



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Oficina de Montevideo

Oficina Regional de Ciencias
para América Latina y el Caribe



redbioética

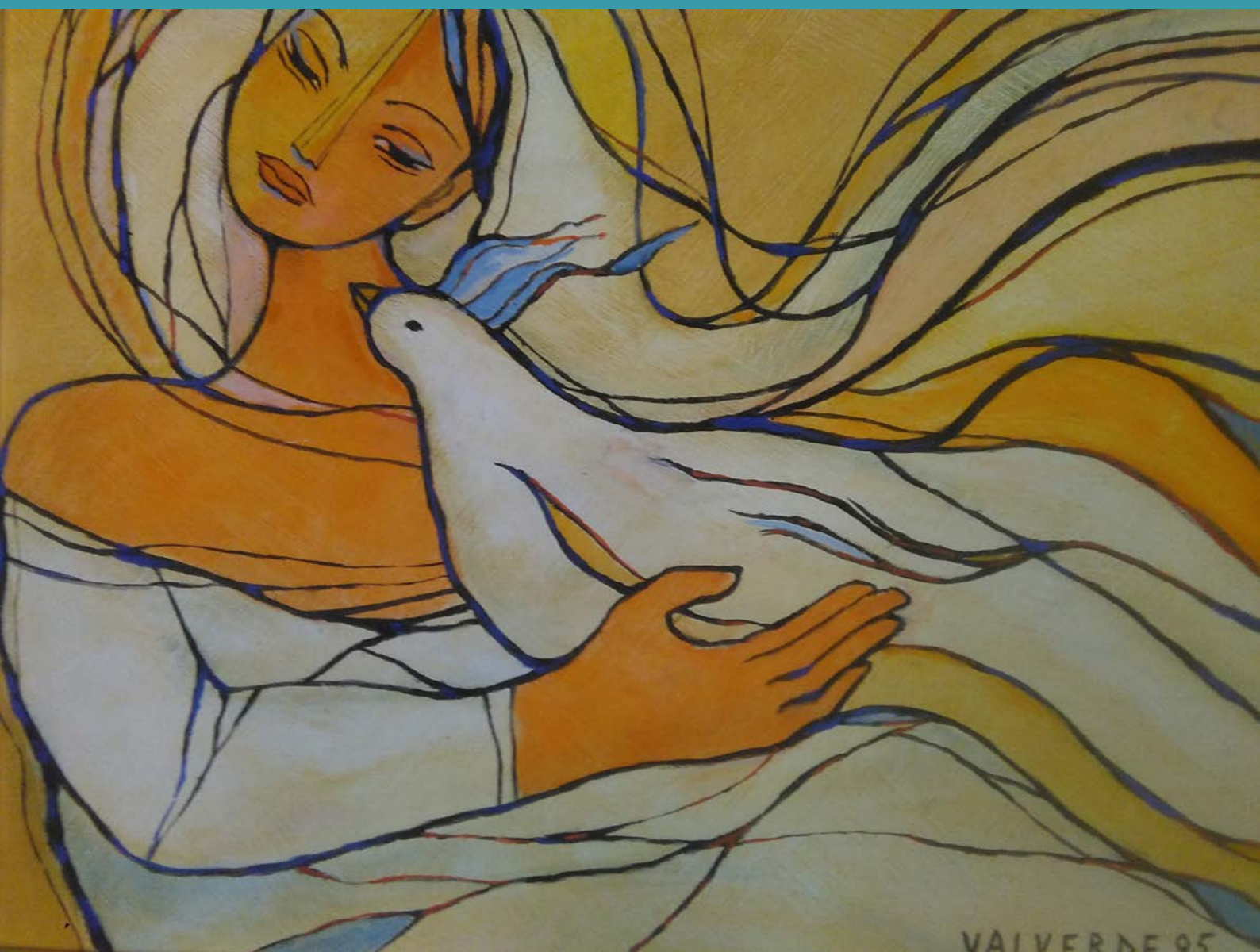
red latinoamericana y del caribe de bioética



Revista Redbioética / UNESCO

Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO

Año 7, Vol. 2, No. 14, julio - diciembre de 2016



VALVERDE 95

La Revista Redbioética/UNESCO es una revista de acceso abierto. Todo su contenido está libremente disponible sin cargo para usos lícitos por los usuarios y/o sus instituciones. Los lectores pueden leer, bajar, copiar, distribuir, imprimir y/o colocar hipervínculos al texto completo de los artículos sin requerir previamente autorización del autor o del editor, de acuerdo con la definición de acceso abierto de la BOAI (Budapest Open Access Initiative). La Revista Redbioética/UNESCO y los autores retienen, sin embargo, el derecho a ser adecuadamente citados.

La Revista Redbioética/UNESCO es una revista semestral on-line dedicada a la difusión y debate de la bioética en el ámbito de América Latina y el Caribe, que publica artículos originales revisados por pares externos, así como también presentaciones en congresos, crónicas, reseñas y noticias. Está dirigida tanto al público especializado en bioética como a la comunidad en general, y es de acceso abierto (según definición BOAI).

Las opiniones aquí expresadas son responsabilidad de los autores, las cuales no necesariamente reflejan las de la UNESCO y no comprometen a la organización.

Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen los datos no implica de parte de UNESCO ni de los autores, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, personas, organizaciones, zonas o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Los contenidos de la presente publicación no tienen fines comerciales y pueden ser reproducidos haciendo referencia explícita a la fuente.

Publicada en el año 2016 por la Redbioética del Programa de Bioética de la Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO para América Latina y el Caribe.

ISSN 2077-9445

© UNESCO 2016

Revista Redbioética/UNESCO
Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética
Publicación semestral on-line
Año 7, Vol. 2 , No. 14

Revista de Libre Acceso (BOAI)

Director: Volnei Garrafa

Editora: Maria Luisa Pfeiffer

Oficina editorial:

Dr. Luis P. Piera 1992, 2º piso

11200 Montevideo, Uruguay

E-mail: revistaredbioetica@unesco.org.uy

Acceso - <http://revista.redbioeticaunesco.org>

Imagen de tapa: Obra del pintor costarricense
César Valverde, "Mujer con Ave Fénix", óleo,
1995, 48 cm x 38 cm, colección privada.

Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO
para América Latina y el Caribe

Dr. Luis P. Piera 1992, 2º piso

11200 Montevideo, Uruguay

Tel.: + 598 2413 20 75

Fax: + 598 2413 20 94

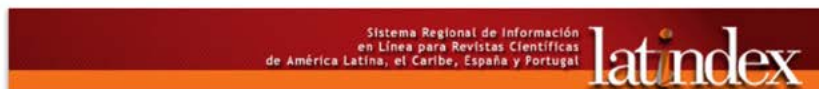
<http://www.unesco.org/montevideo>

Para envío de cartas al editor, favor contactar:

revistaredbioetica@unesco.org.uy

maria3729@hotmail.com

La **Revista Redbioética/UNESCO** se encuentra indizada en **Latindex**



(<http://www.latindex.org/>)

y en el **Directory of Open Access Journals**



(<http://www.doaj.org>)

Asimismo pertenece al **Committee on Publication Ethics**



(<http://publicationethics.org>)

y adhiere al Code of Conduct for Journal Editors

Revista de la Redbioética UNESCO

<http://revista.redbioeticaunesco.org/>

La Revista Redbioética/UNESCO es una publicación bianual que aspira a constituirse en un espacio de debate en el ámbito de la bioética de Latinoamérica y el Caribe, a partir de la difusión de perspectivas regionales y del tratamiento de sus problemas significativos, considerados también en el contexto de la globalización y de la bioética mundial. Se aceptan para su publicación trabajos originales de investigación teórica o de campo, así como revisiones y puestas al día, comentarios de libros y trabajos, entrevistas y cartas al editor. Los comentarios sobre noticias y novedades en el área de la bioética serán bienvenidos en el blog de la Revista.

La revista propone una mirada amplia del campo de la bioética, incluyendo las áreas de la salud (tanto la individual como la pública/global), los conflictos y dilemas planteados por los desarrollos biotecnológicos y su introducción en nuestra región, los avances de la genética y sus derivaciones, los problemas del medio ambiente y el desarrollo económico y social en el contexto de la globalización, así como el conflicto cultural entre los planteos reduccionistas y economicistas y otras miradas integrales históricamente vigentes en el área, tales como las de los pueblos originarios.

Los trabajos pueden ser en castellano, portugués o inglés.

Instrucciones a los Autores: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instrucciones-a-los-autores/>

Instruções a Autores: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instrucoes-a-autores/>

Instructions for Authors: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instructions-for-authors/>

Los trabajos deben ser enviados a Editor: revistaredbioetica@unesco.org.uy

EQUIPO EDITORIAL

Director

Volnei GARRAFA
Universidad de Brasilia, Brasil

Editora

María Luisa PFEIFFER
Universidad de Buenos Aires
CONICET, Argentina

Editores Asociados

Claude VERGÈS
Panamá

Duilio FUENTES DELGADO
Perú

Jaime ESCOBAR TRIANA
Colombia

Marcia MOCELLIN RAIMUNDO
Porto Alegre, Brasil

Marcio Fabri DOS ANJOS
San Pablo, Brasil

Mauricio LANGON
Uruguay

Susana VIDAL
Programa para América Latina y el Caribe de Bioética de la UNESCO
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

Diseño

María Noel PEREYRA,
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

Webmaster

Eduardo TRÁPANI
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

COMITÉ CIENTÍFICO

Adela CORTINA
España
Universidad de Valencia
Real Academia de Ciencias Morales y Políticas

Adolfo MARTÍNEZ PALOMO
México
Universidad Nacional Autónoma de México
Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV)

Aïssatou TOURE
Senegal
Pasteur Institute (Dakar)
Senegalese Scientific and Ethics Committee
UNESCO International Committee on Bioethics

Alfred NORDMANN
Alemania
Instituto de Filosofía
Universidad de Darmstadt

Armando ANDRUET
Argentina
Universidad Católica de Córdoba
Tribunal Superior de Justicia de Córdoba

Carlos GHERARDI
Argentina
Universidad de Buenos Aires

Claudio LORENZO
Brasil
Universidad de Brasilia

Daniel PIEDRA HERRERA
Cuba
Secretario de Política Científica
Academia de Ciencias de Cuba

Derrick AARONS
Jamaica
Comité Nacional de Bioética de Jamaica
Sociedad de Bioética del Caribe Anglófono

Dora PORTO
Brasil
Universidad de Brasilia
Cátedra Unesco de Bioética

Eduardo GUDYNAS
Uruguay
Centro Latinoamericano de Ecología Social (CLAES)

