

LA BIOÉTICA DE INTERVENCIÓN Y EL ACCESO AL SISTEMA SANITARIO Y A LOS MEDICAMENTOS

Volnei Garrafa *

Resumen

El presente texto discute el derecho de las personas al acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales en el mundo contemporáneo. En este sentido, hace una crítica a la teoría principialista de la bioética, hegemónica y útil en muchos aspectos, pero impotente para trabajar los macro-problemas éticos relacionados con la salud pública y colectiva de las naciones pobres. El autor presenta una propuesta epistemológica de Bioética de Intervención, con el objetivo de dar más visibilidad y la indispensable politización de la bioética social. Para desarrollar el tema, presenta tres categorías que sirven a la discusión: empoderamiento (desarrollada por Amartya Sen); liberación (desarrollada por Paulo Freire) y emancipación. Termina el estudio afirmando que la acción efectiva y organizada de los países pobres del hemisferio Sur en la construcción de la reciente Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, que incorpora la temática social y de salud pública en su contenido, demuestra que es posible actuar de modo orgánico e interventivo en la construcción de instrumentos que proporcionen mayores posibilidades para el acceso de las personas y pueblos a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales para su mayor bien-estar.

Introducción

La oportunidad de desarrollo de un Congreso Mundial de Bioética en un país europeo es muy especial para que se discuta el acceso de las personas a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales en este inicio de Siglo XXI. Además de que la expectativa de vida de las personas al nacer es creciente en los últimos años en muchos países, el desarrollo científico y tecnológico proporciona cada día más posibilidades de longevidad. Estos progresos, todavía, dejarán los sistemas sanitarios proporcionalmente más caros y muchas veces inaccesibles, mismo para ciudadanos que viven en naciones ricas. La situación en los países pobres, por lo tanto, es aún más dramática. A pesar de los problemas que empiezan a surgir en las naciones desarrolladas, la universalización del acceso a los beneficios más básicos del consumo humano, incluyendo la salud, es crecientemente desigual cuando comparados los países ricos (centrales) y países pobres (periféricos) del mundo. La discusión del tema, en este sentido, es imprescindible a la agenda bioética actual.

De una “bioética neutral” a una “Bioética de Intervención”

En los años 1990, nuevas perspectivas teóricas críticas emergieron en el contexto de la bioética (GERT & CLOUSER, 1990; HOLM, 1995; GERT, CULVER & CLOUSER, 1997). Estos cuestionamientos tuvieron el merito de llamar la atención para cuestiones hasta aquel momento consideradas solamente de modo tangencial por los enfoques tradicionales, principalmente aquellos de inspiración o raíz “principalista” (GARRAFA, DINIZ & GUILHEM, 1999). Innumerables problemas persistentes o cotidianos pasaron a hacer parte

obligatoria de la agenda de investigadores, principalmente latino-americanos, que empezaron a trabajar con una bioética transformadora, comprometida e identificada con la realidad de los llamados “países en desarrollo” (GARRAFA, 1995; GARRAFA, 1997; KOTTOW, 1999; GRANDA, 2000; SCHRAMM & KOTTOW, 2001; GARRAFA & PORTO, 2003; KOTTOW, 2004; TEALDI, 2005; SCHRAMM, 2005; GARRAFA, 2005), como los siguientes: la exclusión social y la concentración de poder; la pobreza, la miseria y la marginalidad; la globalización económica internacional y la evasión dramática de recursos de los países periféricos para los países centrales; la manipulación de la información; la falta de consolidación de la cultura (o de políticas efectivas...) de defensa de los derechos humanos universales y de la ciudadanía; la inaccesibilidad de los grupos económicamente más frágiles a las conquistas del desarrollo científico y tecnológico; y la desigualdad de acceso de las personas pobres a los bienes de consumo básicos indispensables a una supervivencia humana con dignidad; entre otros aspectos.

