



INVESTIGACIÓN

Bioética, salud y realidad brasileña

Christian de Paul de Barchifontaine¹, Marcos Aurélio Trindade¹

1. Departamento de Bioética, Centro Universitário São Camilo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumen

Este artículo propone un abordaje de tipo social, crítico, activo, humanista, justo y eficaz para combatir las desigualdades del sistema de salud. Se busca discutir formas de subsanar los problemas de la asistencia en el país a partir de un análisis sociológico que considere las cuestiones de clase. La salud es aquí abordada como un derecho inalienable de todo ciudadano, en base a los principios de inclusión, universalidad, integralidad y equidad, proponiendo metas para una bioética que rompa con las causas de desequilibrio en la asistencia. Se destacan el bien común y la ética de la vida, resaltando la importancia de la solidaridad y de la búsqueda de la igualdad entre los seres humanos.

Palabras clave: Bioética. Salud. Equidad en salud-Sociedad civil. Participación de la comunidad. Derechos humanos.

Resumo

Bioética, saúde e realidade brasileira

Este artigo propõe abordagem social, crítica, ativa, humanista, justa e eficaz no combate às desigualdades do sistema de saúde. Busca-se discutir formas de sanar os problemas da assistência no país a partir de análise sociológica que considera questões de classe. A saúde é aqui discutida como direito inalienável de todo cidadão, com base nos princípios da inclusão, universalidade, integralidade e equidade, propondo metas para uma bioética que rompa com as causas de desequilíbrio na assistência. São enfatizados o bem comum e a ética da vida, ressaltando a importância da solidariedade e da busca da igualdade entre os seres humanos.

Palavras-chave: Bioética. Saúde. Equidade em saúde-Sociedade civil. Participação da comunidade. Direitos humanos.

Abstract

Bioethics, health and the Brazilian reality

This article proposes a social, critical, active, humanistic, fair and effective approach to combat health system inequalities. In the Brazilian scenario. It seeks to discuss improvements to remedy the problems of this scenario from a sociological analysis with regard to social class issues. Health is addressed as an inalienable right of every citizen and justifying its inclusion, be it in the principles of universality, completeness and equity, proposing goals for a bioethics that thinks of sustainable developments, breaking away from everything that causes the imbalance in health assistance. The common good and the ethics of life are emphasized, highlighting the importance of solidarity and the pursuit of equality among human beings.

Keywords: Bioethics. Health. Health equity-Civil society. Community participation. Human rights.

Declararam não haver conflito de interesse.

Goldim¹ afirma que el término “bioética” (*bio + ethik*, que indica la unión entre biología y ética) fue utilizado por primera vez por el teólogo alemán Fritz Jahr, en 1927, en un artículo para la revista *Kosmos*. La palabra comprende obligaciones de carácter ético del ser humano, denotando un campo de conocimiento que reflexiona sobre la vida y la muerte a partir de debates sobre temas tales como la extensión de la existencia humana, la muerte digna, la eutanasia, la interrupción de la vida asistida, la misantropía, la cacetaniasia y la ortotaniasia¹.

La bioética ha tenido eco en las discusiones teológicas y filosóficas, adquiriendo un carácter multidisciplinario al extender sus debates a áreas de derecho, ciencias sociales, antropología, psicología, etc. En las ciencias de la salud, el campo centró su foco en las conductas del equipo médico y en las relaciones médico-paciente. Posteriormente, las cuestiones relativas a la bioética también fueron asimiladas por las políticas públicas, en la economía y en la comprensión sociológica de la exclusión social¹.

Kovács² destaca que el desarrollo de la bioética como rama del saber científico tiene su fundamento en el trípode denominado por Pessini y Barchifontaine “trinidad bioética”, basado en los ideales de autonomía, beneficencia y justicia. La autonomía es definida por Ramos³ como el derecho del ser humano a autogobernarse, ejerciendo el papel de protagonista en cuanto a la salud y las enfermedades. Por su parte, la beneficencia se asocia a la promoción del bienestar y al fin del sufrimiento innecesario, mientras que el principio de justicia se basa en la equidad, reconociendo que todos los ciudadanos deben tener atendidas sus demandas de salud. El cumplimiento de estos preceptos plantea problemas complejos como la eutanasia³.