Genoveva KEYEUX
Colombia
Universidad Nacional de Colombia

Henk TEN HAVE
Holanda
Duquesne University
Center for Healthcare Ethics

Jaime ESCOBAR TRIANA
Colombia
Programa de Bioética, Universidad El Bosque - Comisión Intersectorial de Bioética

Jan Helge SOLBAKK
Noruega
Center for Medical Ethics
Universidad de Oslo

José Alberto MAINETTI
Argentina
Instituto de Bioética y Humanidades Médicas - CONICET

José Eduardo DE SIQUEIRA
Brasil
Universidad Estadual de Londrina

Juan Ramón LACADENA
España
Universidad Complutense de Madrid
Departamento de Genética

José Roque JUNGES
Brasil
Universidad do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Juan Carlos TEALDI
Argentina
Universidad de Buenos Aires
Secretaría de Derechos Humanos

Luis JUSTO
Argentina
Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos .
Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén

Marcelo PALACIOS
España
Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)

Miguel KOTTOW LANG
Chile
Universidad de Chile)

Nuria HOMEDES
USA
School of Public Health, The University of Texas
Health Science Center at Houston

Roland SCHRAMM
Brasil
Fundación Oswaldo Cruz

Salvador BERGEL
Argentina
Universidad de Buenos Aires, Cátedra UNESCO de Bioética

Sandra CAPONI
Brasil
Universidad Federal de Santa Catarina

Silvia BRUSSINO
Argentina
Universidad Nacional del Litoral

Sören HOLM
Dinamarca
Universidad de Manchester
Universidad de Oslo

Teresa ROTONDO
Uruguay
Instituto Universitario CEDIAP

Víctor PENCHASZADEH
Argentina
Universidad Nacional de La Matanza

Yolanda GÓMEZ SÁNCHEZ
España
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Catedrática Jean Monnet de la Unión Europea
Comité de Bioética de España

Patricia AGUIRRE
Argentina
Universidad Nacional de Lanús
Instituto de Salud Colectiva

SUMARIO

Editorial

<i>María Luisa Pfeiffer</i>	9
-----------------------------------	---

Artículos originales

Family health, public health and vulnerability in research: Caribbean perspective.....	12
---	----

Derrick E. Aarons

Assentimento da criança para participar de pesquisa sob a ótica da sua capacidade sanitária	19
--	----

Aline Albuquerque

Juicios morales de escolares sobre dignidad, responsabilidad, solidaridad y tolerancia empleando el filme “Aventuras de Pinocho”	31
---	----

Alina Alerm González y Ubaldo González Pérez

As notícias difíceis: qual a visão de pacientes sobre esse tipo de comunicação?	45
--	----

Maria Teresa de Campos Velho,

Wendel Mombaque dos Santos, Cíntia Pavão Gomes,

Gusthavo Mandelli, Bruna Yung e Marianna Assmann Gonçalves

Autonomía solidaria: condiciones individuales, relaciones sociales y bien público	54
--	----

Diego Fonti, María Gabriela Barbás, Analía Cudolá,

Diosnel Bouschet, Griselda Cuello, María Laura González, Silvina Vulcano

y Eduardo Ingaramo

Descarte de medicamentos: meio ambiente, saúde e ética.....	69
---	----

José Roque Junges y Nilceu José Oliveira

Obesidad y bioética	84
---------------------------	----

Miguel Kottow

Bioética, salud mental y los derechos humanos	96
---	----

Octavio Márquez Mendoza, Miguel-Héctor Fernández-Carrión,

Marcela Veyta López, Sergio Ruiz Peña y Rosalinda Guaderrama Guaderrama

Cesáreas en aumento: la postergación del derecho al parto respetado	116
---	-----

María Agustina Toscani Gómez

Las “modas” y tendencias en los conceptos y prácticas médicas en el siglo XX..... 126
Alberto Vázquez

Testimonios

Luis Pérez Aguirre (Perico)..... 140

Recuerdos

Edgar Alberto Novoa Torres 144

Instrucciones a los autores.....

EDITORIAL

Aunque la bioética pretende abarcar como ámbito de injerencia algo más que el que ocupa la medicina, podemos ver que sigue concitando interés que se hable de cuestiones médicas, sobre todo las que se detienen en la clínica o en las investigaciones. La medicina que aparece en los artículos bioéticos que publican las revistas especializadas y que es a menudo criticada en esos mismos artículos, sigue siendo la que obedece casi ciegamente a los mandatos de la cultura de su tiempo que es el nuestro. Vázquez asocia estos mandatos con los de la moda, mostrando en su texto *Las "modas" y tendencias en los conceptos y prácticas médicas en el S.XX*, cómo son obedecidos fuera de toda crítica tanto a nivel farmacológico como en procedimientos quirúrgicos y que son abandonados con lentitud a pesar de no ser los adecuados y muchas veces resultar iatrogénicos. Mandatos que obligan a la medicina a encuadrarse dentro de parámetros científicos. De allí la mal denominada en español, medicina basada en la evidencia, que guía la razón y acción en diagnósticos y terapéuticas, así como la "investigación científica" que se hace para la medicina, que es la que mantiene el prestigio médico. Digo mal denominada en español medicina basada en la evidencia, porque en lo que se basa esa medicina es en la prueba científica (*scientific evidence* en inglés) y no el sentido del concepto de evidencia en español que es el que le da la filosofía: el de enfrentarnos con lo que es. Esa medicina ha reforzado aún más, si ello fuera posible, el carácter positivista de la medicina actual.

Es por ello que seguimos publicando en la revista trabajos que se encuadran en problemas médicos aunque procurando realizar serias críticas al cientificismo que sobrevuela la concepción actual de la medicina que la obliga a sujetarse sin remedio al empleo de tecnologías cada vez más complejas y caras. Se le enrostra a los médicos su alianza cómplice con una medicalización de la vida que favorece a los intereses de una economía capitalista sustentada sobre el consumo y que ello los empuja irremediabilmente a negar su vocación primera que es cuidar la salud de

cada uno y de todos los miembros de la sociedad. La resultante de esto es que los cultores de esta medicina, que no son sólo los médicos, terminan matando la vida en lugar de cuidarla, terminan negando no sólo las metas de la medicina sino toda aprobación ética.

La bioética en cualquiera de sus expresiones plantea un único imperativo "cuidar la vida", defender el derecho a una vida humana plena, acabada, que pueda expresarse en todas sus facetas. Para ello, debe asumir tareas como denunciar, como lo hacen Junges y Oliveira en su trabajo *Descarte de medicamentos: meio ambiente, saúde e ética*, las consecuencias de regirse por cánones biotecnológicos que terminan siendo funcionales a los monetarios, cuando buscan el remedio de todos los males en las drogas legales. Es casi redundante observar que frente a las drogas ilegales se reproduce el mismo razonamiento que frente a las legales: es la droga la que salva del dolor y el sufrimiento. El uso de la biotecnología, de la farmacología ha suplantado al cuidado médico y no sólo médico sino a los cuidados familiares, sociales, estatales sobre la parte de la sociedad que se considera enferma. Es un supuesto que atraviesa la medicina y la cultura en general que la firmeza faltante (*in-firmitas*) sea en el enfermo o el que se siente tal, será provista por drogas, sean caras o baratas, proporcionadas por el mercado o el estado. Por ello es que se exige que las drogas sean cada vez más seguras, más específicas, que no quede ningún "síntoma" sin ser abarcado en esta nueva "guerra moderna" contra la ignorancia y la enfermedad.

El consumo en general y el de drogas en particular necesariamente genera basura. Cuando la producción es masificada debido a que el proveedor es el estado, el resultado son miles de millones de cápsulas, grageas, pastillas, jarabes. Pero como las drogas tienen un tiempo de acción limitado, cuando se vence ese tiempo deben ser arrojadas como desperdicio o quedar guardadas en depósitos o en armarios de casas particulares largo tiempo. Esos modernos medicamentos

que tienen aplicación para una cantidad de enfermedades imposible de establecer, terminan finalmente en la tierra, o en el agua o el aire, según lo que hagamos con ellos: contaminando. El trabajo de Junges y Oliveira muestra cómo los residuos de drogas, sea como restos de tratamientos o metabolitos activos, contaminan el medio ambiente ocasionando daños a la biodiversidad e incluso al ser humano. ¿Quién controla esa contaminación? No sólo debe controlarse el uso de las drogas por parte de los enfermos, sino su producción, su venta indiscriminada, su vencimiento, su efectividad, y tomar medidas en pos de una justicia ambiental y sanitaria. Los estados son responsables de la protección de las generaciones presentes y futuras, del medio ambiente y de la biodiversidad que están amenazados por la producción de drogas legales. Este es un modo más efectivo de cuidar la salud que seguir proporcionando drogas a una demanda que puede ser infinita

El cuidado de la salud por parte de los estados es su único modo de garantizar el derecho a la salud, y supone generar condiciones para que los pueblos vivan vidas deseables, amadas, buscadas, o, usando la calificación aristotélica, felices. La bioética señala algunas cuestiones que impiden que esas vidas estén al alcance de los pueblos, como son los desequilibrios socio económicos que, según Kottow, en su análisis *Obesidad y bioética*, son la causa proximal de la obesidad ya que generan un serio desequilibrio entre el aporte y el gasto calórico. Es notable que en América Latina, la región más desigual del planeta, predomine la obesidad entre los segmentos poblacionales más desmedrados. Lo que lo hace posible es que las políticas públicas que deberían ocuparse con la cuestión, proponen al liberalismo como modelo de relaciones sociales y por consiguiente, para resolver el problema, realizan recomendaciones dietéticas y conductuales individuales, mediante la publicidad y la educación. La obesidad no es una cuestión individual, como casi ninguna lo es en la vida de los hombres que es obligadamente social, por ello debe ser asumida como un tema de salud pública, como lo fue en su momento la transmisión vertical de VIH SIDA. De esta cuestión se ocupan Fonti y su nu-

meroso equipo, en su artículo *Autonomía solidaria: condiciones individuales, relaciones sociales y bien público*, donde muestran los resultados de una investigación que realizó una estimación de los alcances de programas preventivos que más allá de sus primeros impactos positivos, no lograron reducir la incidencia en los índices mínimos esperables. Dejar, como lo hace el liberalismo, todo librado a la autonomía responsable de las víctimas sociales de sistemas desiguales y generadores de exclusión y pobreza, es lo que permite comprender cómo programas de buen pronóstico fracasan por la falta de acompañamiento suficiente por parte del estado. Fonti acentúa sobre todo esa falta en cuestiones pedagógicas y en el acompañamiento personalizado, sin embargo es necesario ir más allá, brindando posibilidades de inserción e inclusión a poblaciones ordinariamente desposeídas por ser discriminadas.

