Nacional de La Matanza Buenos Aires. Bello Horizonte. Brasil.

Lic. Quintana Varela, Sonia Beatriz

**Argentina**

Licenciada en Antropología. Diplomada en Ética de la Investigación en Seres Humanos. Docente auxiliar de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales y técnica de apoyo a la investigación de la sección Estudio de Poblaciones de Montaña (EPHUM) en el Instituto de Biología de la Altura Universidad Nacional de Jujuy. Miembro del Comité de Ética de la investigación en Salud de la Provincia de Jujuy, Argentina.

Dra. Ramírez Hidalgo, Silvia

**Costa Rica**

Jefa del Servicio de Farmacia del Área de Salud Naranjo, Caja de Seguro Social. Maestría en Bioética en la Universidad Nacional Universidad de Costa Rica, en coordinación con el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS, CCSS). Miembro del Comité Local de Bioética en la Investigación, Costa Rica.

Dr. Sanabria Rojas, Hernán

**Perú**

Médico cirujano Universidad Nacional de Trujillo. Especialista en Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Maestro en Medicina Universidad Peruana Cayetano Heredia. Doctorando en Ciencias Sociales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Diplomado en Epidemiología y Control de Tuberculosis. The Reaserch Institute of Tuberculosis, Tokio, Japón. Médico revisor de Ensayos Clínicos en el Instituto Nacional de Salud, Lima Perú. Profesor principal del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Lima, Perú.

Lic. Yamaguchi Díaz, Lady Patricia

**Perú**

Lic. en Enfermería. Magister en Salud Pública con mención en Epidemiología. Doctora en Salud Pública. Especialista en Gerencia de Servicios de Salud, Docente de la Escuela Académica Profesional de Enfermería Universidad Privada Norberth Wiener, Actualmente responsable de Investigación Operativa en Salud y Evaluación de Tecnologías en Salud. Dirección de Calidad en Salud Supervisor Nacional Dirección General de Salud de las Personas Ministerio de Salud. Lima, Perú.



Esta es una  
muestra del libro  
en la que se despliega  
un número limitado de páginas.

Adquiera el libro completo en la  
**Librería UCR Virtual.**

LIBRERÍA  
UCR  
  
VIRTUAL

El desarrollo de la bioética ha permitido un rico intercambio de concepciones e ideas derivadas de su complejidad, en especial si se reconoce como la expresión máxima de la ética; es decir, la ética aplicada más sublime y substancial. Su razón de ser es la defensa y promoción del máximo valor a preservar: la vida. Por lo tanto, se debe respetar la calidad y esencia de la especie humana, en un contexto de interdependencia con la biosfera y demás seres vivos, con regulaciones que mantengan un saludable equilibrio ecológico de conjunto.

En ese contexto de globalidad entra en juego la diversidad de los seres humanos con sus “usos y costumbres”, claramente diferenciables entre sí por determinantes de antigüedad socioantropológica, etnia, lengua, cultura, religión, territorio de asentamiento, condiciones de vida y relaciones de intercambio. Lo anterior motiva, sin lugar a dudas, a que resulte posible y necesario identificar las características propias para la construcción de una bioética en América Latina.

ISBN 978-9968-46-665-3



  
EDITORIAL  
UCR