A partir de la constatación de todos estos indeseables indicadores de desequilibrio social, con sus contradicciones éticas indefensables, es que la búsqueda de respuestas éticas y prácticas, con base en referenciales teóricos más apropiados, pasa a ser prioritaria para los países del hemisferio Sur del mundo. A partir de una nueva base de sustentación crítica y epistemológica, dialécticamente relacionada con las necesidades de las mayorías poblacionales excluidas del proceso de desarrollo, los conflictos rutinariamente detectados por los especialistas periféricos dedicados a la bioética de aquí en adelante podrán pasar a ser enfrentados con más objetividad.

La teoría principialista propuesta por Beauchamp & Childress (BEAUCHAMP & CHILDRESS, 2001) y que se tornó hegemónica en la bioética de los años 80 y 90, a pesar de sus muchas virtudes, es

reconocidamente impotente para enfrentar y resolver los macro-problemas éticos relacionados con diversos campos de la salud pública como y colectiva.

En ese sentido, tomando como referencia el año de 1998, se inició la discusión de una propuesta de Bioética de Intervención, como una perspectiva periférica a los abordajes tradicionales de la bioética, principalmente el principialismo, de fuerte connotación anglosajón. La Bioética de Intervención defiende como moralmente justificable para las naciones pobres, entre otros aspectos: a) en el campo público y colectivo: la prioridad para políticas públicas que privilegien el mayor número posible de personas, por el mayor espacio de tiempo y que resulte en las mejores consecuencias, con excepciones puntuales a ser discutidas caso-a-caso; b) en el campo privado e individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas para los conflictos identificados con el propio contexto donde el problema ocurre.

Esa nueva propuesta teórica propone una alianza concreta con la banda más frágil de la sociedad, con inclusión de la re-análisis de diferentes dilemas, entre los cuales: autonomía *versus* justicia; justicia *versus* equidad; beneficios individuales *versus* beneficios colectivos; individualismo *versus* solidaridad; omisión *versus* participación... En los países periféricos, la mayoría de la población sigue luchando por la obtención de condiciones mínimas de supervivencia y dignidad. En estos lugares, en general, la concentración del poder y de la renta se encuentran en manos de un reducido, y cada vez menor, número de personas. La mundialización de la economía por el fenómeno de la globalización, por su vez, al contrario de disminuir las diferencias entre ricos y pobres del planeta, embruteció todavía más las contradicciones, acentuando los problemas. No se puede dejar de mencionar, por supuesto, también las diferencias existentes al interior de los propios países pobres, donde verdaderas

islas de ciudadanos socialmente “centrales” están cada vez más distanciados de aquellos socialmente “periféricos”.

Los especialistas de la bioética (bioeticistas, se prefieren los lectores...) que trabajan con unos y otros países o con unos y otros grupos sociales (privilegiados/incluidos y dis-privilegiados/excluidos), por lo tanto, acaban por tener que enfrentar conflictos y problemas de orígenes diversos, así como de dimensiones y complejidades también completamente diferentes. Las respuestas a los hechos, las interpretaciones de estos, bien como la decisión para su resolución o por lo menos para darles un sentido favorable, por lo tanto, también no pueden ser iguales. En sus 35 años de vida, la bioética adquirió el perfil histórico de una herramienta teórica y metodológica comprometida con la intermediación de los conflictos, con en el sentido de reforzar la parte más frágil de las interrelaciones socialmente establecidas.

Lo que gran parte de los bioeticistas de países periféricos parece no más aceptar – y los de América Latina particularmente – es el creciente proceso de despolitización de los conflictos morales. Lo que ocurre, muchas veces, es la utilización de la justificativa bioética como herramienta, como instrumento metodológico, que termina sirviendo de modo neutral exclusivamente para lectura e interpretación (a)crítica de los conflictos, por más dramáticos que sean. De este modo, es amenizada (y hasta anulada, apagada...) la gravedad de las diferentes situaciones, principalmente aquellas colectivas y que, por lo tanto, acarrearán las más profundas distorsiones sociales.