El mismo razonamiento se puede aplicar a los enfermos mentales quienes también son discriminados socialmente y carecen de políticas sanitarias que suplanten los necesarios desequilibrios que genera la enfermedad mental. Márquez y su equipo estudian esta cuestión en su texto *Bioética, salud mental y los derechos humanos*, y califica como violación a los derechos humanos especialmente al derecho a la salud, a esta carencia de programas que no discriminen al enfermo mental desde su mismo tratamiento. Esta inexistencia de políticas sanitarias para salud y especialmente para salud mental aqueja a toda América Latina, pero, según Márquez, muy especialmente a México.

Cuidar la vida es el imperativo que debe obedecer toda conducta individual pero sobre todo debe tenerlo como meta todo estado que pretenda respetar y promover los derechos humanos. Ese cuidado debe manifestarse en todas las circunstancias de la vida, pero especialmente a la hora de nacer, que es cuando se debe cuidar a la madre y al niño. Toscani Gómez denuncia un grave atentado contra ese cuidado en su texto *Cesáreas en aumento: la postergación del derecho al parto respetado*. Denuncia en él, el exceso de partos por cesárea que se producen en la Argentina. ¿Cuál es el origen del exponencial aumento de cesáreas en los últimos años, sabiendo

las consecuencias y riesgos que este fenómeno acarrea? Toscani Gómez lo atribuye al sistema de salud que favorece criterios médicos que no se centran en el bienestar de las mujeres y los niños y niñas por nacer. No podemos descartar que existan además razones comerciales que favorezcan esta práctica que es claramente violatoria del derecho a la vida, cuando no es estrictamente necesaria por razones terapéuticas.

También la investigación puede violar el derecho a la salud, y de cómo evitarlo se han ocupado dos textos publicados en este número. Tanto Aarons en *Family health, public health and vulnerability in research: A Caribbean perspective*, como Albuquerque en *Assentimento da criança para participar de pesquisa sob a ótica da sua capacidade sanitária*, señalan como blanco de visibles violaciones, a grupos vulnerables como pueden ser los adolescentes y las familias. Muestran con datos empíricos que es preciso considerar esas vulnerabilidades en especial y tomar en cuenta el principio ético de justicia para convalidar el derecho a la salud frente a las investigaciones biomédicas. Aarons marca en su trabajo que las históricas injusticias infligidas a los más vulnerables, -lo que pueden incluir tanto a individuos, como a familias enteras o poblaciones- han afectado enormemente el estado de salud de sus habitantes, y exige como primer medida que la agenda de investigación de países en el Caribe y en el más amplio global Sur debe guiarse por sus propias necesidades. Por su parte Albuquerque expone los resultados de una investigación en que se buscó analizar el asentimiento de los niños para participar en las investigaciones, a la luz de su capacidad sanitaria según los modelos de derechos humanos, menor maduro y competencia Gillik. Si bien quedan cuestiones a dilucidar como la edad del menor para asentir, la evaluación de su capacidad sanitaria y los criterios a utilizar para resolver conflictos entre la voluntad del menor y la de sus padres, es un paso importante comenzar a plantear seriamente esta cuestión y todas aquellas que puedan ayudar a sortear los escollos que utilizan las sociedades medicaliza-

das para someter, sobre todo, a los más vulnerables. Campos Velho y su equipo, por su parte, realiza también una investigación empírica sobre uno de los momentos de mayor vulnerabilidad del enfermo y su familia que es cuando debe recibir una mala noticia. En *As notícias difíceis: qual a visão de pacientes sobre esse tipo de comunicação?* asume la voz del enfermo o su familia y sus reclamos.

Si bien es importante seguir reclamando conductas éticas en el ejercicio de la medicina es fundamental tener en cuenta que ningún médico, ningún equipo médico puede ser bueno si no está conformado por hombres buenos. ¿Cuáles son los requerimientos de nuestra cultura para ser un hombre o una mujer buenos? Alern González y González Pérez se han hecho esta pregunta y han investigado en su trabajo *Juicios morales de escolares sobre dignidad, responsabilidad, solidaridad y tolerancia empleando el filme "Aventuras de Pinocho"*, a quién consideran los niños un hombre bueno, asociando el calificativo al ejercicio de conductas que respetan la dignidad, la responsabilidad, la solidaridad y la tolerancia en la vida cotidiana, más allá de su condición social, educativa o profesional.

La Red agradece los aportes de quienes se preocupan y ocupan con cuestiones que deben ser puestas a la luz para poder resolverlas y espera que la revista siga siendo eco de un pensamiento latinoamericano que va alcanzando cada vez con mayor madurez una voz propia.

Un reconocimiento especial al equipo editorial así como a quienes realizan la tarea técnica que permite que la Revista Redbioética tenga un alto nivel de calidad.

Seguimos invitando a todos los bioeticistas latinoamericanos y del mundo a reflexionar sobre las cuestiones que nos atañen y ofreciendo las páginas de la revista para sus trabajos poniendo de manifiesto una vocación permanente de denuncia de la violación de derechos y de creación de propuestas superadoras de esas violaciones.

María Luisa Pfeiffer

Autonomía solidaria: condiciones individuales, relaciones sociales y bien público

Solidary Autonomy: Individual Conditions, Social Relationships and Public Good

*Diego Fonti **
*María Gabriela Barbás ***
*Analía Cudolá ****
*Diosnel Bouschet*****
*Griselda Cuello******
*María Laura González ******
*Silvina Vulcano ******
*Eduardo Ingaramo ******

Resumen

El trabajo transmite reflexiones bioéticas a partir de un reciente estudio sobre transmisión vertical del VIH-SIDA en la Provincia de Córdoba. Los programas destinados a evitar la transmisión vertical de VIH-SIDA han sido mayoritariamente efectivos. Sin embargo, luego de sus primeros impactos positivos, en el caso de la Provincia de Córdoba, Argentina, no se logró reducir la incidencia a los índices mínimos esperables de incidencia de la infección. A partir de esta preocupación, se indagaron las causas, teniendo por hipótesis la carencia de un acompañamiento suficiente, la relevancia de los factores sociales, económicos y culturales, y finalmente la necesidad de tener en cuenta de un modo más integral la autonomía responsable de las personas vinculadas. A partir de los resultados del estudio, se abordó de un modo específicamente bioético la problemática en cuestión, mostrando que la noción de autonomía debe ser enriquecida por criterios tales como reconocimiento, permiso, responsabilidad y solidaridad, los que de este modo significarían también un enriquecimiento de la práctica profesional mediante la labor pedagógica y el acompañamiento personalizado.

Palabras clave: transmisión vertical de VIH-SIDA, autonomía, responsabilidad, solidaridad.

Abstract

The article transmits bioethical reflections as from a recent research on vertical transmission of HIV-Aids in the state of Cordoba, Argentina. Health programs destined to avoid vertical transmission of HIV-AIDS have been mostly effective. Nevertheless, after their first positive impacts, in the State of Cordoba, Argentina, the incidence was not reduced to the minimal expectable rates. The causes of this situation were researched, with the hypothesis of the relevance of the following situations: lack of accompaniment, relevance of social, economic and cultural factors, and finally the need to acknowledge the autonomy of the persons involved in a more integral way. The results of this research are interpreted with a specific bioethical approach, showing that the notion of autonomy has to be enriched by criteria such as recognition, permission, responsibility and solidarity, which would also mean an enrichment of professional practice by means of a pedagogical effort and personalized accompaniment.

* CONICET, Universidad Católica de Córdoba, diegofonti@gmail.com

** Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba, Argentina. mgbarbas2001@yahoo.es

*** Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba. analiacudola@yahoo.es

**** Programa Provincial de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Pcia. De Córdoba. diosnelbouchet@gmail.com

***** Programa Provincial de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Pcia de Córdoba. gri.cuellos@gmail.com

***** Programa Provincial de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Pcia. de Córdoba.

***** Dirección Nacional de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. svulcano21@gmail.com

***** Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Católica de Córdoba

Keywords: HIV-AIDS vertical transmission, autonomy, responsibility, solidarity.

Resumo

Este trabalho relata reflexões bioéticas a partir de um recente estudo sobre transmissão vertical do HIV-SIDA no Estado de Córdoba. Os programas destinados a evitar a transmissão vertical de HIV-SIDA têm sido em sua maioria eficientes, entretanto, após seus primeiros impactos positivos, no caso do Estado de Córdoba, Argentina, não se conseguiu reduzir a incidência aos índices mínimos desejáveis de incidência da infecção. Por isso se indagou sobre as causas, tendo como hipótese a carência de unacompanhameno suficiente, a relevância dos fatores sociais, econômicos e culturais, e finalmente a necessidade de levar em contar de forma mais integral a autonomia responsável das pessoas vinculadas. A partir dos resultados do estudo, se abordou de um modo especificamente bioético a problemática em questão, mostrando que a noção de autonomia deve ser enriquecida por critérios tais como o reconhecimento, permissão, responsabilidade e solidariedade, critérios estes que significariam também um enriquecimento da prática profissional através de um empenho pedagógico e o acompanhamento personalizado.

Palavras-chave: transmissão vertical do HIV-SIDA, autonomia, responsabilidade, solidariedade.

Presentación

Un estudio reciente elaborado por investigadores de instituciones dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Laboratorio Central, Hospital Materno Neonatal, Hospital Rawson, Maternidad Provincial, Hospital Misericordia, Comisión Provincial de VIH/SIDA) Dirección de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación y de la Universidad Católica de Córdoba, titulado “VIH-SIDA: transmisión vertical. Incidencia de los factores sociales y sanitarios”, ha intentado hacer frente a la pregunta de por qué siguen dándose casos de transmisión vertical del VIH – incluso en un número creciente – siendo que los niveles actuales de conocimiento, detección y tratamiento son altamente eficaces para su prevención. La eliminación de la transmisión vertical, inscripta dentro de los Objetivos de la Estrategia 2011-2015, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA)¹, es una responsabilidad de los estados y de los ciudadanos.

En Argentina también se ha constatado un descenso, pasando del 13% en 2000 a 4.5% en 2014. Los diagnósticos y tratamientos tempranos permiten limitar notablemente la incidencia de estas infecciones. Sin embargo, en la Provincia de Córdoba, de acuerdo a lo publicado la cifra no ha decrecido y según datos publicados se podría asociar a controles de embarazo inadecuados para esta infección (Castro et al. 2015).

A partir de esta preocupación, la hipótesis que orientó la investigación referida presuponía una alta incidencia de factores sociales y sanitarios. Los resultados obtenidos son relevantes para toda formulación sistemática y fundamentada de políticas públicas de prevención, que pretendan exceder los contenidos técnicos y biomédicos, y estén en condiciones de asumir otras variables psicológica y socialmente significativas.