Parizi⁴ señala que la bioética aboga por la ética aplicada al análisis de los fenómenos y las condiciones de vida de todos los seres, incluido el ambiente que habitamos, teniendo como horizonte la responsabilidad con las generaciones actuales y futuras. Los estudios de bioética se basan en valores morales y éticos que deben considerarse en el desarrollo de las naciones, en respeto a la dimensión social en las discusiones sobre salud pública. La bioética cumple así el papel de fundamentar políticas públicas dirigidas a la salud, estableciendo normas para instituciones, profesionales, procedimientos de cuidado y toma de decisiones⁴.

Según Carvalho, *la bioética tiene como base la transparencia de las informaciones, el reconocimiento de diversos intereses, el respeto por las divergencias, la mediación de conflictos, la formulación y reformulación de acuerdos, considerando que muchas verdades son transitorias (...)* [en razón] de

*las desigualdades, la diversidad y la complejidad de la vida contemporánea*⁵.

La Constitución brasileña⁶ establece a la salud como un derecho social. Sin embargo, en el escenario actual, falta compromiso de parte del Estado con el desarrollo del cuidado humanizado, de forma que el acceso universal a ese derecho pueda superar las desigualdades. De esta forma, la bioética de intervención busca demostrar la importancia de las inversiones y las acciones del gobierno que prioricen la asistencia a la salud de las clases socialmente menos favorecidas. Para ello, asume preceptos utilitarios y solidarios, tendiendo al beneficio para toda la sociedad⁶. Este artículo discute las desigualdades del sistema de salud brasileño a partir de esta bioética dedicada a los más desfavorecidos: clases sociales de menor poder económico y grupos mantenidos en la marginalidad (analfabetos, LGBT y afectados por enfermedades mentales, para citar algunos ejemplos). En la discusión, se abordan los principios de equidad y solidaridad en base a lo dispuesto en la Constitución Federal de 1988⁶. Desde esta perspectiva, la solidaridad se vincula entre Estados, individuos, familias, grupos y comunidades. Buscando mejoras en la política de salud garantizadas por el Estado para toda la población, como lo recomienda la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*⁷.

Garrafa y Porto⁸ indican que en Brasil y otros países de América Latina, desde la década de 1990, el principio de equidad ha sido la base de las discusiones de naturaleza social y de la medición de conflictos en la asistencia a la salud. Los autores señalan que, por responder a cuestiones relativas al escenario actual de globalización, la vertiente crítica llamada “bioética de intervención” contribuye a establecer el principio de equidad como base de las políticas de salud y a reducir las desigualdades generadas por el modo de producción hegemónico.

Otro punto importante fue identificar elementos singulares en el horizonte de la bioética, basados en el complejo escenario de la realidad socioeconómica, política e histórica de una nación afectada por factores globales que no pueden ser dejados de lado. Abordar cuestiones como la equidad de derechos y el sentido de la ciudadanía responde no sólo a la necesidad científica, sino que también configura objetos de investigación especialmente desafiantes que amplían aún más la interdisciplinariedad de la bioética.

Método

Se trata de una investigación exploratoria⁹ que, a partir de determinada población o fenómeno,

identifica relaciones entre variables. Aunque constituyan iniciativas en nuevos campos de conocimiento, muchas de estas investigaciones utilizan técnicas específicas para recolectar información. Aquí se consideraron, por ejemplo, índices de desigualdad social en el sector salud brasileño.

La técnica de recolección de datos utilizada fue la investigación bibliográfica, que reúne, analiza y discute informaciones de documentos ya publicados. En este caso, revistas indexadas en bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Scientific Electronic Library Online (SciELO), además de libros sobre bioética.