Para recordar la necesidad de la bioética dedicarse con más vigor al tema de las desigualdades sociales, es suficiente recordar que existen países como Sierra Leona o Burkina Faso, en África, donde las personas tienen una expectativa media de vida al nacer alrededor de los 40 años de edad, mientras en lugares como Japón, Estados Unidos y muchos países europeos, individuos de

la misma especie ya garantizaran el derecho de vivir por lo menos el doble del tiempo. En la misma línea de raciocinio, las inversiones comerciales en investigaciones con nuevos medicamentos son tremendamente desproporcionadas caso se haga una comparación entre el interés en controlar enfermedades propias de los países avanzados (enfermedades crónico-degenerativas) con aquellas comunes a las naciones periféricas (malaria, enfermedad de Chagas, leishmaniosis...), donde los recursos económicos para adquirir las nuevas drogas son escasos. En resumen, lo que determina las líneas de investigación no son las necesidades sanitarias crecientes que afligen los ciudadanos periféricos, sino el mercado, cada día más perverso, con reglas unilaterales y proteccionistas para los países ricos, los más insensibles. Estados Unidos sigue recusando firmar el Tratado de Kioto a respeto de la biodiversidad, a pesar de que con solamente 3% de la población mundial es responsable por 19% de la emisión de gases nocivos en la atmósfera, que tantos trastornos ya empezaron a causar.

Ya es hora de rescatar el verdadero sentido de equidad, que no representa lo mismo que igualdad. La igualdad es la consecuencia deseada de la equidad, siendo esa solamente el punto de partida para que se llegue hasta aquella. Es solamente por medio de las diferencias y de las necesidades diversas de los sujetos sociales que se puede alcanzar la igualdad. La igualdad no puede más ser tratada teóricamente como un punto de partida ideológico y abstracto, mirado exclusivamente de forma horizontal y que escondía las diferencias. La igualdad es el punto de llegada de la justicia social, referencial de los derechos humanos más elementares, donde la meta futura es el reconocimiento de la ciudadanía (GARRAFA, OSELKA & DINIZ, 1998).

La equidad, o sea, el reconocimiento de necesidades diferentes, de sujetos también diferentes, para attingir objetivos iguales, es uno de los caminos de la

ética aplicada frente la realización de los derechos humanos universales, entre ellos el derecho a una vida digna, representado en esta discusión particular por la posibilidad de acceso a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales a la supervivencia humana en el mundo contemporáneo.

Así, frente a las agudas cuestiones mundiales aquí mencionadas y que se refieren al campo de la ética, se decidió proponer a los países periféricos un nuevo enfoque epistemológico para la bioética, a partir de prácticas más directas e interventivas en el *satus quo*, con el sentido de mejor instrumentalizar el Estado (poder público) y las poblaciones (poder social) en la búsqueda de disminución de las inequidades constatadas. En la Asamblea Anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizada en Ginebra, en abril del 2001, el gobierno brasileño proporcionó un ejemplo concreto en ese sentido al proponer – y tener aprobada – la tesis de que en casos de graves riesgos colectivos para la salud pública, el acceso de los países a los medicamentos debería pasar a ser reconocido como un derecho humano. Esta propuesta se concretó formalmente algunos meses después cuando, en la Asamblea Anual de la Organización Mundial del Comercio (OMC), realizada en Doha, en el Catar, después de duros embates, se aprobó definitivamente la posibilidad de quiebra de patentes de medicamentos, por ejemplo, antiretrovirales, dramáticamente necesarios en algunos países.