Si bien en el contexto de dicha investigación se formularon una serie de interpretaciones de la situación y justificaciones de las intervenciones propuestas a partir de la bioética, fue de modo subordinado a la investigación propuesta y resultados alcanzados. Es por esto que no deben confundirse los objetivos y resultados propios de la investigación aludida, que son el insumo originario de este trabajo, con los objetivos específicamente bioéticos del presente texto. A pesar de la estrecha vinculación de ambos trabajos, fue a partir del estudio sobre TV y sus resultados que los autores concluyeron en la necesidad de un trabajo bioético profundo que supere los ejes estrictamente técnico-científicos. Como se verá en las conclusiones, recomendaciones y acciones, estos resultados implican estrategias tanto pedagógicas (respecto tanto de pacientes como de agentes del equipo de salud) como institucionales (en los procesos de acompañamiento y en las estructuras de gestión). Se entiende también que es necesario un trabajo de análisis y fundamentación bioético más amplio y en condiciones de proveer herramientas para abordar, además,

1 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/jc2034_unaids_strategy_es.pdf

otras situaciones que compartan una estructura análoga en su problemática. Ese es el objetivo del presente trabajo, que interpreta estos resultados a partir de un análisis bioético de la noción de autonomía como concepto necesariamente social e interrelacional, es decir, superador de la noción individualista de un sujeto autónomo que es origen absoluto de sí mismo y de su propia valoración moral. Para ello, este texto plantea en primera instancia y de modo sintético los resultados de la investigación aludida; en un segundo momento se dedica a confrontar la noción clásica de autonomía con estos resultados; y finalmente propone una versión solidaria y social de la misma, que sea más operativa en los conflictos sanitarios donde se dé una tensión entre las libertades individuales, la intención de preservar un bien como la salud, que al mismo tiempo es privado y público, y la atención necesaria a los condicionantes sociales de esta relación. Luego de las conclusiones específicas de esta elaboración bioética, se expondrán como cierre las recomendaciones técnicas específicas del problema original, así como también las acciones concretas que se consiguieron.

1. Estructura y principales resultados de la investigación

1.1 Aspectos metodológicos

La investigación referida planteaba como objetivo general “Identificar factores sociales y sanitarios que influyen en la transmisión vertical de la infección por VIH-SIDA, en maternidades de la ciudad de Córdoba”. La investigación fue de diseño transversal simple, multicéntrico, realizado en tres Maternidades del Subsector Público de la ciudad de Córdoba. Los datos se obtuvieron de las encuestas, expresamente diseñadas para tal fin, aplicadas a mujeres puérperas, durante el período de internación luego del parto previa firma del consentimiento informado, de manera consecutiva y continuada. Se invitó a las personas encuestadas a responder a las preguntas, al tiempo que la enunciación y la toma de sus respuestas fue realizada por personas vinculadas con el equipo de investigación. Se tomaron 245 encuestas, entre mayo de 2014 y agosto de 2015 +/- 5% de error estadístico. Para el análisis esta-

dísticos, se utilizó el programa estadístico –SPSS 12.0.

Las encuestas establecían tres tipos de análisis: a) análisis univariados para establecer las características de la población atendida en los nosocomios y los aspectos que hacen a la experiencia con los efectores en las diversas etapas del embarazo, de la mujer y su pareja, que constituyen hipotéticos factores de riesgo; b) Análisis bivariados para establecer relaciones causales entre las variables independientes y dependientes, es decir las relaciones entre variables estructurales con las del proceso médico en el embarazo, y de éstas con los resultados; y finalmente c) análisis factorial y de cluster, que atiende fundamentalmente a los comportamientos, hábitos y preferencias que determinan posibilidades de asociación simbólica de las puérperas a la hora de decidir campañas públicas de promoción de la salud que promuevan actitudes de prevención y cuidado de la salud. Este análisis agrupa segmentos con máxima homogeneidad interna y máxima heterogeneidad entre ellos, en sus características más salientes, tales como factores objetivos, comportamientos y preferencias. Cabe indicar que el *consentimiento informado* solicitado a las encuestadas, fue aprobado por el Consejo de Evaluación Ética de Investigación en Salud (CoEIS), del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

1.2 Resultados relevantes

A pesar de los diversos niveles de análisis, el objetivo transversal a toda la investigación fue identificar factores sociales y sanitarios que influyen en la transmisión vertical de la infección por VIH-SIDA. Una vez identificados, dichos factores serían insumos imprescindibles para el diseño de estrategias comunicacionales, enmarcadas en políticas públicas, que incluyan a todos los actores involucrados. De este modo, no sería solo una racionalidad instrumental de estrategia comunicativa, sino una racionalidad participativa de consenso, educación y participación que al mismo tiempo respete la autonomía de los decisores intervinientes, para beneficiar a la salud pública en la persona de quienes podrían verse afectados y no están en condiciones de decidir. En este

sentido, el trabajo tuvo resultados y conclusiones relevantes, entre los que a continuación, se seccionan según su pertinencia respecto al objetivo general de este trabajo.

Análisis Univariados : Características de las encuestadas

Edad	El 70.3% < de 28 años y el 51% < de 23 años
Nº de parto	El 32.5 % son primíparas y el 77.5 % cursan entre el 2º o más partos
Nivel educativo	El 7,2 % corresponden a sin estudios y primario incompleto El 65,1 % el Primario completo/Secundario incompleto
Situación laboral previa al parto	El 5,2 % trabajaba en relación de dependencia -con aportes- El 64,7% trabajaba como ama de casa El 13.3% trabajaba por cuenta propia

Composición y características del hogar:

Aportes económicos al hogar	El 52.28% de los miembros de las familias aporta al consumo familiar
Sostén del hogar	El 90% del principal sostén del hogar (PSH) trabaja; el 92 % cumple tareas categorizadas como operativas o no calificadas.
Nivel educativo	El 12.9% del PSH no posee estudio primario o tiene estudio primario incompletos y el 60,6 % tiene el primario completo o el secundario incompleto.
Vivienda propia	El 56.73 % manifiesta vivir en una vivienda propia.
Cobertura social de salud	El 81,22% no tiene cobertura social de salud.
Ayuda económica social	El 24.03% no tiene ayuda social, mientras que el 74.41% tiene ayuda social, y de estos 46.87% tiene más de un seguro social

Examen a los 3 meses de embarazo

Evaluación general del hospital	El 59,5% considera que la atención en el hospital ha mejorado en los últimos tiempos
Accesibilidad al servicio hospitalario	El 68% está de acuerdo en que el transporte es un problema, total o parcialmente
Servicios hospitalarios obtenidos durante el 1º trimestre de embarazo	El 67.5 % asistió al médico antes de los 3 meses de embarazo y de ellas el 77.9% fueron atendidas sin problemas.
Prescripciones de análisis:	Entre el 5 y 8% no se le prescribieron los análisis de enfermedades infecciosas relevadas
Servicios de laboratorio	El 92% se realizó análisis, sólo el 81.9 recibió los resultados

Consentimiento informado	Al 24,1% no se lo pidieron
Resultados positivos	El 49.8 % de las pacientes no recuerda haber recibido asesoramiento al recibirlos.
Control de embarazo	El 10 % de las mujeres consultadas llegó al parto sin control.
Análisis de VIH durante el embarazo	Solo el 14% realizó tres análisis del control por protocolo.
Tipo de parto:	El 65.1% tuvo un parto natural, el 20.5 % tuvo una cesárea no programada, y el 12,9% tuvo una cesárea programada y en el 1.5 % de las encuestadas no fue relevado este dato
Experiencia en el parto	El 58,2 % estaba acompañada cuando comenzaron los dolores de parto y el resto estaba sola o trabajando. El 93.2 % de las participantes fue acompañada al parto por un familiar directo.
Experiencia de las parejas	El 20% de sus parejas recibió el ofrecimiento de análisis –VIH y Sífilis- el 14,5% se lo hizo y solo el 12,9% recibió los resultados.

Análisis multivariados

La población puede separarse en dos segmentos con las siguientes características diferenciales:

Características	Conglomerado	
	Primíparas y secundíparas	Múltiparas
Edad de la Mujer Encuestada	20 a 25 años	30 a 35 años
Nº de embarazo	Entre 1 y 2 embarazos	3 o más embarazos
Nivel socioeconómico	Medio	Bajo
En este embarazo hice una correcta gimnasia preparto	Poco	Nada
Mi pareja me acompañó en el embarazo	Casi siempre	A veces si
Mis amigas me acompañaron en el embarazo	A veces si	pocas veces
Me gusta hacer deportes	A veces si	pocas veces
Cobertura social. AUH	Mayormente no	Mayormente Si
Cobertura social por embarazo	Si	No

Principales conclusiones y recomendaciones a partir de los datos relevados:

Los aspectos sanitarios son los que cobran mayor importancia al analizar las posibles causas que explican el aumento de la incidencia de VIH por transmisión vertical.

El 68% manifiesta que el transporte es un motivo importante que explicaría en parte el por qué de la discontinuidad a los controles pautados. Esta situación conduce a la necesidad de rediseñar estrategias para el acercamiento de los servicios de salud, a fin de aumentar la accesibilidad a los controles de las mujeres embarazadas, fundamentalmente descentralizando el servicio de laboratorio.

En el 1º trimestre, el 67% de las mujeres contactadas asistió al control y en su mayoría considera haber sido atendido sin inconvenientes.

Respecto a los análisis para detección de infecciones de posible TV, entre un 5 y 8% de las encuestadas refieren que no les fue solicitado. En el segmento que sí se realizó los análisis para la serología de VIH y Sífilis, de acuerdo al protocolo, solo el 82% recibió los resultados, demostrando que tanto por parte de pacientes como de profesionales existe una valoración insuficiente de la importancia de cerrar el circuito de la recepción o entrega de resultados y la consejería que completa esta práctica.

Un punto a resaltar, es que en mujeres encuestadas con resultados positivos solo la mitad recibió asesoramiento sobre autocuidados y medidas preventivas para evitar la transmisión vertical o a otras personas.

Respecto al consentimiento informado, requisito indispensable antes de la realización de los análisis, el 24% manifiesta que no les fue solicitado, poniendo en evidencia que no solo no se realiza la consejería pretest como una valiosa oportunidad de instruir sobre las medidas preventivas, sino que tampoco se utiliza como herramienta de bioética. Esta falta de comunicación se asocia además, con la referencia que dieron la mitad de las pacientes con resultados positivos, quienes

manifestaron que tampoco recibieron asesoramiento al recibir estos resultados.

Este aspecto también merece el trabajo con los profesionales del equipo de salud, no solo mediante actividades de capacitación y actualización en los servicios sanitarios, sino sumando a los actores académicos de las carreras de grado y posgrado de estos profesionales quienes son o serán los protagonistas directos de estas acciones.

