

BIOÉTICA PÚBLICA: LA PARTICIPACIÓN Y PLANIFICACIÓN COMUNITARIA COMO BASE PARA LA GESTIÓN SOSTENIBLE DE LA ORGANIZACIÓN COMUNAL.

Enrique Cubero- Castillo¹

Fecha de recepción: 26.03.13
Fecha de aceptación: 20.05.13

Resumen

En este ensayo se afirma de manera categórica que la bioética surge en la década del 1960 – 1970 en los Estados Unidos, a partir de movilizaciones de los ciudadanos organizados en torno a una problemática de salud puntual. Desde el inicio, la bioética se construye como un discurso a favor de la defensa de los derechos de los pueblos y para el pueblo, por lo cual no debe expresarse en lenguaje encriptado. Por lo tanto, los intelectuales, académicos y todo aquel que desarrolle contenido y análisis en este campo de estudio estamos llamados a ser una especie de intelectuales públicos cuya misión sea comunicarse con el pueblo a través de los medios disponibles, que garanticen el acceso al mayor número posible de lectores.

Palabras claves: Bioética, Bioética pública, participación comunitaria

¹ Licenciado en Filosofía por la Universidad Católica Santa Rosa (2007). Cursante de la Maestría de Estudios sociales de la Ciencia, en el Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas, Profesional Asociado a la Investigación del Laboratorio de Bioética y Biopolítica del Centro de Estudios de Transformaciones sociales, Ciencia y Conocimientos, (IVIC). Correo electrónico enrique.cubero@gmail.com

Abstract

This paper states categorically that bioethics emerged in the decade of 1960 - 1970 in the United States, from mobilization of citizens organized around a health problem spot. Thus, bioethics is constructed as a speech in pro of the rights of the people and for the people, so it must be expressed in language not encrypted. Therefore, intellectuals, academics and anyone who develops content and analysis in this field of study is called to be a kind of public intellectuals whose mission is to communicate with the people through the means available, to ensure access to higher possible readership.

Keywords: Bioethics, public Bioethics, community participation

INTRODUCCIÓN.

La bioética se ha establecido como parte fundamental del conocimiento porque indaga sobre las relaciones de la vida humana con la ciencia, pero también con otras expresiones de la vida como la animal y la vegetal, y con ello las complejas experiencias vitales de las personas. Su objetivo es generar acciones y condiciones que posibiliten la toma de decisiones, tanto en las relaciones con un paciente -en un momento dado- como con el medio ambiente, la ciencia y la técnica, ámbitos en los cuales siempre estará la persona, o los seres vivos, como epicentro.

Sin embargo, antes de emprender esta tarea de análisis de las acciones sociales y participativas que han generado acciones políticas del movimiento bioético a nivel mundial, es importante tener claro que desde los presupuestos analíticos hasta ahora esgrimidos por los estudiosos de la bioética y heredados de la tradición anglosajona, nos resulta inapropiado para analizar cuestiones que se desarrollan en ámbitos locales cuyas realidades son distintas.

Es por ello que sentando las bases para una bioética más local -sin que por ello signifique que no tenga ninguna pretensión de aplicabilidad más amplia- asumimos como marco teórico inicial la propuesta planteada por Miguel Kottow en su artículo “Bioética Pública: una propuesta”² en la cual se apunta al abordaje de cuatro pilares fundamentales como: la participación social ampliada, deliberación democrática, desarrollar una ética de protección que se proponga empoderar al ciudadano y la propuesta de instancias y programas destinados a enfrentar las necesidades de la comunidad y a fomentar el empoderamiento de marginados y desposeídos.

Así mismo, tomamos en consideración la propuesta de “Bioética y Pueblo”³ esgrimido por Leonides Santos y Vargas en la cual se afirma que la Bioética “ha surgido como un discurso a favor del pueblo” cuyo origen está motivado por “un movimiento social en

² El Planteamiento de Miguel Kottow en su artículo “Bioética Pública: una propuesta” en la que se sugiere que la biopolítica es una forma apropiada para tratar las dimensión social de dichos temas. Alertando que la bioética tiene el riesgo de convertirse en una disciplina académica desligada de las inquietudes de los ciudadanos.