Inclusión social en el contexto de la bioética

El tema de la inclusión social recibió soporte teórico a partir de diversos conceptos discutidos en el campo de la salud pública en los últimos años. En el campo de la bioética, igualmente, diferentes autores han tratado del asunto a

partir de ángulos e interpretaciones también diversos. Del mismo modo que es importante el significado de la expresión escogida, lo son también las justificativas y sustentación argumentativa con relación a su utilización. Para el objeto de la presente discusión, son estudiadas tres expresiones recurrentes – **empoderamiento, liberación y emancipación** – que pueden contribuir para el debate sobre cuales referenciales más se prestan a justificar y sostener la intervención bioética en el campo social.

Empoderamiento

La palabra **empoderamiento**, traducción libre y directa del inglés, tuvo su utilización fortalecida a partir del momento en que el científico indiano Amartya Sen recibió el Premio Nobel de Economía. En los idiomas de origen latino, esa versión proporcionó una palabra fea, de difícil pronunciación y audición, pero que, todavía, tiene un apelo práctico especialmente grande. De cualquier modo, a lo largo de toda su obra, es justo registrar que Sen, para dar la idea de empoderamiento, utiliza la palabra libertad:

“Para que se torne posible superar el hambre, la pobreza, las amenazas de destrucción del medio ambiente y otras formas de inequidad, se exige de la sociedad una postura de complicidad fortalecedora de la idea de libertad, de la cual ella misma no puede escapar” (SEN, 2000).

La idea de empoderamiento de los sujetos individuales, vulnerados en consecuencia del proceso histórico y de las características culturales de las sociedades en las cuales están inseridos, está incluida en la totalidad social, actuando como elemento capaz de amplificar las voces de los segmentos ajenos al poder de decisión y promoviendo su inserción social. El tema del empoderamiento estaría, por lo tanto, sostenido en la articulación orgánica

entre los diferentes grupos y segmentos, proceso que, conforme ya decía Durkheim, es lo que transforma un mero aglomerado de individuos en una sociedad (DURKHEIM, 1990).

Lo que confiere humanidad a los seres biológicamente reconocidos como humanos es resultado de un proceso colectivo, que se consubstancia en la producción y reproducción continuadas de los significados atribuidos a las prácticas sociales. En ese sentido, la propuesta aquí defendida pasa por el requisito de que la acción social políticamente comprometida es aquella con capacidad de transformar la *praxis* social. La bioética social de intervención, pues, exige de aquellos que a ella se dedican, además de disposición, persistencia y preparo académico, una especie de militancia programática y coherencia histórica por parte del investigador.

Tal definición se coaduna con los marcos teóricos delineados por la Bioética de Intervención, que apunta el límite del cuerpo – juntamente con la finitud de los recursos naturales - como parámetro referencial de la intervención ética. Ella identifica e incorpora la dimensión social, la percepción de la persona como una totalidad somática en la cual están articuladas las dimensiones física y psíquica, que se manifiestan de modo integrado en las interrelaciones sociales y en las relaciones con el medio. En este sentido, la visión de empoderamiento delineada por Sen establece el puente entre los individuos, cuya corporeidad sostiene el proceso de producción y reproducción social y la colectividad de la cual estas personas hacen parte. Se explicita, así, la relación dialéctica entre reflexión y acción en la responsabilidad individual y colectiva, por el impacto que las acciones de los individuos producen en la realidad.

Liberación

Las ideas de Sen a respecto de empoderamiento pueden ser comparadas con el pensamiento del notable educador brasileño Paulo Freire. Guardadas las peculiaridades de cada palabra y de cada contexto, Sen de cierto modo expresa con el uso de la categoría empoderamiento lo que Freire denomina de **liberación**.

Todavía, la idea de liberación implica más do que el simples reconocimiento de la existencia del poder. Ella, necesariamente, apunta para el *locus* donde se instalan las fuerzas capaces de obligar a la sujeción y a la fragilidad, manifiesta en la incapacidad de muchas personas de se desvencijar de la sumisión. Al definir estos polos, Freire identifica la oposición entre el cautiverio, o la privación del derecho de escoja, y la liberación, como el verdadero ejercicio de la autonomía. Señala, además, que los sujetos sociales son, eminentemente, atores políticos, cuya acción puede tanto mantener como transformar el *status quo*. La categoría liberación desnuda las posiciones de poder y permite imaginar una toma de posición en el juego de fuerzas por la inclusión social.