Si bien en el 3º trimestre las consultas aumentan al 91.6% aun queda casi un 10% que llegan al momento del parto sin controles previos. Respecto al momento del parto, el 93.2 % fue acompañado al parto por un familiar directo. El 73,9% no conocía al médico que la atendió en el parto. Tal vez habría que reforzar el rol de las profesionales obstétricas.

Respecto a las parejas de las encuestadas, solo el 20% recibió el ofrecimiento de análisis –VIH y Sífilis; el 14,5% se hizo los estudios y solo el 12,9% recibió los resultados. Este dato deja en evidencia la oportunidad perdida. Debe trabajarse para el ofrecimiento efectivo de estos test de laboratorio a las parejas.

También surge que, el principal aspecto a tener en cuenta en las estrategias para motivar a esta población es la calidad de atención asistencial que genera satisfacción del paciente- conformidad con el servicio del hospital y provisión de medicamentos- por lo cual a ello deberán apuntar las campañas de prevención de enfermedades de TV.

2. Reflexiones bioéticas

2.1 Autonomía y salud pública: claves de una tensa relación

La pregunta por la autonomía no se abordó de modo específico en las encuestas. No obstante, un análisis de los resultados enfocado en este eje muestra que el público consultado no manifiesta tensión entre los profesionales involucrados en la atención, su propia intimidad y la autonomía. Se podría formular la hipótesis de que la ausencia de tensiones se debe a que el contexto social de

referencia aún tiene una fuerte carga paternalista, y el valor simbólico del estado y de los agentes de salud es significativo. Al mismo tiempo hay que relativizar esta afirmación, ya que si la cuestión se viera desde el paternalismo que demanda obediencia, los resultados muestran que ésta fue relativa. Aquí cabe también preguntarse si el ofrecimiento de los estudios fue efectivamente realizado, si fue claro y comprendido en sus consecuencias por parte de las personas afectadas, y si fue aprovechado como oportunidad educativa por parte de todos los involucrados en la relación. Ahora bien, ¿cuál es la legitimidad de la injerencia pública en los diversos niveles privados de decisión?

En una sociedad que asuma algunos criterios básicos del Estado Liberal, que tiene una de sus bases en la idea moderna de autodeterminación y tolerancia, parece imperioso aceptar el criterio de libertad en las decisiones sobre las propias creencias, el propio cuerpo y el propio ejercicio de la sexualidad. Pero aquí aparece un factor de tensión cuando se plantean aspectos relacionados con la salud pública, siempre que se admita, en clave de estado social, que la salud es además de un derecho garantizado, un bien social primario básico para la realización de cada persona, y al mismo tiempo: que las decisiones exigen la deliberación racional y la libre aquiescencia personal.² ¿Cuáles son, entonces, los límites moralmente legitimados de las regulaciones sociales y sanitarias que involucren al mismo tiempo decisiones personales y efectos sobre otros? Más aún, ¿pueden esos sujetos rechazar los tratamientos que se deriven de la detección de algún tipo de infección, en particular si es transmisible? Y para llevar la pregunta al extremo, ¿cuáles son las respuestas pertinentes ante quienes no realizan las actividades apropiadas tendientes a evitar la transmisión de la infección a otros sujetos? Parfraseando la formulación de Bernard Williams sobre la tolerancia: ¿estamos en presencia

2 Es útil el artículo de Mejía Quintana (Agudelo et al. 2007:71-99) para comprender la fundamentación de decisiones respecto de la justa distribución de los bienes sanitarios, así como la tensión de los estados liberales entre la idea de propiedad de sí y la salud y sus recursos como un bien social protegido. Respecto de los equilibrios necesarios entre los actores involucrados en el caso concreto del VIH/Sida ver en el mismo texto la obra de Alzate Posada (Agudelo et al. 2007:123-131).

de una cuestión moral, que simplemente aprueba o desaprueba un comportamiento de la otra persona pero en clave de tolerancia moderna se ve forzado a aceptarlo, o es una cuestión política que afirma que el estado no debería meterse en estas cuestiones? ¿Lo que está en juego es un tipo de creencia moral o un modo de legitimación del ejercicio político?

El problema, como Williams mismo ve, es que cuando la tolerancia tiene que ver con cuestiones vinculadas a creencias personales sin mayor afectación a otros, las tensiones son menores – o aparentemente más fácilmente resolubles – que si se trata de acciones que directamente tienen efectos sobre los demás (Williams 2005:176). Aquí estamos además en el centro de una creencia central de la modernidad liberal: la sociedad no es sino la reunión más o menos consensuada de sujetos individuales, que no configuran ningún colectivo ni ningún ethos común (Taylor 2006:257ss). No han sido pocas las críticas a esta idea, que sin embargo ha sido muy influyente por ejemplo en las políticas sanitarias. Para tomar una vez más a Williams en función de este trabajo, cuando surge la “demanda de legitimación básica” respecto de la autoridad que las instituciones socialmente legitimadas, se ha buscado desde la modernidad, y en especial desde la última mitad del siglo pasado, al individuo como fuente de legitimidad. En el marco de nuestro trabajo esto lleva a la pregunta por la legitimidad que los diversos actores tienen respecto de iniciar los estudios mandados por protocolo, en este caso relacionados con la salud pre y postparto.

La acción pública sobre las enfermedades infecciosas en general y de transmisión sexual en particular es vasta. Quizás el caso más conocido sea la sífilis, en la que confluyen diversas nociones científicas, morales y políticas: el *morbusgallicus* pasa de ser un castigo divino con vinculaciones cósmicas, a un tema de investigación científica relativamente libre del prejuicio de otras autoridades, luego a una tarea pedagógico-emancipatoria por parte de los médicos, hasta llegar a ser por fin un tema de interés público y político, con los subsecuentes análisis y terapias estatalmente impuestas para proveer a la inmunidad del cuerpo social (Espósito 2013:327). Lo central aquí es

una cierta paradoja, en que la precaución y la capacidad de ser “médico de sí mismo” se vuelven progresivamente ideales que el estado alienta o impone (Bergdolt 2004:180-185). En realidad hay una antigua tradición que se remonta a Platón (*Leyes*, 720a- 721d) y apunta a tratar a los pacientes que son ciudadanos libres *como* libres, es decir, en una relación donde los procedimientos terapéuticos no pueden ser impuestos sino sólo expuestos, justificados racionalmente y donde los pacientes son solo invitados a seguirlos, pero donde la decisión final corresponde a cada sujeto paciente. Este modelo de explicación e invitación toma, a partir de la ilustración, el sentido de un uso de la razón que a la vez sea autónomo y universalizable, o sea, en el que cada uno debe decidir libremente pero teniendo en cuenta que todos deberían poder asumir la misma decisión. Y es a partir del siglo 20 y de las horribles investigaciones dadas a conocer en los juicios de Nuremberg, donde aparece de modo protocolizada la autonomía y el requisito de pedir autorización a pacientes y sujetos de investigación previo a toda práctica sanitaria – clínica o investigativa – relevante.³ También en el siglo 20 aparece la bioética como el ámbito de estas discusiones. Por el marco de surgimiento y validación de la bioética –en un contexto anglosajón de salud, institucionalizado y contractual– las preocupaciones y temas característicos se organizan a partir de principios, tomando especial relevancia la autonomía como la posibilidad de decidir o permitir un curso de acción sobre sí mismo.

Se ha avanzado mucho en el conocimiento de cómo la medicina fue un instrumento de control estatal. Este conocimiento, y la sensibilidad y sospechas que suscita, obliga a preguntar: ¿Qué derecho cabe a un poder institucionalmente legitimado, el estado, a la hora de intervenir en pos del bienestar de sus miembros? ¿Y qué legitimidad tiene una bioética que pretenda ser públicamen-

te intervencionista, siendo que ni siquiera es un poder públicamente legitimado?⁴ Estas preguntas no son meramente teóricas, sino que surgen de la larga experiencia de políticas vinculadas con el VIH. La historia de los debates en Estados Unidos sobre el “consenso voluntarista”, y las negociaciones y acuerdos sobre los rastreos de la infección, muestran el nivel de sensibilidad y respeto por las decisiones privadas que es necesario tener a la hora de definir políticas públicas, tanto para la detección individual como para la vigilancia epidemiológica. La importancia de la confidencialidad y las precauciones para evitar toda discriminación posterior parecen ser condiciones insoslayables para que el consenso de voluntades permita una genuina interacción de decisiones personales, conocimientos científicos e intereses públicos (Bayer 1996).

Es sabido que el principio de autonomía, nacido tanto de la moral kantiana moderna como de la noción de sujeto individual y autoconstituyente, fue una pieza central en el paradigma bioético originado en los países centrales. Sintéticamente la autonomía es la capacidad de ejercer una actividad consciente de sí, independiente, y racional en la determinación de sus fines. Tanto la tradición deontológica, por su concepción de autonomía valor en sí mismo en tanto principio de toda decisión moral, como la tradición utilitarista por su valoración de la libertad sostenida por el principio de utilidad, son fuentes estructurantes de la idea moderna de autonomía (Reich 1995:216). En el ámbito bioético, la autonomía fue la respuesta más determinante frente al paternalismo médico – y de otras instituciones sociales y políticas. La autonomía es un principio estructurador de derechos y decisiones, como también un ideal regulatorio ya que de hecho y a menudo la autonomía contaría con ciertos límites. Estos límites dieron pie a diversas críticas a la autonomía, de las que vale subrayar en vistas a este trabajo, las obligaciones de los actores sociales de preservar condiciones de vida universalmente saludables, frente a decisiones individuales que ponen en peligro ese acceso universal. Autores de diversas

3 Es importante no limitar el repudio moral a lo sucedido en las investigaciones del nazismo. Ya antes, reconocidos científicos, muchos de ellos galardonados, realizaron avances en el conocimiento mediante procedimientos que hoy serían indiscutiblemente inmorales (Bergdolt 2004:249-258). Y mucho después de Nuremberg, las aberraciones dadas a conocer tanto en países centrales como en los periféricos, muestran la vigencia de la necesidad de cuidado ante los intereses económico-científicos.