³ Bioética y Pueblo, es un trabajo libre escrito por el Dr. Leonides Santos y Vargas disponible en versión electrónica en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/13.%20Bioetica%20y%20Pueblo.pdf>. Consultado el: 20/01/2013.

defensa de la dignidad social y política de las personas, sobre todo, de las personas y comunidades vulnerables” (Pág. 3)

Ambas publicaciones, con visión latinoamericana, están enmarcada en el desarrollo de una ética que se propone empoderar a la ciudadanía, y la visión de una praxis estructurada que genere instancias y programas destinadas a enfrentar las necesidades de las comunidades, fomentar la inclusión de los excluidos y la participación de los ciudadanos, con el fin de canalizar acciones de políticas menos alejadas de la realidad.

RASTREANDO SU HUELLA HISTÓRICA.

Las preocupaciones iniciales por tales relaciones las podemos encontrar en el Código de Nuremberg, documento que se promulgó en 1947, en Alemania durante el juicio que se hizo a los nazis por los crímenes de lesa humanidad cometidos durante el régimen de Adolfo Hitler. En dicho código se definieron los lineamientos a seguir en la investigación experimental con humanos, tales como: la participación voluntaria de los sujetos, los resultados benéficos para la humanidad, la experimentación previa en animales, evitar a toda costa el daño físico y mental de la persona que se presta al estudio, que el riesgo no fuera mayor al problema, y especialmente el derecho del voluntario a abandonar el experimento en el momento que así lo deseara.

Luego, en la Declaración de Helsinki de 1964, adoptada por la Asociación Médica Mundial y cuya revisión en 1989, estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos; posteriormente la adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1966 del Acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que se hizo vigente en 1976, declara que: "Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En especial, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos". Quizás el documento más elaborado en relación con la bioética, fue el Informe Belmont 1978 sobre Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación, en el cual se

manifestó de manera explícita, la primacía de la persona en toda investigación realizada en seres humanos.

Estas iniciativas jurídicas surgen de la manifestación de las personas que se organizaron para exigir derechos de participación en las investigaciones biomédicas sin discriminación por su raza, sexo, etnia o condición social. El desarrollo de los comités de bioética en los Estados Unidos -donde surge la bioética como conocimiento académico- da cuenta de este movimiento de ciudadanos que de una u otra manera presionaron para obtener respuesta acordes con las necesidades sociales.

ALGUNAS INICIATIVAS SOCIALES EN TORNO AL MOVIMIENTO BIOÉTICO.

EL COMITÉ DE SEATTLE

El primer comité ético del que se tiene documentación exhaustiva se puso en marcha en 1960 en la ciudad norteamericana de Seattle. La idea surgió en el primer centro de hemodiálisis del mundo, el Seattle Artificial Kidney Center, en el Swedish Hospital, ante la necesidad de seleccionar los pacientes. Miles de ellos solicitaban el tratamiento, pero el centro podía atender solamente a siete por día (Hosford, 1986).

Para realizar la selección se crearon dos comités distintos: uno, formado por un psiquiatra y varios nefrólogos, que juzgaba conforme a criterios estrictamente médicos, y realizaba una preselección de los pacientes, excluyendo a los de peor pronóstico; y otro que es el que ahora nos interesa, que seleccionaba conforme a criterios "distintos de los médicos" (Alexander, 1962), formado por un jurista, un clérigo, un banquero, una ama de casa, un representante del gobierno, un dirigente sindical y un cirujano.

Los criterios que estaban presente a la hora de tomar decisiones se encontraban todo tipo de factores: económicos, sociales, morales, de edad e incluso de sexo. Estos factores parecían estar conformes a los que, en principio, se suponía que debía juzgar el comité; sin embargo su objetivo era que ese comité debía tener en cuenta criterios distintos de los médicos. Dichos criterios fueron cambiados por los valores sociales, los cuales se aplicaron para seleccionar a los pacientes a partir de entonces.