Por la forma en que aborda el problema propuesto, la investigación puede clasificarse como cualitativa⁹, pues busca significados a partir de la percepción de los fenómenos, considerando el contexto y las cuestiones filosóficas y sociales involucrados. En este sentido, se analizaron textos de autores que establecen una bioética activa para tratar aspectos de la desigualdad social, centrándose en la realidad del país y en el poder de la justicia como puente hacia el futuro de la salud.

La investigación cualitativa pretende ir más allá de la aparición de los fenómenos, dedicándose a temas como el origen de la bioética, la humanización en salud, la lucha por los derechos humanos y la relación entre las clases sociales. Tal abordaje parte de la observación y se desarrolla desde el significado particular al general¹⁰, lo que permite profundizar las preguntas relacionadas con la bioética y la salud pública.

Desigualdad social y salud

Cotta y colaboradores¹¹ afirman que la condición de salud de los individuos está directamente relacionada con la trayectoria de vida y el contexto, considerando variables económicas, políticas y tecnológicas que permean el tejido social. En el mismo sentido, Barata¹² enfatiza que las condiciones estructurales de la desigualdad social también condicionan los perfiles epidemiológicos. Por lo tanto, ciertas formas de organización social tienden a generar contextos más o menos saludables, siendo fundamental considerar a la sociedad como un todo para comprender la situación de la salud.

En términos de economía, Brasil ocupa la 9ª economía con su producto interno bruto en términos globales, siendo el primero de América Latina según el instituto de investigación de relaciones internacionales¹³.

En el ranking del índice de desarrollo humano (IDH), en lo que respecta al término global, en el continente latinoamericano, Brasil está detrás de países vecinos como Argentina, Chile, etc. Brasil llega a 755.00 estancado, de acuerdo con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (Pnud)¹⁴.

Según Campello y colaboradores¹⁵, a pesar de la desigualdad de ingresos que se agravó como consecuencia histórica de la opresión demarcada por la dictadura militar, hubo mejoras y políticas sociales en los otros gobiernos posteriores de 2002 a 2015. Existen datos más recientes de que en 2015 el coeficiente de Gini disminuyó de 59.3 a 49.0, es decir, hubo una disminución significativa en la disparidad de ingresos en comparación con otras naciones menos desarrolladas. El nivel de desigualdad absoluta sigue siendo grande, situación ésta para la cual la agenda 2030 busca medios en orden a remediar la pobreza global. Sólo los multimillonarios en los estratos sociales brasileños tienen el equivalente al total de ingresos del 50% menos favorecido¹⁵.

Sobre la educación, que de hecho es la clave para mejorar nuestro índice de desarrollo, señala que la educación superior se encuentra en un escenario de elitización social, donde los ricos detentan una educación de calidad y los pobres sufren para tener una educación de calidad¹⁵, siendo que, de hecho, es un deber del Estado buscar y desarrollar mejoras para remediar estos infortunios.

También sobre la Salud recaen los efectos socioeconómicos de las desigualdades sociales, por el hecho que señalan Campello y sus colaboradores:

El crecimiento desordenado de las ciudades, la falta de saneamiento básico y agua de calidad, las condiciones de vivienda y de trabajo, la alimentación, la educación, las cuestiones étnicas/raciales, aspectos vistos hasta ahora en este trabajo como dimensiones de la desigualdad son fuertes Determinantes Sociales de Salud¹⁶.

Pero el gran problema, gracias a las políticas sociales de salud, vienen disminuyendo desde el año 2002 al 2015, es decir, los datos más recientes muestran que la atención básica, que era del 31.8% en 2002, pasa a ser en 2015 de 63.2% en lo que atañe a estas cuestiones administrativas, está habiendo mejoras, principalmente en las regiones estatales que antes eran las más vulnerables, como el Norte y el Noreste¹⁵. La investigación muestra que factores como estos programas ayudaron a remediar este retraso social:

*Iniciativas como el Programa Más Médicos, los Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), los Consultorios en la Calle, las Unidades Básicas de Salud, las Unidades Móviles de Salud Bucal, la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, entre otras, se suman a la expansión de la red y al aumento de las atenciones en el Sistema Único de Salud*¹⁷.