4 Dos valiosos aportes latinoamericanos en la crítica al paradigma bioético anglosajón provienen de las nociones de bioética de intervención y bioética de protección, elaborados por Garrafa y Kottow (Tealdi 2008: 161ss y 165ss).

corrientes han puesto de relieve los aspectos psicológicos que limitan las posibilidades de autonomía, como son los aspectos sociales estructurales, que evidencian la tensión de la autonomía con otros principios o bienes en juego (por ejemplo la justicia). Sin embargo, parece insoslayable que la autonomía juegue un rol determinante en toda política y práctica sanitaria, ya que lo que siempre está en juego se liga en última instancia con un sujeto que puede o no dar su permiso y se le debe privilegiar antes de toda concepción “benéfica” que otro tenga sobre ese sujeto (Engelhardt 1995:113). Pero en una sociedad cuyos ciudadanos se entiendan a sí mismos como responsables no sólo a nivel individual, sino también vinculados a los demás – tanto en el sentido que las acciones subjetivas siempre tienen impacto social, como en el sentido más profundo de que hay cierta deuda social respecto de los demás – las cosas no son tan fáciles de resolver. A modo de ejemplo, sirve revisar algunas leyes que en Argentina regulan las relaciones sanitarias.

En Argentina está vigente una serie de leyes relacionadas, como la Ley Nacional de Sida 23798 y la Ley 25543 de Obligatoriedad del Ofrecimiento de la Prueba del VIH a la mujer embarazada⁵. No se trata aquí de analizar en detalle cada normativa, sino sólo de destacar algunos aspectos directamente relacionados con la problemática de este trabajo. Es clave que las leyes mandan, ante todo, que ningún procedimiento ni testeo ha de afectar la dignidad de las personas, ni puede humillar a los sujetos, ni puede dar lugar a estudios que luego posibiliten que otros estamentos accedan a la identidad de las personas. Además, las leyes formulan como obligatorio el testeo de sangre de transfusión y órganos de transplante; en cambio, que en el caso de las mujeres embarazadas lo obligatorio es que el test de detección de VIH *sea ofrecido*, mediando, frente a la aceptación de realizarlo, el consentimiento informado y *provisto* por los diversos ámbitos públicos y privados. Esta disposición permite al mismo tiempo garantizar el respeto de la voluntad y la necesaria justicia en el acceso.

5 Los textos de estas leyes y otras relacionadas se hallan en <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/conoce-tus-derechos/legislacion-especifica#dos>

Pero vale notar en vistas a los resultados del estudio que da origen a este trabajo, que la autonomía que está siendo así respetada –tanto en su condición de agencia libre como en la condición básica de información suficiente y accesible– debe pensarse contextualmente, o sea qué amplitud del ejercicio de su autonomía tendrá la persona en vistas a sus relaciones vinculares, económicas, etc. Habida cuenta de que los resultados indican un déficit tanto en el vínculo inmediato con los profesionales de la salud como en el vínculo inmediato de pareja, es necesario pensar estrategias comunicacionales en las que los aspectos pedagógicos de la relación sanitaria, como la responsabilidad en la relación íntima, cobren una mayor significatividad. Esto conllevaría una doble protección, ya que en el período pre y posparto, un trabajo con las parejas de las madres, podría significar el acceso al testeo para evitar posibles transmisiones y proceder adecuadamente en caso de que se hubieran identificado.

Ahora bien ¿a quién corresponde la protección de los ciudadanos? Es preciso descartar dos respuestas inaceptables. Por un lado, pensar que sólo el estado y sus instituciones han de velar para que no se produzcan situaciones de riesgo significa entrar en el peligroso ámbito de una biopolítica de tintes paternalistas e incluso totalitarios, difícilmente aceptables en el contexto contemporáneo de libertad y autodecisión. Por otra parte, la posición neoliberal de que cada persona es su propia protectora, y que según las decisiones y recursos individuales se ha de proveer los beneficios sanitarios, es difícilmente aceptable para una sociedad que entienda mínimamente que los sujetos entre sí tienen responsabilidades mutuas, que cierto nivel de solidaridad no es supererogatorio sino también exigible, y finalmente que la salud –independientemente de las responsabilidades y cuidado sobre sí– es también una construcción social. En este sentido, las políticas sanitarias y las instituciones estatales pueden llegar a cada sujeto, tanto en su persona individual como en el núcleo íntimo significativo, con una tarea de educación y sensibilización, y al mismo tiempo con la oferta y provisión de mecanismos de testeo que permitan a los sujetos conocer su situación particular y tomar las medidas necesari-

rias de autoprotección y derivadamente de protección a los demás.

2.2 La autonomía en clave social

Si la autonomía es vista solo como el ejercicio de un individuo que reclama y ejercita sus derechos, todavía se tiene una comprensión vacía y superficial de la misma. Esta comprensión termina comprendiendo los conflictos como choques entre derechos igualmente legítimos. Por eso vale pensar un modelo más complejo de autonomía, que quizás sirva no solo para los conflictos identificados en este trabajo, sino también para otras situaciones de tensión en las que sujetos autónomos se enfrentan a un momento de decisiones respecto de sí que traen consecuencias a otros.

Floreal Ferrara (1995) relaciona las nuevas condiciones de trabajo en el ámbito sanitario (flexibilización, productividad, etc.) y el modo individualista del liberalismo actual en la comprensión de la salud, en que cada uno es su propio provisor de bienes sanitarios, responsable individual y último de su propia salud.⁶ Al tiempo que critica esta concepción, propone alternativas, como por ejemplo su noción de “participación” como clave superadora. Más allá del valor de este concepto, hay que resignificarlo a partir de una noción de autonomía relacional, intersubjetiva, y solidaria – tanto en el doble sentido etimológico de una construcción hecha de partes mutuamente imbricadas y de un acuerdo en que mancomunadamente se asumen responsabilidades. Para ello, vale identificar la estructura de un tipo de autonomía que no pierda capacidad de decisión y agencia libre, pero que al mismo tiempo se interprete como surgida de una relación con los demás y de hecho vinculada con los demás en sus decisiones. A continuación se proponen algunas claves para la comprensión de esta autonomía en relación.

Reconocimiento: La noción de reconocimiento parece un punto de partida insoslayable a la hora de formular el vínculo entre sujetos autónomos. El reconocimiento significa al mismo tiempo reconocer la alteridad del otro, el derecho propio y ajeno a la autenticidad – es decir, a formular un proyec-

to de vida en el marco de las condiciones y preferencias personales – y la responsabilidad por las consecuencias. Desde dos claves de lectura distintas pero hasta cierto punto complementarias, Honneth (1992) y Ricoeur (2006) han retomado la idea hegeliana de “lucha por el reconocimiento”, actualizándola. Hegel mostraba como primer nivel de reconocimiento, en núcleos cerrados como la familia, que hay una relación de reconocimiento afectivo. Este reconocimiento que en el mundo antiguo se daba por participar de un ethos común simbólicamente fundado, asume características económicas y jurídicas desde la modernidad. Por ejemplo, la noción de posesión podría relacionarse con el caso analizado en este trabajo, ya que el propio cuerpo en tanto el sujeto es dueño, podría significar un punto de partida de derechos y demandas de reconocimiento. Pero este tipo de relación todavía es vacía, en tanto no permite que nos identifiquemos como miembros de una sociedad con deberes y responsabilidades mutuas, donde se alcance la estima social. Cada uno de estos niveles de reconocimiento – afecto íntimo, derechos jurídicos y estima social – puede ser desconocido y negado. La noción de autenticidad y el respeto por las decisiones ajenas en función de la propia autenticidad, significa tener en cuenta los proyectos propios ajenos, la vulnerabilidad y finitud común, y la necesidad mutua que tenemos quienes vivimos en sociedad. Estos aspectos tienen un componente “científico”, en tanto por ejemplo las ciencias naturales y sociales pueden identificar procesos sanitarios y consecuencias sociales inaceptables, pero también permiten sensibilizar respecto de las decisiones personales e institucionales que permiten o impiden el reconocimiento y respeto mutuos.

Permiso, convicción, responsabilidad: el intento de encontrar un punto insuperable de justificación moral para una época de “extraños morales”, o sea una época en que convivimos en una sociedad abierta, quienes poseemos diversas valoraciones y hacemos diversas opciones frente a dilemas morales, llevó a Engelhardt a reducir la idea de autonomía a la idea de permiso. Incluso afirma que la autonomía kantiana, aparentemente formal y vacía, ya incluía algo concreto en tanto no sólo se deben respetar las decisiones

6 Habría que agregar las características empresariales de la medicina actual, y el tipo de consecuencias a las que da lugar (Ferrer 1997:233s).

de los sujetos racionales que se ponen fines a sí mismos, sino que el respeto por esa libertad suya sería el valor fundamental que debe suscitar un sentimiento de respeto. Pero en la lectura de Engelhardt (1995:118), el respeto no significa necesariamente ser solicitadamente y solidariamente activo en pos de la realización de esos ideales ajenos de vida. De este modo, la idea de permiso significaría el respeto por el ejercicio individual de las propias convicciones – en este caso de la propia salud – pero limitaría las injerencias respecto de obligar a los sujetos a responder por otros. Pero sucede que las convicciones propias no solo están en un proceso continuo de tenso diálogo y negociación con otras convicciones subjetivas, sino que además parece ser parte necesaria del ejercicio de las convicciones la responsabilidad hacia las demás. Si bien el permiso respecto de toda decisión que afecte la propia subjetividad es insoslayable, dicho permiso debe ser contextualizado en el marco de todas las relaciones que confluyen y se derivan de él. En este sentido, el ejercicio libre del permiso requiere también de un modelo formativo que al mismo tiempo que le comunique sus derechos, también le permita ingresar en una relación pedagógica de conciencia sobre su origen y sus consecuencias.

Tarea pedagógica, deconstrucción y reconstrucción: André Gorz (1999:68s) señala un aspecto relevante para la tarea pedagógica. Contra el discurso habitual de que la educación tiene como tarea socializar a los sujetos, Gorz afirma que la educación permite romper con formas acrílicas de socialización, es decir, que la educación permite generar individuos autónomos capaces de hacerse cargo de sí y de su responsabilidad para con los demás. Si la socialización permite adquirir habilidades funcionales, la educación permite críticamente pensar y juzgar la calidad de la vida que esa sociedad ofrece, al tiempo que asume o critica sus consecuencias. Esto no va en contra del reconocimiento antes expuesto, sino que permite asumirlo de modo crítico, pensando límites y nuevos horizontes. No se trata de una contradicción sino de una tensión fecunda, como se expresa en el giro “pedagogía de la autonomía” de Paulo Freire (1997).

De algún modo esto puede pensarse en función de la investigación expuesta, donde se mostró en qué medida se pierden oportunidades cuando los momentos de relación de los profesionales con los pacientes no son aprovechados, sea a la hora de solicitar su consentimiento, sea durante los tratamientos, sea en la devolución de resultados. El hecho de que la mitad de los pacientes positivos que recibieron sus resultados afirman no haber recibido indicaciones ulteriores, también puede pensarse como oportunidad pedagógica desaprovechada. Aquí no se trata solo de cuidar aspectos como respeto, información adecuada a las condiciones de los sujetos, ausencia de coerción y respeto por las preferencias, confirmación de la comprensión y apreciación por parte del paciente de la información provista, acompañamiento en la decisión racional y libre sobre el propio tratamiento, etc. (Costa 2008), sino también de hacer extensiva la convocatoria al núcleo relacional significativo de los pacientes.