Con el tiempo, el Comité de Seattle terminó disolviéndose. Dos puntos quedaron inscritos en las conciencias de la mayoría de los que formaron parte del comité a lo largo de sus años de funcionamiento: un cierto sentimiento de culpabilidad, y su deseo de eludir toda responsabilidad; tanto uno como otro, como consecuencia de haber juzgado arbitrariamente, sin un marco de criterios objetivos (Anónimo, 1969).

Esta primera experiencia generó desconcierto entre los que cuentan que nunca un comité formado por mayoría de no médicos puede decidir en el terreno clínico, y que es necesario formar previamente a los miembros de un comité, para que conozcan los criterios conforme a los cuales han de juzgar. Quedaba para la historia una experiencia que habría de tomarse en cuenta en años posteriores.

EL PERIODO INTERMEDIO

A finales de los 60 comenzaron a aparecer comités hospitalarios de otros tipos, formados por médicos y no médicos, esta vez para afrontar los problemas derivados de la atención de los moribundos, no sólo las cuestiones técnicas, sino aspectos éticos relacionados con la ayuda a bien morir a los enfermos de pronóstico fatal (Levine, 1977)

En 1971 se promulgan en los Estados Unidos las primeras directrices generales para los centros hospitalarios en relación con los comités de ética. Tales normativas nacen de los Obispos católicos de Estados Unidos y Canadá, y en ellas se anima a los centros hospitalarios de tradición católica a formar unos "Comités Médico-Morales", que aconsejen a los médicos de la institución en temas como el consentimiento informado, la autonomía del paciente o la proporcionalidad de un determinado tratamiento. Los comités estaban formados por una mayoría de médicos, aunque también había otros profesionales que pudiesen dar una visión distinta de los problemas planteados. (The Catholic Health Association Of the U. S., 1971)

Poco tiempo después, en 1973, el Massachusetts General Hospital de Boston, centro asistencial de gran influencia, pone en marcha un "Comité de Optimización de Cuidados", para enfrentarse con los problemas planteados por las familias de algunos

pacientes, a quienes consideraban que, en la Unidad de Cuidados Intensivos, se les estaba dando un tratamiento inadecuado. El comité, formado por el director del hospital, un oncólogo, un cirujano general, la enfermera supervisora de la UCI, el abogado del hospital y un antiguo paciente, se convirtió pronto en un lugar de relación de los médicos con las familias de los pacientes en un foro adecuado para que los médicos pudiesen expresar su opinión en un clima de confianza. (Masachusetts General Hospital, 1976) Esta idea de comité hospitalario fue pronto imitada por otros centros.

El año de 1975 fue decisivo para la historia de los comités de ética. A partir de la revisión, hecha en Tokio, de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, y un artículo de la revista "Baylor Law Review" , entre las páginas 6 y 9 de su número 27, escrito por la pediatra Karen Teel, sobre el caso de la petición de suspender la respiración artificial de una chica en coma profundo. En el artículo Teel proponía un Comité de Ética integrado por médicos, trabajadores sociales, abogados y teólogos como instrumento de diálogo para la evaluación de diferentes opciones terapéuticas para un determinado paciente y para la toma de decisiones.(Teel, 1975)

En la XXIXva Asamblea de la Asociación Médica Mundial de 1975 en Tokio, se revisó la Declaración de Helsinki de 1966 sobre la investigación clínica en seres humanos. La innovación más importante fue la inclusión de la necesidad de que cada protocolo de investigación fuese previamente examinado y aprobado por un comité independiente, especialmente designado para tal efecto (World Medical Association, 1985). Como consecuencia de esta declaración, comenzaron a ponerse en marcha en todo el mundo los Comités de Investigación Biomédica, tomando diversas formas y denominaciones, ya fueran hospitalarios, estatales, o de más o menos miembros según los distintos lugares.