Los factores estudiados estadísticamente aún indican una tasa muy desigual en la salud brasileña, pero no podemos guardar silencio ante estas desviaciones morales y debemos siempre buscar formas de reivindicar nuestros derechos en connivencia con la justicia social. Continuando con la explicación de las desigualdades sociales en salud, sólo en base a las estadísticas, la situación del país vive en la pobreza, de la mano de una gran injusticia y desigualdad, con un grado significativo de concentración de ingresos y grandes inequidades en lo que se refiere a la inclusión económica y social de gran parte de la población. Esta desigualdad, presente en Brasil y en varios países de África y de América Latina, tiene causas históricas y culturales que se remontan a la colonización, cuyo modelo de extracción pura y simple de riquezas ignoraba la distribución de los beneficios.

Esta situación se ve agravada por la globalización, que lleva a los países colonizados a una nueva forma de dependencia en relación con las grandes potencias. Además de la distribución perversa de la riqueza entre las naciones, la imposición de modelos de vida y comportamiento de los países ricos también contribuye a la exclusión de porciones de la población altamente discriminadas, privándolas de una educación de calidad, de mejores condiciones de trabajo, de ingresos y de la posibilidad de consumo. Todo este escenario converge en la creciente limitación de los derechos sociales y humanos^{18,19}.

Los derechos sociales de los desfavorecidos no se consideran una prioridad²⁰. Por lo tanto, el empobrecimiento y la enfermedad, como señalan Magalhães, Burlandy y Senna²¹, acaban retroalimentándose, en un verdadero ciclo interminable. Es conocida, por lo tanto, la correlación entre pobreza y otras variables que crean opresión y sufrimiento: enfermedad, analfabetismo, violencia, saneamiento básico precario y dificultad para acceder a los servicios de salud.

Cabe señalar que, aunque el sistema de salud cubre casi por completo las demandas más delicadas y complejas (trasplantes, captación y distribución de órganos, medicamentos de alto costo, etc.), el acceso a estos servicios es mucho más difícil para la población pobre que, a diferencia de los estratos sociales más ricos, no cuenta con atención privada. La mala distribución del ingreso, fruto de la falta de

compromiso del Estado, contribuye a la prestación de servicios cada vez más precarios, problemas de infraestructura, falta de insumos, equipos y medicamentos, condiciones indignas de trabajo y bajos salarios, con absentismo y sobrecarga de los profesionales, tornando la asistencia a la salud aún más problemática.

Inciden también sobre la salud problemas como el desempleo y la baja calidad de la alimentación, entre tantos otros factores que conforman la exclusión social de una parte significativa de la población. Esta relación es confirmada por el estudio de Bagrichevsky y colaboradores²², que muestra cómo los índices de mayor vulnerabilidad en salud están en la base de la pirámide social.

Más tarde, Pessini e Barchifontaine²³, expresan en el libro "Reflexión en torno a la desigualdad en salud", que, frente a la situación de la salud en Brasil, es difícil desarrollar la bioética (ética de la vida) en todos los niveles de la vida para todos los ciudadanos, teniendo en cuenta sus tres principios básicos.

De hecho, ¿cómo podemos llevar la idea de autonomía y de integridad a aquellos que nunca se sintieron seres con autonomía para administrar siquiera su propia hambre? Es vergonzoso hablar de la integridad del cuerpo a un cuerpo cuya desnutrición y enfermedades de la pobreza ya irrespetan su dignidad al extremo de impedirles ser su ser. ¿Tendrá sentido el discurso del principio de la beneficencia para aquellos que no se benefician con nada? Es, de cierta forma, reconfortante saber que todo médico debe generar algún tipo de beneficio para el enfermo. Pero, si el paciente ni siquiera puede ver a un médico, ¿cómo llevar a su día a día protección al principio de beneficencia? Cualquier país que respeta a su propio pueblo lo hace por medio del principio de justicia: todos deben tener el mismo acceso a los beneficios de la medicina. Los recursos para la salud deben distribuirse por el criterio de la justicia, para que muchos en situación de desigualdad se beneficien²³. En Brasil, y en la propia América Latina, ¿el clamor por justicia en la vida de millones de vulnerados sociales no sería más convincente que la formulación teórica de la bioética basada en el principio de autonomía?