Un aspecto central, es el de deconstruir creencias. No se trata de criticar las creencias como falsa ciencia o ideologías en el antiguo sentido de conciencia no ilustrada, sino de permitir confrontar las creencias con las afirmaciones de otros campos, de modo de permitir a los sujetos una reconstrucción de sus conocimientos, actitudes y valoraciones. Aquí deben tenerse en cuenta los aspectos “objetivos” relacionados con la transmisión, como los aspectos “subjetivos” como la culpa, y los relacionales como los vínculos de género en cada contexto (Braga Cartaxo et al. 2013/de Souza Neves & Gir 2006). Es decir, las percepciones de sí –por ejemplo, las mujeres encuestadas mayoritariamente autocaracterizan sus actitudes como conductas de cuidado– se pueden problematizar y enriquecer mediante nuevas informaciones y propuestas prácticas.

Autonomía solidaria: Si la autonomía no es su propio origen, sino que es posibilitada o impedida por una red de relaciones, se puede postular la solidaridad en la autonomía. Diversos pensadores han propuesto la noción de solidaridad no como mera beneficencia sino en tanto imbricación mutua de los sujetos, y el campo de la salud es rico en ejemplos de las posibilidades, límites y excesos de esa idea. Se puede recordar al gran

patólogo von Weizsäcker, que postulaba el vínculo de autonomía y autenticidad con la solidaridad, diciendo que “cada vida particular se debe interpretar a partir de su muerte” y que sin embargo hay una “solidaridad de la muerte” (von Weizsäcker 2005:214; 1987:280). Es decir, cada uno de nosotros tiene un proyecto propio que concluye con nuestra propia muerte, pero esta relación nunca es meramente individual. Por sus experiencias en la guerra y como investigador médico afirma que la vida de unos está ligada con la muerte de otros, y lo mismo sucede con la enfermedad: “que mi enfermedad sea tu enfermedad, debido a la solidaridad general de la muerte” (von Weizsäcker 1987:280). En este caso, todo gesto de libertad y decisión alcanza su plenitud sólo con la conciencia de su procedencia, su finalidad y sus consecuencias.

Esta versión enriquecida de autonomía no soluciona toda pregunta ulterior. Por ejemplo, ¿hasta dónde este enriquecimiento del concepto de autonomía puede permitir volver a pensar nuestras prácticas y nuestras responsabilidades sobre las decisiones que afectan al niño por nacer de madres viviendo con VIH? Se trata de un desafío que no puede abordarse en el marco limitado de estas páginas.

3. Dos niveles de conclusiones

La tarea emprendida con un doble registro de objetivos en vista –exponer los que se formularon en la investigación sobre los condicionantes que inciden en la TV de VIH, y los que orientaron este trabajo para una reflexión bioética sobre los resultados de dicha investigación– conlleva también un doble registro de conclusiones. Ante todo se expondrán las recomendaciones y acciones originadas desde los resultados de la investigación empírica, para luego exponer las conclusiones de la reflexión bioética.

3.1 Recomendaciones en clave bioética

Un aspecto central de los resultados de las encuestas y de los datos cuantificables de transmisión del virus en la población estudiada, estrechamente ligado con el objetivo inicial de conocer los factores de incidencia en la transmisión vertical

de VIH, se centra en las características de la relación entre las usuarias del sistema y el equipo de salud. Así, se manifiesta la necesidad de fortalecer el rol socioeducativo de los miembros del Equipo de Salud en varias dimensiones. A la luz de los porcentajes referidos de propuesta de prueba y de comunicación de resultados, se evidencia la necesidad de formar a los equipos en lo referente a la relación de los profesionales tanto con el suministro de información adecuada, completa y oportuna para la toma de decisiones, como en la autonomía o libre decisión de los sujetos. De otro modo, o la intervención sanitaria se vería separada de los procesos de toma de decisiones, o, por el contrario, implicaría una injerencia indebida sobre el cuerpo o la subjetividad de la mujer embarazada o púérpera cuando se realicen sobre ella acciones inconsultas. Se puede relacionar directamente esta tarea pedagógica con las demandas que la Encyclopedia of Bioethics (1995:1239s) formula para el consentimiento *informado*. Al mismo tiempo, una formación continua permitiría evitar consecuencias involuntarias de acciones correctas, como por ejemplo los riesgos de reducir las nociones de autonomía y reconocimiento a una responsabilidad exclusiva de la mujer, operando así una nueva estigmatización.

También se recomienda que en la formación, además de elementos como apertura de información, comprensión, voluntariedad, competencia y consentimiento, se provea un acompañamiento que permita la puesta en práctica del proceso de consentimiento. Así entendido, el consentimiento es un proceso de comprensión progresiva y mutua de una situación en la que se relacionan diversos sujetos –fundamentalmente los terapeutas y la paciente con su entorno vincular, familiar y social– y se posibilita el ejercicio de una libertad concreta mediada por el conocimiento y su evaluación a la luz de sus posibilidades y opciones morales.

A partir de estas reflexiones es que se puede abordar un segundo aspecto no menos fundamental, que es la relación entre la mujer y su pareja. La existencia de la transmisión del virus mediado por la pareja de la mujer embarazada o púérpera señala la necesidad de extender la ta-

rea científica de análisis y pedagógica de formación al núcleo vincular más directo. Desde esta perspectiva, tanto la salud como la enfermedad devienen situaciones familiares. La responsabilidad frente a ellas no puede comprenderse como tarea individual, porque las consecuencias tampoco lo son.

Respecto de las condiciones subjetivas que reflejan las estructuras socioeconómicas y políticas en que esas subjetividades se han formado, es preciso reconocer que esas subjetividades reflejan también los aparatos ideológicos que sustentan dichas estructuras. Esto significa que la tarea debe entenderse tanto en dirección a los núcleos vinculados o familiares como en dirección a las representaciones que sustentan los modos de funcionamiento social. En este sentido, es importante rechazar tanto la culpabilización como la victimización de las personas involucradas en la TV. Por ello, también es necesario revisar la noción de autonomía. Este trabajo no puede darse sólo en el trabajo teórico de los bioeticistas, sino también a partir del trabajo en las instituciones. Esta noción es central para la bioética, pues alude a la libertad de disponer voluntariamente de la propia subjetividad en todas sus manifestaciones. Pero esta noción podría conducir a desconocer que toda autonomía se da en un contexto, que al mismo tiempo significa una serie de límites. Y la pregunta es cómo proveer las condiciones para que una autonomía realmente pueda desplegarse, reconociendo –paradojalmente– cuáles son sus condiciones y condicionantes. Así, la autonomía de un sujeto se ve atravesada por las autonomías de otros y opera sobre las autonomías de otros. Además, la autonomía subjetiva reconoce en la comprensión mediada de los aportes del conocimiento científico, en los modos elementales del razonamiento para tomar decisiones y en el cuidado por los efectos de las mismas, las condiciones indispensables para su funcionamiento. En este sentido, la noción de autocuidado, con la que las mujeres caracterizan su relación con su embarazo, puede enriquecerse mediante informaciones y vínculos cuya consecuencia sea una ampliación progresiva de la protección.

A partir de la información surgida de este estudio, no sólo fue posible elaborar las anteriores

recomendaciones, sino que también avanzar en estrategias orientadas a optimizar el seguimiento y control de las mujeres embarazadas y sus parejas. Se realizaron talleres de capacitación interdisciplinarios e intersectoriales que incluyeron todos los niveles de atención incluidos los profesionales que cursan las Residencias de especialización, donde pudieron sociabilizarse estos resultados y sumar al equipo de salud de manera más participativa. Se logró conformar en el Ministerio de Salud una “Sala de situación de vigilancia Epidemiológica”, denominada “Sala de Situación para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil de VIH y Sífilis, y la disminución del Chagas Congénito en la Provincia de Córdoba”. La misma se organizó en un trabajo colaborativo con asesores de la Organización Panamericana de la Salud y la Dirección Nacional de Sida/VIH e ITS del Ministerio de Salud de la Nación. Se diseñó un servicio de laboratorio móvil garantizando la accesibilidad a las pruebas bioquímicas de sectores más vulnerables. Estas actividades se suman a campañas de comunicación diseñadas para tal fin y orientadas a la captación de mujeres embarazadas en su entorno.

En síntesis, los resultados de esta investigación aplicados a acciones en desarrollo resultan alentadores respecto del objetivo de ir más allá del conocimiento contextual y poder incidir en el ámbito de la salud pública.

3.2 Conclusiones bioéticas

Poco más de una década después de que se tomara conocimiento público de la incidencia del VIH/Sida y de que los estados iniciaran sus medidas sanitarias, A. Brandt (1996) sacaba cuatro lecciones de la historia de las enfermedades de transmisión sexual aplicándolas a la nueva epidemia: 1) el miedo es una influencia poderosa que hay que tener en cuenta, y es imperioso separar los miedos y prejuicios irracionales de los cuidados y preocupaciones racionales mediante la educación; 2) por importante que sea, la educación no controlará la epidemia; 3) las medidas sanitarias obligatorias no controlarán la epidemia (además del riesgo de infringir derechos), 4) el descubrimiento de tratamientos efectivos y vacunas no terminará inmediata o fácilmente con la

epidemia del sida. Han pasado dos décadas, y si bien se constata un avance tanto en aspectos técnicos, procedimentales y terapéuticos, y a pesar de que la sociedad parece haber superado algunas barreras de discriminación y desatención, las lecciones enunciadas parecen todavía tener un valor específico. Por eso, es interesante aplicar estos criterios a la hora de evaluar los resultados de la investigación que diera lugar a este trabajo y a la propuesta de repensar la autonomía desde una intersubjetividad solidariamente imbricada.

Por un lado, las acciones sociales y la disposición de tratamientos parecen haber permitido superar buena parte de los prejuicios y temores respecto de las personas que conviven con el virus y de la infección misma. Pero la separación de prejuicios irracionales y cuidados racionalmente expuestos por vía de educación todavía parece ser necesaria, por ejemplo en el caso de la transmisión vertical y todos los fenómenos vinculados. La disposición de conocimientos y de momentos regulados para su comunicación es insuficiente, a menos que ese hecho pedagógico signifique una genuina comunicación a partir del reconocimiento y la superación de los propios prejuicios. La autonomía, en tanto condición que debe ser respetada y al mismo tiempo comprendida en un marco de relaciones de responsabilidades mutuas, parece imprescindible no solo al modo de aceptación formal de un procedimiento, sino como oportunidad de identificación y cuidado personal y mutuo.