La propuesta de Karen Teel fue algo distinto. Se trata del artículo de una pediatra, en el que la autora considera distintas cuestiones en relación con las decisiones que muchas veces deben tomar los pediatras sobre la vida o la muerte de sus pacientes. Plantea el problema en términos muy crudos "...el médico asume con su decisión una responsabilidad civil y criminal, que muchas veces ni siquiera contempla antes de

decidir" es decir, la responsabilidad del médico va más allá de una simple decisión personal, sus consecuencias traspasan el ámbito profesional. Por lo cual la autora termina proponiendo la creación de unos comités que ayuden al médico a darse cuenta de esa responsabilidad que asume (Teel, K. 1975).

EL CASO DE KAREN QUINLAN

El artículo de Karen Teel hubiese podido pasar completamente inadvertido, si no hubiera sido citado por un juez de la Corte Suprema de New Jersey, en su sentencia sobre el caso de Karen Ann Quinlan.

Brevemente descrito, este es el caso de una joven de 21 años que después de una supuesta ingesta de Valium, Librium y barbitúricos, bebió un gin-tonic durante una fiesta con unos amigos. Como consecuencia, sufrió un paro respiratorio de varios minutos. Se le aplicaron los medios de rigor establecidos para casos de reanimación pero, poco tiempo después de ingresar en un hospital, cayó en un coma vegetativo persistente.

Tras haber perdido toda esperanza de recuperarla, su padre recurrió a los tribunales, a fin de que se diera la orden de retirar el respirador que, al parecer, la mantenía con vida, pues los médicos se negaban a hacerlo. El Tribunal Supremo del Estado falló a favor del padre de Karen, y el respirador fue desconectado. Ante el asombro de todos, la muchacha continuó respirando espontáneamente. Se decidió su traslado a otro hospital y, algo después, a su casa. Karen murió a los 31 años de edad, en 1985, nueve años después, sin haber recuperado la conciencia. La causa de la muerte fue una insuficiencia respiratoria provocada por una neumonía.

La sentencia del Juez Hughes, de la Corte Suprema de New Jersey, alude a la conveniencia, para resolver asuntos de este tipo, de constituir un "Comité de Pronóstico", idea que atribuye parcialmente a la lectura del artículo de Karen Teel antes citado. Tal comité, formado por médicos expertos, debería decidir si había "razones para suponer que la enferma podría volver a un estado racional o cognoscitivo" (Quinlan, 1976: 24).

Más tarde, cuando los padres de Karen la trasladaron a otro centro asistencial para que pudiera ser atendida, la administración del centro formó otro comité, en el que los integrantes no médicos estaban en mayoría, para decidir si debería reanimarse a la enferma en caso de paro respiratorio.

Así, en un primer balance, la decisión del Juez Hughes tuvo dos interesantes consecuencias en la historia de los comités: recomendó la formación de uno, aunque fuese de pronóstico, y no propiamente ético, para decidir en primera instancia; y propició la constitución de otro, esta vez no clínico.

La sentencia menciona algunos criterios importantes a la hora de juzgar si son o no convenientes los Comités Hospitalarios de Ética. En primer lugar, sugiere que hay decisiones en las que es mejor "repartir" la responsabilidad profesional, de modo similar a como lo hacen varios jueces que estudian un mismo asunto, para dar una decisión más ponderada. Y en segundo lugar, que el sistema de comités ofrece garantías tanto para el paciente o su familia como para el médico, especialmente cuando los factores que influyen en la decisión pueden estar cargados de motivos menos nobles (Quinlan, 1977).

LOS AÑOS POSTERIORES: LA EXPANSIÓN DE LOS COMITÉS INSTITUCIONALES DE ÉTICA (CIE)

La sentencia del Tribunal de New Jersey fue muy discutida, e incluso otros jueces dictaron posteriormente sentencias contrarias a ella. Sin embargo, de hecho, la idea de formar tales comités comenzó a seguir unos rumbos distintos. Dio origen, por un lado, a los verdaderos comités de pronóstico; y por otro, hizo aparecer en los centros sanitarios norteamericanos los comités de ética, cada uno con sus objetivos muy particulares.