La utilización de esta categoría en la Bioética de Intervención, pretende apuntar en cual dirección se debe conducir la lucha política para garantizar tal libertad. Su adopción proporciona más visibilidad a la lucha de ciudadanos y ciudadanas que logran su inclusión social, sea en el contexto de la salud o en contextos más amplios, a partir de la toma de conciencia sobre las fuerzas que los oprimen y por la acción concreta en oposición a ellas. Paulo Freire es particularmente contundente al criticar el preciosismo académico y su malvada consecuencia, la asepsia moral, que constituyen obstáculos a la liberación:

“De ahí el tono de rabia, legítima rabia, que involucra mi discurso cuando me refiero a las injusticias a que son sometidos los desaharrapados del mundo. De ahí mi ningún interés de, no importa cual orden, asumir un aire de observador ‘cenizento’ e imparcial, objetivo, seguro, de los hechos y acontecimientos, lo que, todavía, jamás me alejó de una posición rigurosamente ética. Quien observa lo hace de un cierto punto de vista, lo que no sitúa el observador en error. El error, en verdad, no es tener un cierto punto de vista, pero tornarlo absoluto y desconocer que, mismo del acierto de su punto de vista, es posible que la razón ética no esté siempre con él. Mi punto de vista es el de los ‘condenados de la Tierra’, de los excluidos” (FREIRE, 2001).

Todavía, lo que se observa en las discusiones en el medio de la salud pública brasileña, por ejemplo, es que la palabra empoderamiento tiene su utilización crecientemente aceptada e incorporada al lenguaje sanitario, al paso que liberación es raramente utilizada. Entre otras razones, eso debe ser imputado al hecho de que Sen trabaja en el área de economía, de gran visibilidad en el contexto capitalista contemporáneo, al paso que Freire, mientras era vivo, se debatía en medio a teorías educacionales, de menor apelo mercantil, trabajando la idea de educación como práctica de liberación. A pesar de que los dos autores tengan desarrollado sus estudios en el sentido principalmente de favorecer las poblaciones de los países pobres del hemisferio Sur del mundo, el apelo de la economía, desafortunadamente, es flagrantemente mayor que el de la educación, por lo menos en el actual contexto histórico por el cual pasa la humanidad.

Emancipación

La tercera expresión incluida en este análisis es **emancipación**. El sujeto emancipado no deja de ser un sujeto libre. El joven emancipado, por ejemplo, es aquel que adquirió *status* de mayoría y pasa a ser señor y responsable por sus propios actos. Emancipación significa independencia, libertad, el caminar que se inicia con la liberación. Realmente, el sujeto emancipado es aquél que suprimió su dependencia, que alcanzó el dominio sobre sí mismo y que puede garantizar no solamente su supervivencia, pero también sus escoljas frente a los medios de alcanzar esa supervivencia. El poder sobre uno mismo es el que otorga la emancipación, tornando la persona inmune a las fuerzas que buscan su sujeción. Por lo tanto, suprimir la dependencia es precondition para la emancipación y eso es válido tanto para las personas como para el Estado. Es en esta concepción que la categoría emancipación se presta a la Bioética de Intervención, como herramienta o vehículo para impulsar la lucha por la liberación y colocar esa lucha en una dimensión colectiva.

Todavía, por lo menos al oído, la emancipación tiene un sentido más jurídico que político, subrayando el reconocimiento legal de la capacidad de decidir. Pero, para que la inclusión social (inherente al ciudadano emancipado) refleje efectivamente su autonomía, ella debe ser fruto de una conquista por el derecho de decidir y por la posibilidad real del ejercicio de éste derecho. No es suficiente que sea resultante de una mera concesión, como un regalo que, sin lucha, fue ofrecido y que, exactamente por eso, puede ser retirado al sabor de la voluntad de quiénes conceden la dádiva, como ocurre frecuentemente en el caso de la protección.