En este sentido, entendemos que, hoy, es más importante transmitir información y educar a la población para la salud que sólo brindarle asistencia, en efecto, el ciudadano informado y educado se convertirá en su propio agente de salud, consciente también de que la salud es un derecho, y no un favor, como ha rezado distorsivamente la cultura nacional. Se trata de un cambio político y cultural, por eso

difícil, pero que, si se concreta, proporcionará un avance significativo en salud y calidad de vida.

El análisis profundo sobre la desigualdad social brasileña. Producidas históricamente, las iniquidades se manifiestan de forma más acentuada en países cuya colonización estuvo marcada por la dominación de los pueblos nativos y la esclavitud. En los sectores sociales más vulnerables (negros, mestizos e indígenas, sobre todo aquellos que viven en regiones rurales) las desigualdades son aún más persistentes. Este proceso asimétrico trajo perjuicios al acceso a la educación y a la dimensión económica, generando una vulnerabilidad social que atraviesa generaciones.

Según Costa y Lionço²⁴, para enfrentar estas adversidades, es importante identificar y definir las demandas del sector de la salud, cumpliendo con el principio de equidad. El Sistema Único de Salud (SUS) debe promover el perfeccionamiento constante de los profesionales para satisfacer las necesidades de atención médica de la población, considerando el profundo empobrecimiento económico y la disparidad social que desafortunadamente permean la vida cotidiana brasileña.

Solidaridad en la bioética

De acuerdo con Pessini, la solidaridad, *como un concepto, un valor y una idea, tuvo un importante papel en los campos de la sociología y de la filosofía social desde finales del siglo XIX, pero fue prácticamente ignorada en el ámbito de la bioética hasta los primeros años de este siglo*²⁵. La dificultad con el concepto puede ser explicada por la aculturación: la bioética nace en Estados Unidos desde una perspectiva individualista, ante el progreso de la tecnología y la ciencia, asumiendo un carácter principialista, basado en la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Sin embargo, en América Latina, la perspectiva bioética tiende a ser humanista y comunitaria, más interesada en la realidad socioeconómica.

El cuestionamiento del modelo principista por parte de investigadores del Sur (África, Asia y América Latina), así como el énfasis en tratamientos más humanizados y basados en juicios de valor sociopolíticos, llevaron la categoría solidaridad al centro de las preocupaciones de la bioética actual. Varios autores y publicaciones académicas de abordaje comunitario han colaborado mucho en este movimiento.

Pessini y Barchifontaine²⁶ indican que, a pesar de la falta de uso del término “solidaridad” en bioética, se observa una paulatina transformación de este escenario con la inserción del concepto en los encuentros de especialistas. En este contexto, la “solidaridad” representa el respeto por la persona humana y la comprensión de la situación en la que se encuentra el individuo, la comunidad o la colectividad en relación con la justicia, la autonomía, las normas jurídicas, etc. Este cambio está relacionado con interrogantes sociales y colectivos que evidencian la necesidad de ir más allá de la perspectiva puramente individual, abordando los desafíos sociales, incluso en el horizonte de los fenómenos globales.

A partir de principios, la bioética prioriza el respeto a la autonomía del individuo y a la protección de su privacidad²⁶. Considerando el principio de la precaución, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) indica que, además de preservar derechos y responder a las necesidades del individuo en la práctica clínica y en la investigación, se debe prestar especial atención a las políticas públicas dirigidas a la salud, tendiendo a las aspiraciones de la comunidad.