Más adelante, en 1983, una Comisión Presidencial de los Estados Unidos para los estudios de problemas médicos y de investigación biomédica, incluyó entre sus propuestas la formación de comités hospitalarios de ética con la novedad de que,

pasando más allá de su función consultiva, participen en la toma de decisiones. Tal recomendación, al ser interpretada de modo diferente, dio origen a una gran variedad de funciones y atribuciones. En unos casos era el comité quien tomaba la decisión final, mientras que, en otros, el dictamen del comité era una voz más, que había que tener en cuenta al tomar la decisión. De cualquier forma, los Comités Éticos de Hospital, que ya desde la sentencia del caso Quinlan habían comenzado a difundirse, se generalizaron rápidamente a partir de la publicación del informe de la Comisión Presidencial. Las discutidas Infant Doe Regulations de los años 1984-85 sirvieron para desarrollarlos aún más, al centrar la atención de los CIE en los problemas pediátricos (Government of The U.S, 1983-1984).

Por cuanto se refiere a los Comités en otros países, hay que distinguir con claridad entre los CIE propiamente dichos y los Comités de Ética de la Investigación. Los Comités de Ética de la Investigación, desde la modificación en Tokio de la Declaración de Helsinki, son un organismo presente en la mayoría de los países, los impone la legislación en todos los países de la Comunidad Europea, a excepción de Bélgica y de Gran Bretaña, donde su puesta en práctica es voluntaria (Gutteridge, 1982); y la mayoría de los países desarrollados de oriente y occidente han decidido seguir esta iniciativa (Sinnathuray, 1982), que ha tomado formas bastante diferentes entre sí. En muchos lugares, los Comités de Ética Clínica han servido de foco inicial para la instalación de los CIE, aunque pronto se ha preferido separarlos.

Igualmente el caso en Venezuela, la formación de comités de bioética responde al llamado que organismos internacionales como la UNESCO y la OMS/OPS hicieron a los estados miembros de fomentar la creación de comités de bioética que adoptaran códigos de ética que hicieran posible una actividad científica y tecnológica con apego a elementales principios éticos y morales. Con esa finalidad, se llevó a cabo la creación de los comités de bioética en Venezuela, lo cuales fueron promovidos por el estado en su mayoría.

UN NUEVO MARCO JURÍDICO EN VENEZUELA: MODELOS DE PARTICIPACIÓN ALTERNATIVOS A LOS COMITÉS DE BIOÉTICA TRADICIONALES.

En Venezuela, a partir de 1999, la participación ha sido el epicentro del desarrollo de políticas públicas en todos los ámbitos. La importancia que se le otorga a proyectos de desarrollo basado en los nuevos esquemas de participación y gestión comunitaria son considerados con mayor relevancia que los proyectos tradicionales en los cuales las necesidades de la comunidades queda en relegado a un segundo plano.

Es por ello que una de las forma en las cuales las comunidades están participando es a través de su organización con la finalidad de alcanzar mejoras en su calidad de vida, siendo importante destacar que la población debe tener incidencia en las decisiones que se toman en sus comunidades, como forma de solucionar sus problemas prioritarios, y con ello alcanzar el desarrollo local.

Un nuevo orden jurídico establecido en Venezuela con la constitución de 1999, contempla el derecho a la salud como "un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida" (Art. 83). El planteamiento constitucional implica que cualquier designio que reduzca el derecho a la vida al momento de crisis o de enfermedad es inoperante, pues las amenazas que pesan contra la vida son múltiples y anidan en el tejido social: la pobreza, la contaminación y la explotación degradan la vida, al potenciar la morbilidad, la violencia, las carencias y debilidades de todo tipo.

El derecho a la salud está garantizado constitucionalmente por un Sistema Nacional de Salud de "carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad" (Art. 84). La Misión Barrio Adentro es la concreción de en un sistema de salud de carácter Nacional, articulado con el conjunto de la seguridad social y abierta para los ciudadanos sin ninguna limitación.