Una clave final es pensar de modo complejo y no reductivo las políticas públicas. Las acciones políticas e institucionales no pueden formularse de modo unidimensional, sino que deben incluir diversos factores: técnicos y científicos, pero también psicológicos, pedagógicos y socioeconómicos.

Entregado 18-10-2016

Aprobado 9-12-2016

Bibliografía

- AGUDELO, S.F. et al. (eds.), 2007. Bioética y salud pública: Encuentros y tensiones, Universidad Nacional de Colombia-UNESCO, Bogotá.
- BAYER, R., 1996. Sida, salud pública y libertades civiles, en PLATTS, M. (comp.), Sida: aproximaciones éticas, FCE, México, pp.35-64.
- BRAGA CARTAXO, C. et al., Gestantes portadoras de HIV/AIDS: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical, Estudios de Psicología, 18, 3, pp.419-427.
- BRANDT, A., 1996. El sida en perspectiva histórica, en M. PLATTS (comp.), Sida: aproximaciones éticas, FCE, México, pp.17-33.
- BERGDOLT, K., 2004. Das Gewissen der Medizin. Ärztliche Moral von der Antike bis heute, Beck, München.
- CASTRO, G., SOSA, M.P., GALLEGOS, S., SICILIA, P., MARIN, A., ALTAMIRANO, N., KADEMIAN, S., BARBÁS, M.G. y CUDOLÁ, A., 2015. Implementación del ensayo de carga viral COBAS Taqman HIV-1 Test, v1.0, para el diagnóstico de la infección congénita por HIV-1, Revista Argentina de Microbiología, 47 (1), pp. 57-61.
- COSTA, M.V., 2008. El manejo de la información médica: el consentimiento informado y la confidencialidad, en LUNA, F. Y SALLES, A., Bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos, FCE, Buenos Aires.
- DE SOUZA NEVES, L.A. y GIR, E., 2006. Creencias de las madres seropositivas respecto de la transmisión vertical del HIV, Revista Latinoamericana Enfermagem, 14(5). Disponible en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/es_v14n5a21.pdf
- ESPOSITO, R., 2013. Biopolitics, en Campbell, T. & Sitze, A. (eds), Biopolitics: A Reader, Duke University Press, Durham/London, pp.317-149.
- FERRARA, F., 1993. Teoría política y salud, Tomo 3, Catálogos, Buenos Aires.
- FERRER, J.J., 1997. Sida y bioética: de la autonomía a la justicia, Universidad Pontificia Comillas, Madrid.
- FREIRE, P., 1997. Pedagogia da Autonomia, Paz e Terra, Rio de Janeiro.
- GORZ, A., 1999. Reclaiming Work Beyond the Wage-Based Society, Polity Press, Cambridge.
- HONNETH, A., 1992. Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Suhrkamp, Frankfurt a.M.

REICH, W.Th., 1995. Encyclopedia of Bioethics, Simon & Schuster MacMillan, New York.

RICOEUR, P., 2006. Caminos del reconocimiento, FCE, México.

TAYLOR, Ch., 2006. Fuentes del yo. La construcción de la identidad moderna, Paidós, Barcelona.

TEALDI, J.C. (director), 2008. Diccionario latinoamericano de bioética, UNESCO-Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

WEIZSÄCKER, V. Von, 1987. Gesammelte Schriften 7, Suhrkamp, Frankfurt a.M.

-----2005. Patosofía, Libros del Zorzal, Buenos Aires.

WILLIAMS, B., 2005. En el principio era la acción. Realismo y moralismo en el argumento político, FCE, Buenos Aires.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. Los trabajos originales deberán tener una extensión de hasta 8000 palabras, con las fuentes bibliográficas al final del texto en orden ortográfico, pudiendo contener notas de comentario al pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx), letra Verdana tamaño 10 con interlineado de 1,5.

Las reseñas no deberán pasar de las 1.000 palabras incluyendo título y notas.

2. Título del artículo centrado en negrita, en castellano e inglés utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda (en castellano la primera letra de cada párrafo o los nombres propios, en inglés todos los sustantivos, adjetivos y verbos), sin subrayar. Letra Verdana tamaño 10 con interlineado sencillo.

3. Autor/es: nombres y apellido en el margen izquierdo, en Verdana tamaño 10, con nota a pie de página (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y/o pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo en Verdana tamaño 9.

4. Resúmenes en idiomas español, inglés y portugués, de hasta 150 palabras cada uno, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir cinco (5) palabras clave en los tres idiomas, en minúsculas (excepto nombres propios) y separadas con comas. Todo en letra común no negrita. Ej. Palabras clave: Garrafa, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.

5. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar, en negritas.

6. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el

epígrafe correspondiente).

7. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, sin comillas, sin utilizar itálicas ni negritas. Interlineado 1,5, letra Verdana 10 sangría izquierda y derecha 1.

8. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto y deben mantener la forma de referencia siguiente: (Apellido autor (minúscula) año). Ejemplo: (González 2010). En el caso de cita textual incluir página/s. Ejemplo: (Goldschmitt 1988:49). En caso de más de una cita del mismo autor se ordenará cronológicamente por año de publicación del más antiguo al más reciente. Ej.: (González 1998, 2001). Igual criterio se utilizará en caso de ser trabajos del mismo año, utilizando las letras, a, b, c, etc. Ej.: (González 2001a) (González 2001b). En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. ó et al.

9. La bibliografía debe colocarse al final del artículo sin sangrías y por orden alfabético, sin numeración, referenciando únicamente aquella citada en el artículo (si resulta necesario especificar otros datos –edición original, modificaciones en las ediciones, etcétera– deberá añadirse al final de la cita correspondiente). No se utilizará el formato “Citas al final” del programa Word.

- artículos de revistas deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas con punto, año (sin paréntesis). Título del trabajo citado (sin comillas, sin itálica), nombre de la revista, año, volumen, número, lugar, paginación. Todo separado por comas, al final punto. Ejemplos: VIDAL, S., 2010, Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina,

Revista Redbioética/UNESCO, Año 1, Vol 1, No 1, Montevideo, 112-134.

- los libros se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas con punto, director o compilador si corresponde entre paréntesis, año, título, edición si la hubiere, editorial, lugar. Todo separado por comas, al final punto. Ejemplo: JURY, W. A., GARDNER, H. W., 1991, Soil Physics, John Wiley & Sons, New York.
- Capítulo de libro: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas con punto, año, título del capítulo, en autor(es) del libro con mayúscula el apellido, mayúscula la inicial del nombre con punto, director o compilador si corresponde entre paréntesis, título, editorial, lugar, paginación. Todo separado por comas, al final punto. Ejemplos: MORALES J., CUCUZZA F., 2002, Biografías apócrifas en bioética, en GOSTIONIZ J. (comp), Escritos de bioética, Ed. Sanjuaninas, San Juan, Argentina, pp. 123-164.
- Citas de documentos y/o declaraciones institucionales. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, Todo separado por comas. Según el siguiente modelo: CEPAL - Comisión Económica para América Latina, 2002, Globalización y desarrollo Social, Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en:<http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG-2157SES293/Globa-c10.pdf> Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará al final de la cita, la URL de la página web en la que se pueda acceder al trabajo citado.

Declaración de conflicto de intereses

Cada uno de los/as autores/as deberá llenar por separado este formulario:

1) En relación con el trabajo que ha enviado para su publicación: ¿tiene algún conflicto de intereses para manifestar?

NO

SI

2) En caso de que considere que sí lo tiene, por favor especifique tipo y causa del mismo (esta declaración se incluirá al final del trabajo publicado):

Título del trabajo:

Fecha de envío:.....

Firma del autor/a:

Envíe este formulario firmado y escaneado a revistaredbioetica@unesco.org.uy

Lista de verificación

Por favor, verifique cuidadosamente esta lista de requisitos editoriales y envíela junto con el trabajo para publicar. **Estos requisitos son indispensables para que el trabajo ingrese al proceso editorial.**

Item	SI	NO
1. Este es un trabajo original y no ha sido enviado simultáneamente a otra revista para su publicación		
2. Si el trabajo ha sido presentado y/o publicado parcialmente en Actas de reuniones científicas esto está aclarado en el mismo		
3. El trabajo está en documento .doc - .docx - .odt , letra Verdana, tamaño 10, interlineado 1,5		
4. Título centrado, letra normal, con mayúsculas/minúsculas, sin subrayar ni negrita		
5. Autor/es: nombre y apellido completos con llamada tipo *		
6. Llamada tipo * indicando título, cargo, lugar de trabajo y/o pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo, inmediatamente después del cuerpo del texto principal y antes de las notas y/o bibliografía		
7. Resúmenes en idiomas español, inglés y portugués, de hasta 150 palabras cada uno, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave en los tres idiomas, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas		
8. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.		
9. Cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones enviados en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto		
10. Citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto y deben mantener la forma de referencia siguiente: (Apellido autor, año). Ejemplo: (González, 2010). En el caso de cita textual incluir página/s. Ejemplo: (Goldschmitt, 1988:49). En caso de más de una cita se ordenará cronológicamente por año de publicación del más antiguo al más reciente. Ej.: (González, 1998, 2001). Igual criterio se utilizará en caso de ser trabajos del mismo año, utilizando las letras, a, b, c, etc. Ej.: (González, 2001a) (González, 2001b). En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. ó et al.		
11. Bibliografía al final del artículo sin sangrías y por orden alfabético, sin numeración, referenciando únicamente aquella citada en el artículo		

Item	SI	NO
<p>1. Artículos de revistas siguen el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.</p>		
<p>2. Libros están citados: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título, edición si la hubiere, editorial, lugar, paginación.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>JURY, W A, GARDNER H W. 1991. Soil Physics. John Wiley & Sons, New York, 328 p.</p>		
<p>3. Los capítulos de libro están citados: Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), título, editorial, ciudad, páginas.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>MORALES J, CUCUZZA F. 2002. Biografías apócrifas en bioética. En GOSTIONIZ J (comp), Escritos de bioética, Ed. Sanjuaninas, San Juan, Argentina, pp. 123-164.</p>		
<p>4. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se han hecho colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:</p> <p>CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf</p> <p>Si la edición citada era impresa se consignó el lugar de edición como en el caso de los libros.</p> <p>De ser posible se agregó la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.</p>		
<p>5. Se adjunta la declaración de conflicto de intereses</p>		
<p>6. Se adjunta la carta de cesión de derechos de autor</p>		

Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO
para América Latina y el Caribe

Luis Piera 1992, Piso 2
Montevideo 11200, Uruguay
www.unesco.org/montevideo
montevideo@unesco.org

tel. (598) 2413 2075
fax (598) 2 413 2094