La solidaridad en la literatura bioética surge asociada a la perspectiva de la salud pública, que aborda el concepto como humanitario y colectivo, capaz de justificar la responsabilidad de las autoridades estatales de garantizar la asistencia a la población²⁶. Desde esta perspectiva, la concepción también se relaciona con la noción de justicia y equidad, en aspectos como el acceso pleno a los servicios y la asignación adecuada de recursos. Considerando la dimensión global, la idea refuerza la necesidad de garantizar la asistencia en salud para las poblaciones menos favorecidas económicamente y las naciones más pobres.

Hay nuevas áreas de cuestionamiento en bioética, y el concepto de solidaridad es relevante en este movimiento, ya que responde a las preocupaciones sociales. Si estos temas alguna vez ocuparon una posición marginal, actualmente han migrado al centro del debate, movilizándolo a las comunidades académicas y a los agentes de políticas públicas de salud, tanto de la sociedad civil como de los gobiernos²⁷.

La centralidad de la solidaridad en la bioética plantea temas que trascienden la perspectiva individual, con cuestiones sociopolíticas que incluyen obligaciones y vínculos de responsabilidad con el otro. Frente a la llamada “globalización”, que tiene lugar sin una perspectiva de inclusión social, debe destacarse la solidaridad, que estimula el respeto a los derechos humanos.

Bioética social y política de salud

Giovanni Berlinguer hace una distinción entre bioética²⁸ cotidiana y de frontera. El objetivo es acercar este campo de conocimiento a la experiencia del día a día, ya que actualmente la atención todavía aparece muy centrada en casos extremos de intervención sobre la vida que, antes del reciente desarrollo de las ciencias biomédicas, eran impracticables o incluso impensables (reproducción asistida, trasplantes de órganos, supervivencia artificial, mutaciones genéticas, creación de nuevas especies).

Es antigua la reflexión moral sobre el nacimiento, las relaciones entre géneros, el tratamiento de los enfermos, la muerte, el aborto, el mestizaje étnico y la interdependencia entre los humanos y otros seres. Hoy estos temas guían de modo más o menos consciente las decisiones individuales o sociales e incluso las conquistas avanzadas de la ciencia. Así, hay aspectos de la bioética con raíces lejanas, como ideas y valores que permean la razón y el comportamiento humano cotidianamente, y que merecen atención investigativa desde la perspectiva de los menos favorecidos.

La reflexión sobre las políticas de salud en Brasil²⁸ a partir de la bioética cotidiana puede contribuir a mejorar la atención. Esto implica una comprensión del término "salud", que no puede definirse simplemente como ausencia de enfermedad, pues es ante todo el resultado de condiciones de alimentación, vivienda, educación, ingresos, medioambiente, trabajo, transporte, ocio, libertad y acceso a la asistencia²⁵. En resumen, la salud es producto de condiciones objetivas de existencia, resultado de circunstancias y relaciones que los humanos establecen entre sí y con la naturaleza por medio del trabajo.

Promover la salud significa garantizar derechos e intervenir en las estructuras económicas que perpetúan las desigualdades en la distribución de bienes y servicios. Las políticas en esta área deben implementar estrategias que corrijan los desequilibrios sociales. Al examinar la situación de salud en Brasil, encontramos diversos problemas que derivan de las condiciones de vida de la población, desigualdades generadas por la mala distribución de riquezas y de oportunidades.

En Brasil, algunos pocos individuos tienen muchos derechos, mientras que muchos no tienen casi ninguno. Lo mismo sucede con la distribución de ingresos y recursos públicos. Existe una gran disparidad entre las regiones y las ciudades brasileñas: la mortalidad infantil, por ejemplo, es mucho más alta en el Noreste que en el Sur y Sudeste. Los individuos

con mayores salarios viven más que aquellos que ganan sólo un salario mínimo.