A finales del año 1999 en Venezuela ocurre la tragedia en el Estado Vargas, que no fue más que el deslave del cerro El Ávila sobre casi el 70% de las comunidades del Estado Vargas, donde un gran contingente de médicos y médicas cubanos apoyaron en las acciones de salvamento y recuperación de la salud a los afectados por la tragedia,

posteriormente se implementa el plan Bolívar 2000 y luego la Misión Barrio Adentro con el convenio de la República de Cuba y la República Bolivariana de Venezuela, dando así inicio al modelo de gestión en salud respaldada por la democracia participativa y protagónica establecida en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela de 1999.

La Comisión Presidencial Misión Barrio Adentro (2005). Crea el documento Modulo de Barrio Adentro y Salud de la Comunidad con la visión de “la atención a las personas, familias y comunidades con problemas de salud, en los sectores más pobres del país” (Pág. 5) convirtiéndose así en el nuevo modelo de atención y gestión en salud, cuyo objetivo general es construir redes sociales orgánicas que permitan el posicionamiento comunitario de las instituciones para elevar la calidad de vida de los habitantes de los barrios; uno de los medios de posicionamiento son los *Comités de Salud*, los cuales son las organizaciones de base comunitaria que facilitan la participación de la población en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de salud en las comunidades, razón por la cual cada comunidad debe poseer esta estructura de participación, integrada por miembros elegidos en asamblea de ciudadanos que apoyan actúen en colectivo a fin de lograr acciones de salud y calidad de vida.

El modelo de participación comunitaria de los Comités de Salud que hacen parte de la estructura social y comunitaria de participación, podría permitir delinear aspectos importantes derivados de la conformación y fortalecimiento de la promoción de la atención primaria en salud y la participación ciudadana puesto que se articula con las acciones de políticas que defienden el derecho a la salud y calidad de vida de las comunidades.

DOS PROPUESTAS DESDE AMÉRICA LATINA: BIOÉTICA PÚBLICA & BIOÉTICA Y PUEBLO.

La bioética en América Latina ha tenido un desarrollo sostenido. Sin embargo, a partir del Sexto Congreso Mundial de Bioética celebrado en Brasilia en el año 2000, organizado por la Asociación Internacional de Bioética y la Sociedad Brasileira de

Bioética, cuyo tema central fue “Poder e Injusticia”; la bioética tomó parte de los asuntos públicos expresando en los trabajos presentados la existencia de una mirada latinoamericana sobre la bioética, cuyo eje estaba situado en el plano de la justicia y que criticaba las ideas estadounidenses centradas en el ámbito restringido de la atención de la salud y en los dilemas producidos por las nuevas tecnologías médicas (clonación, reproducción asistida, la ingeniería genética entre otros).

Dentro de este marco, comenzó a difundirse a través de artículos publicados en diferentes medios especializados nuevas propuestas de abordaje (tales como: la bioética de intervención⁴, la bioética de protección⁵, la bioética basada en los Derechos Humanos⁶ y la bioética pública⁷) que cuestionan el modelo importado del principialismo por no ser aplicable a las particularidades de nuestra región, en tanto que comparten la convicción de que el problema central de la bioética en América Latina es el de la injusticia social y sus consecuencias.

En la propuesta de Kottow (2011), la crítica se dirige a la bioética que se desarrolla en el ámbito académico, el cual ha desatendido la realidad social porque “se ha limitado en lo empírico a iluminar el origen y la vigencia de las inquietudes éticas y las incertidumbres de las prácticas sociales en el ámbito biomédico”(Pág.63) en este sentido, propone que la bioética latinoamericana tiene el objetivo defenderse de cualquier intento colonial, el que se incluye lo académico, y desarrollar nuevas perspectivas de análisis más situados.