Para la Bioética de Intervención, la inclusión social es la acción cotidiana de personas concretas y necesita ser tomada en su dimensión

política, como un proceso en el cual los sujetos sociales articulan sus acciones. En la medida que las acciones cotidianas definen las selecciones no solamente en función de una inclinación personal, pero considerando la dimensión de la totalidad – la necesidad de garantizar la existencia de las personas y de todas las formas de vida – ella se torna inclusiva, tendiendo naturalmente a una mayor simetría.

De todo modo, cualquiera de las tres expresiones aquí discutidas – empoderamiento, liberación y emancipación – a pesar de sus tendencias particulares y en algunos sentidos diversas, enriquecen y auxilian a la comprensión del fenómeno de inclusión social como un proceso dinámico que necesita ser construido y llevado a la practica. El objetivo del presente estudio, pues, es la conquista de la verdadera justicia social, en el sentido específico del acceso de ciudadanos y ciudadanas a sistemas sanitarios justos y a medicamentos esenciales al seguimiento de sus vidas.

La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO y su contenido social

En el día 10 de octubre del 2005, en su Asamblea anual, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), después de casi tres años de duras discusiones, homologó la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos. Los países ricos, encabezados por los Estados Unidos y secundados principalmente por Alemania, Reino Unido, Japón y Canadá, intentaron de todas maneras reducir el contenido de la Declaración a las cuestiones biomédicas/biotecnológicas. Al final, el esfuerzo de los países del hemisferio Sur, especialmente de América

Latina, África e India, fue recompensado: están incorporadas las temáticas social y ambiental a la agenda bioética del siglo XXI.

El Artículo 14 de la Declaración, que trata de la “Responsabilidad Social en Salud”, tiene especial interés para la discusión aquí desarrollada; se refiere, entre otros aspectos, al derecho a la ampliación del “acceso a cuidados de salud de calidad y a medicamentos esenciales... por que la salud es esencial a la vida en si misma y debe ser considerada como un bien social y humano”. El Artículo 15, por su vez, habla del compromiso de los países miembros de las Naciones Unidas en el sentido de que “... los beneficios resultantes de cualquier investigación científica y sus aplicaciones deben ser compartidos con la sociedad... en especial con los países en desarrollo”, reforzando que estos beneficios incluyen el “... acceso a cuidados de salud de calidad; la oferta de nuevas modalidades diagnósticas y terapéuticas o de productos resultantes de la investigación; apoyo a servicios de salud; acceso al conocimiento científico y tecnológico...” (UNESCO, 2005).

Se puede hasta discutir la efectividad de una Declaración internacional de éste tipo, compuesta de “normas no vinculantes”, o sea, de referenciales que no significan obligatoriedad para la elaboración de las leyes en los diferentes países. Pero, para un campo relativamente nuevo como la bioética, cuyos temas específicos hoy día todavía son objeto de legislaciones en pocas naciones en desarrollo, los principios en ella contenidos servirán como una guía futura en el sentido de nuevas construcciones legales. La inclusión de la bioética social y de la bioética ambiental en el cuerpo de la Declaración, significa, además de “politizar” el documento, que estos temas pasaran definitivamente a hacer parte de la agenda de trabajo de los organismos internacionales en el siglo que ora empieza. Cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue homologada, en 1948, muy poco de su

contenido era entonces concretamente asimilado en el contexto internacional de naciones. Temas como “igualdad” y “consentimiento”, entre otros, tenían un significado muy vago. La referida Declaración, todavía, proporcionó abertura y democratización de las discusiones, con ampliación del abanico de opiniones. Día-tras-día, temas inicialmente poco aceptados en muchos lugares se fueron incorporando a las legislaciones, y cuestiones como el racismo o la protección a las poblaciones vulnerables, pasaran a alcanzar significativos avances.