La crisis económica, la recesión y el crecimiento negativo del país, asociados con la tendencia tecnoestructural de la disminución de la oferta de empleo, vienen reduciendo cada vez más el mercado formal de trabajo, llevando a las personas a la informalidad incluso en las áreas metropolitanas. En cuanto a la salud, todos saben que el sector no va bien. La mortalidad infantil sigue siendo alta. Los periódicos y la televisión informan diariamente sobre el caos de la asistencia médica: hospitales abarrotados, listas de espera en aumento, sobre todo para los ancianos, las tasas mensuales de los convenios que no cubren el tratamiento de varias enfermedades. Son constantes las huelgas de los trabajadores de la salud por mejores salarios y condiciones de trabajo dignas. Finalmente, aumentan los casos de enfermedades antes controladas, como dengue, tuberculosis, difteria, meningitis, sífilis, etc.

En plena vigencia de la Constitución de 1988, que garantiza el derecho universal a la salud, se constata que el concepto ampliado de cuidado no se incorporó a la cultura política a través de prácticas gubernamentales y sociales. La solidaridad debe estar en el núcleo de las políticas públicas, reflejando la preocupación de la bioética por garantizar los derechos de ciudadanía a toda y cualquier persona. En su discusión sobre la autonomía, privilegiando los valores y la dignidad humana, la bioética puede contribuir a la búsqueda de mejoras en las condiciones de salud.

Consideraciones finales

La preocupación por la dignidad de la vida, que subyace en los argumentos de este artículo, pasa por la búsqueda de la igualdad social, lo que en la práctica se logra mediante la solidaridad. Así, se procuró definir qué se entiende por bioética, con un abordaje válido para Brasil y América Latina: el enfoque de la bioética cotidiana que valora la vida digna. A partir de esta perspectiva, se analizó el informe del Ministerio de Salud de 2014, que demostró la relación entre la desigualdad social y la salud.

Una vez realizado el diagnóstico, se propuso "el remedio": mejorar el SUS, poniendo en práctica sus ideales con el fin de aliviar el sufrimiento del pueblo. En este proceso, se concluye que se deben aplicar los principios de la bioética cotidiana, enfocándose en la solidaridad y en el diálogo con los responsables de la salud pública, de modo tal que tengamos políticas elaboradas en base al consenso de que la salud (así como la educación) debe ser una prioridad.