Convertir a la bioética en una disciplina al igual que las demás del campo del conocimiento, sería deslastrarla de su responsabilidad, por lo que hace falta “acercarla a los problemas de relevancia social y enfocar su atención en las preocupaciones del mundo menos desarrollado” (Kottow, 2011:62)

⁴ Garrafa, V. “De una ‘bioética de principios’ a una ‘bioética interventiva’ crítica y socialmente comprometida”. *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular*, Vol. III - N° 2 , 99-103, 2005.

⁵ Schramm, F - Kottow M. “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”. *Cad. Saúde Pública*, vol.17 no.4, Aug. 20, 2002.

⁶ Tealdi, J. C. *Bioética de los Derechos Humanos*, Ediciones UNAM, MÉXICO, 2008.

⁷ Kottow M. “Bioética Pública: una propuesta” *Revista Bioética*, vol. 19(1): 61-79; 2011.

Sin embargo, Kottow señala que la bioética ha tomado distintas formas en la que se ha desarrollado este campo: a) la bioética Académica, que ha recibido duras críticas por su dedicación a temas de escasa relevancia social y a la cual se le ha sugerido apuntar hacia una perspectiva biopolítica; b) la bioética profesional, que se ha dedicado a temas de fundamentación bioética c) la bioética crítica, que se ejerce también desde el ámbito académico sosteniendo discusiones académicas sobre protocolos de investigación y temas normativos d) la bioética biomédica, que se mantiene en contacto con temas de acciones biomédicas y necesidades e intereses de los afectados. Por su parte, la bioética pública no pretende desechar las anteriores posturas sino que propone que el “desarrollo debe ser sinérgico con las formas académicas, profesional y crítica” (Kottow, 2011:66) a fin de vincular la reflexión bioética con la realidad social que requiere orientación y asesoría en la toma de decisiones.

Por otra parte Santos y Vargas en su artículo “Bioética y Pueblo” señala que la Bioética, no se puede limitarse al análisis crítico, que además debe expresarse en lo que el autor llama “un acercamiento discursivo”, es decir, expresado en lenguaje cercano, comprensible al pueblo; sino que este debe movilizar para la acción transformadora.

En este sentido el autor señala que: “la hermenéutica de la bioética es valiosa si, además, se convierte en la defensa apasionada e ilustrada de los marginados y oprimidos por un orden social injusto” (Santos Y Vargas, S/F: 5). De modo que, podemos decir que de lo que se trata es que el discurso bioético intervenga en la realidad social, se exprese en un lenguaje más cercano que movilice a las personas para actuar en correspondencia con los valores identificados en el contexto particular de acuerdo al ethos colectivo.

LA BIOÉTICA Y SU COMPROMISO SOCIAL.

En sus inicios la bioética tuvo una pertinencia sociocultural en consonancia con el sistema social en cual se originó. Rápidamente la bioética como marco teórico crítico, permitió abordar temas y problemas que no solo interesaba a los médicos y

profesionales de la salud, sino que abría el espectro para una nueva perspectiva analítica y transdisciplinaria de indudable proyección global.

La bioética se ha desarrollado ampliamente en su campo más aplicativo hasta ahora conocido como lo es el de la práctica clínica, a través de la elaboración de códigos y protocolos de intervención, el consentimiento informado y dilemas producidos por las nuevas tecnologías médicas. Y el campo teórico y académico a través de disciplinas que buscan su fundamentación tales como la filosofía, la sociología, la teología la historia entre otras. Esa característica de amplitud y variedad temática atrae a muchos investigadores, docentes, divulgadores y autores que demuestran un vigor en la producción de lo que algunos han llamado movimiento bioético mundial.

Sin embargo hablar de bioética como un cuerpo homogéneo y definido sería de plano rechazar la multiplicidad de respuestas bioéticas que se originan en los diferentes contextos y geografías de los pueblos. Esto se evidencia en la diversidad moral de los planteamientos éticos que se dan sobre un mismo tema en contextos diferentes.