Consideraciones finales

Para concluir, es indispensable hacer un “puente” entre las tres partes del presente texto utilizadas para fundamentar la discusión relacionada con el tema del acceso de las personas a los sistemas sanitarios y a los medicamentos: la Bioética de Intervención, la inclusión social en el contexto de la bioética y el contenido de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO. La Bioética de Intervención es una propuesta conceptual que utiliza referenciales como empoderamiento, liberación y emancipación, entre otros, con objetivo de contribuir para una mayor politización de una macro-agenda bioética internacional en la búsqueda de más inclusión social. En este sentido, las efectivas intervenciones de los países pobres del hemisferio Sur en la construcción de la reciente Declaración de UNESCO, que incorpora la temática social y de salud pública a su contenido, demuestra que es posible actuar de modo orgánico e interventivo en la construcción de instrumentos que proporcionen mayores posibilidades para el acceso de las personas y pueblos a los sistemas sanitarios y a los medicamentos esenciales para su mayor bien-estar.

Referencias bibliográficas

BEAUCHAMP, TL & CHILDRESS, JF. **Principles of biomedical ethics**. 5a. ed. New York, Oxford Univ.Press, 2001.

CLOUSER, JD & GERT, B. Critique of principlism. **J.Med.Phil.**, n. 15, mp. 219-236, 1990.

DURKHEIM, É. **As regras do método sociológico**. São Paulo>: Companhia Editora Nacional, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo, Paz e Terra, 2001.

GARRAFA, V. **A dimensão da ética em saúde pública**. São Paulo: Fac. Saúde Pública Univ. São Paulo/Kellogg Foundation, 1995.

GARRAFA, V. Bioética, salud y ciudadanía. **Salud problema y Debate** (Rosario, Argentina), 9(16):26-33, 1997.

GARRAFA, V. Inclusão social no contexto político da bioética. **Rev. Brasileira Bioética**, 1(2):122-132, 2005.

GARRAFA, V; OSELKA, G. & DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**, 5(1):27-33, 1998.

GARRAFA, DINIZ, D. & GUILHEM, D. Bioethical language and its dialects and idiolects. **Cad.Saúde Pública**, vol. 15, supl. 01:35-42, 1999.

GARRAFA, V. & PORTO, D. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. **Bioethics**, 17(5-6): 399-416, 2003.

GERT, B.; CULVER, C. & CLOUSER, D. Principlism. In: **Bioethics: a return to fundamentals**. New York/Oxford. Oxford Press, 1997, p. 71-92.

GRANDA, E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. **Saúde em Debate**, v. 24, 56:83-101, 2000.

HOLM, S. Not just autonomy - the principles of American biomedical ethics. **J.Med.Ethics**, 21:332-338, 1995.

KOTTOW, M. Justicia sanitaria en la escasez. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, supl. 1:45-50, 1999.

KOTTOW, M Por una ética de protección. **Rev.Soc.Int.Bioética**, 11:24-34, 2004.

SCHRAMM, FR. Información y manipulación: ¿cómo proteger los seres vivos vulnerados? La propuesta de la bioética de la protección. **Rev.Brasileira Bioética**, 1(1): 18-27, 2005.

SCHRAMM, FR & KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, 17:949-956, 2001.

SEN, A. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo, Companhia das Letras, 2000.

TEALDI, JC. Para una Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos: una visión de América Latina. **Rev.Brasileira Bioética**, 1(1):07-17, 2005.

UNESCO. **Universal Declaration on Bioethics and Human Rights**. Paris, 10 de octubre del 2005.

*** Profesor titular y coordinador de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universidad de Brasilia, Brasil; presidente de la Sociedad Brasileña de Bioética (2001-05); presidente del Consejo Director de la Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de UNESCO (REDBIOÉTICA); vice-presidente de la sección Latino-Americana de la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI).**