Referências

1. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. Rev HCPA [Internet]. 2006 [acesso 31 jul 2019];26(2):86-92. Disponível: <https://bit.ly/2G5j0rQ>
2. Kovács MJ. Bioética nas questões da vida e da morte. Psicol USP [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2018];14(2):115-67. Disponível: <https://bit.ly/2rv7ZjJ>
3. Ramos DLP. Fundamentos e princípios de bioética. Notandum. 2002;5(9):37-47.
4. Parizi R. O conflito público-privado na saúde pública. In: Siqueira JE, Zoboli E, Sanches M, Pessini L, organizadores. Bioética clínica: memórias do XI Congresso Brasileiro de Bioética, III Congresso Brasileiro de Bioética Clínica e III Conferência Internacional sobre o Ensino da Ética [Internet]. Brasília: CFM; 2016 [acesso 1º jul 2018]. p. 21-35. p. 29. Disponível: <https://bit.ly/2i6MVzJ>
5. Carvalho RRP. A saúde suplementar no Brasil em perspectiva bioética [tese] [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 15 ago 2019]. p. 97. Disponível: <https://bit.ly/2XofYcX>
6. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [Internet]. Brasília: Senado Federal; 2016 [acesso 10 dez 2017]. Disponível: <https://bit.ly/2CxpgHa>
7. Rippel JA, Medeiros CA, Maluf F. Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos e Resolução CNS 466/2012: análise comparativa. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2016 [acesso 2 ago 2019];24(3):603-12. DOI: 10.1590/1983-80422016243160
8. Garrafa V, Porto D. Bioética, poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. Bioética: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p. 35-44.
9. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.
10. Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará; 2002.
11. Cotta RMM, Gomes AP, Maia TR, Magalhães KA, Marques ES, Siqueira-Batista R. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. Rev Bras Educ Méd [Internet]. 2007 [acesso 24 jun 2019];31(3):278-86. Disponível: <https://bit.ly/2iF0gSz>
12. Barata RB. O tratamento desigual no atendimento de saúde. Recife: Editora Fiocruz; 2008.
13. As 15 maiores economias do mundo. Instituto de Pesquisa de Relações Internacionais [Internet]. 2017 [acesso 31 jul 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2PbP8gA>
14. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Ranking IDH Global 2014 [Internet]. 2015 [acesso 31 jul 2019]. Disponível: <https://bit.ly/2qxrhUN>
15. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Faces da desigualdade no Brasil: um olhar sobre os que ficam para trás. Saúde Debate [Internet]. 2018 [acesso 31 jul 2019];42(3):54-66. Disponível: <https://bit.ly/2Z6W5Uz>
16. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Op. cit. p. 62.
17. Campello T, Gentili P, Rodrigues M, Hoewell GR. Op. cit. p. 63.
18. Wanderley MB. Sistema de informação em gestão social. Estud Av [Internet]. 2006 [acesso 24 jun 2019];20(56):149-58. Disponível: <https://bit.ly/2x71qQn>
19. Marsiglia RMG, Silveira C, Carneiro N Jr. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. Saúde Soc [Internet]. 2005 [acesso 1º abr 2018];14(2):69-76. Disponível: <https://bit.ly/2L0zhmc>
20. Prata PR. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 1994 [acesso 1º abr 2018];10(3):387-91. Disponível: <https://bit.ly/2WSvbP4>
21. Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Desigualdades sociais, saúde e bem-estar: oportunidades e problemas no horizonte de políticas públicas transversais. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2007 [acesso 1º abr 2018];12(6):1415-21. DOI: 10.1590/S1413-81232007000600002
22. Bagrichevsky M, Santos VJ Jr, Estevão A, Vasconcellos-Silva PR. Desigualdades sociais em saúde e práticas corporais: um exercício singular de análise. Saúde Soc [Internet]. 2013 [acesso 17 jun 2019];22(2):497-510. DOI: 10.1590/S0104-12902013000200019
23. Pessini L, Barchifontaine CP. Reflexão ao redor da desigualdade na saúde. São Paulo: Loyola; 2014. p. 197-8.
24. Costa AM, Lionço T. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? Saúde Soc [Internet]. 2006 [acesso 17 jun 2019];15(2):47-55. DOI: 10.1590/S0104-12902006000200006
25. Pessini L. Elementos para uma bioética global: solidariedade, vulnerabilidade e precaução. Thaumazein [Internet]. 2017 [acesso 1º abr 2018];10(19):75-85. p. 77. Disponível: <https://bit.ly/2x2sb8B>
26. Pessini L, Barchifontaine CP, organizadores. Bioética e longevidade humana. São Paulo: Loyola; 2006.
27. Brauner MC. Novas tecnologias reprodutivas e projeto parental: contribuição para o debate no direito brasileiro [Internet]. 2003 [acesso 1º abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2KrW2jm>
28. Berlinguer G. Bioética cotidiana e de fronteira. In: Fleury S, organizadora. Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992. p. 143-56.


Participación de los autores

Christian de Paul de Barchifontaine orientó el proyecto, ayudando a fundamentarlo con contenidos profundos sobre el tema. Marcos Aurélio Trindade realizó la investigación junto con el profesor, en la que ambos son investigadores.


Correspondência

Christian de Paul Barchifontaine – Centro Universitário São Camilo. Rua Barão do Bananal, 803, Pompeia CEP 05024-000. São Paulo/SP, Brasil.

Christian de Paul de Barchifontaine – PhD – cpb@saocamilo-sp.br

 0000-0002-0049-6371

Marcos Aurélio Trindade – Graduado – marcos.trindade2014@gmail.com

 0000-0003-1847-5066

Recebido: 14.6.2018

Revisado: 30.1.2019

Aprovado: 26.3.2019