En este sentido Santos y Vargas, siguiendo a Engelhardt (1995), expresa que “la función de ayudar a los pueblos a clarificar sus visiones de la realidad y de los valores para lograr en los ciudadanos la auto-comprensión de las categorías culturales que inciden en sus preferencias éticas, es una de las más importantes que puede desempeñar un bioeticista” (Santos y Vargas, S/F: 7)

De allí que sea necesario que los que de una u otra manera estamos comprometidos en cultivar este campo tomemos conciencia que la bioética, tal y como lo plantea Santos (S/F) “ha surgido en sus inicios como un movimiento de carácter social en defensa de la dignidad social y política de las personas, sobre todo, de las personas y comunidades vulnerables” (pág.: 3)

A MANERA DE CONCLUSIÓN.

La bioética como conocimiento transdisciplinario nos plantea retos importantes. La relación entre la Tecnociencia y su aplicación en la sociedad plantea la necesidad de un debate consciente, abierto y plural que dé luces a los investigadores, tecnólogos y tomadores de decisiones para gestionar de manera eficiente las políticas que requiere la sociedad. Las comunidades organizadas, en Venezuela, en especial los consejos comunales y a su vez los comités de salud, plantean la necesidad de una política pública orientada a resolver los problemas urgentes en un ámbito local contextualizado. Dar respuesta desde esa realidad permitiría extrapolar a un ámbito más general los aciertos que puedan ser aplicados en otros ámbitos. Rescatar a la bioética, secuestrada en ámbitos puramente académicos, es un reto al que estamos llamados desde los orígenes de la misma.

BIBLIOGRAFÍA.

ALEXANDER S. (1962) They Decide Who Lives, Who Dies. Life 102.

ANÓNIMO. (1969) Scarce Medical Resources. Columbia Law Review. Págs. 69.

ASAMBLEA NACIONAL CONSTITUYENTE. CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. (1999). Gaceta Oficial Nº 5.453 Extraordinario, del 24 de marzo 2000.

BISHOPS OF THE US AND CANADA. (1971) Ethical and Religious Directives for Catholic Health Facilities. St. Louis: The Catholic Health Association of the U.S.

DECLARACIÓN DE HELSINKI (1964). Revisión de Tokio (1975) y sus enmiendas (Venecia, 1983 y Hong Kong, 1989).

GARRAFA, V. KOTTOW, M. SAADA, A. (Coord.) (2005) Estatuto Epistemológico de la Bioética. UNAM; Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO, Nº 1, México.

GUTTERIDGE F, BANKOWSKY Z, CURRAN W, DUNNE J. (1982) The structure and functioning of ethical review committees. En: Bankowsky Z, Howard-Jones N, eds. Human Experimentation and Medical Ethics. Proceedings of the XVth CIOMS Round Table Conference. Manila, 13-16. IX. 1981. Geneva: CIOMS, Pags. 200-225.

KOTTOW, MIGUEL (2011) *impr.* Revista Bioetica, VOL. 19(01) Pág. 61-76

LEVINE C. (1989) Military Medical Research 1. Are There Ethical Exceptions? IRB; 11(4), págs. 5-6.

SANTOS Y VARGAS, L. (S/F) Bioética y Pueblo. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/TrabajosLibres-Bioetica/13.%20Bioetica%20y%20Pueblo.pdf>, consultado el: 14/01/2013

SINNATHURAY TA. (1982). Ethical Review Procedures in Malaysia. En: Bankowsky Z, Howard-Jones N, eds. Human Experimentation and Medical Ethics. Proceedings of the

XVth CIOMS Round Table Conference. Manila, 13-16.IX.1981. Geneva: CIOMS, 1982;235-8

Tealdi JC. Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá: Unesco, Universidad Nacional de Colômbia, Unesco; 2008.

TEEL K. (1975). The Physicians Dilemma, A Doctor's View: What the Law Should Be. Baylor Law Review, 27, pág. 6-8.

Regulaciones sobre ética de la investigación con seres humanos derivadas del Código de Nuremberg (1947).

WORLD MEDICAL ASSOCIATION. 1985 Handbook of Declarations. Farnborough (Hampshire).