

POBREZA, BIOÉTICA E INVESTIGAÇÃO

Cléa Regina de Oliveira Ribeiro¹
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli²

Nos proponemos desarrollar una reflexión bioética acerca de la concepción de la pobreza como condición o circunstancia de restricción y vulnerabilidad. Esta concepción presentará dos perspectivas: la económica, relacionada con la incapacidad (visión del Banco Mundial desde las recomendaciones políticas para el ajuste económico de los países latinoamericanos) y la ético-filosófica, relacionada con la desigualdad (basada en los conceptos de equidad e igualdad como desdoblamientos de la idea de justicia). Una de las graves consecuencias de lo anterior es el tratamiento injusto, respecto a los procedimientos de investigación, de los países ricos que reclutan las poblaciones de los países pobres como campo experimental para investigaciones en el área de la salud. Este hecho se produce principalmente en las investigaciones biomédicas o farmacológicas, cuestionando así desde el punto de vista ético el carácter de vulnerabilidad y autonomía de los individuos.

DESCRIPTORES: bioética; pobreza; inequidad social; investigación biomédica; vulnerabilidad; equidad; autonomía personal

POVERTY, BIOETHICS AND RESEARCH

The article presents a reflection on conception of poverty as a condition or circumstance that restricts personal autonomy and increases vulnerability. Focusing on bioethical arguments, the authors discuss two perspectives: (i) economic, that relates poverty to incapacity to work and (ii) ethical-philosophical, which relates poverty to inequality and injustice. The first perspective corresponds to the World Bank's view according to its recommendations to the political and economic adjustment in Latin America. The second one is based on concepts of fairness and equality as components of social justice. The subjects' autonomy and vulnerability have been under question in an international movement that requests revision of ethical guidelines for the biomedical research. The bioethical arguments presented in this article enhance a discussion on unfair treatment to subjects enlisted in protocols sponsored by rich countries and hosted by poor nations.

DESCRIPTORS: bioethics; poverty; social inequity; biomedical research; vulnerability; equity; personal autonomy

POBREZA, BIOÉTICA E PESQUISA

Realiza-se, aqui, reflexão bioética sobre a concepção de pobreza enquanto condição, ou circunstância, de restrição e vulnerabilidade. Tal concepção prevê duas perspectivas: a econômica que relaciona pobreza com incapacidade (visão do Banco Mundial, a partir das recomendações políticas para o ajuste econômico dos países latino-americanos) e a ético-filosófica, relacionando pobreza com desigualdade (fundamentada nos conceitos de equidade e igualdade, enquanto desdobramentos da idéia de justiça). Uma das graves conseqüências é o tratamento injusto, no que diz respeito aos procedimentos de pesquisa dos países ricos que recrutam populações de países pobres como campo experimental para investigações na área da saúde, principalmente pesquisas biomédicas ou farmacêuticas, colocando sob questionamento ético o caráter de vulnerabilidade e autonomia desses indivíduos.

DESCRITORES: bioética; pobreza; iniquidade social; pesquisa biomédica; vulnerabilidade; equidade; autonomia pessoal

¹ Filósofa, Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, de la Universidad de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el desarrollo de la investigación en enfermería, Brasil, e-mail: clearib@eerp.usp.br; ² Enfermera, Profesor Doctor de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Brasil, e-mail: elma@usp.br

EL CONTEXTO DE LA POBREZA EN LA ACTUALIDAD

La pobreza es un fenómeno de la época contemporánea. En la historia de la humanidad podemos encontrarlo en varias épocas. Sin embargo, el contexto y las condiciones en que hoy nos enfrentamos con ellas son peculiares. Involucrando un cruzamiento complejo entre factores económicos, políticos, sociales y culturales que tienen como aspecto de fondo el capitalismo y sus complicaciones, permitiendo la construcción de un concepto de pobreza a partir de condiciones coyunturales.

Tres pilares pueden ser la base para una posible comprensión de la situación de pobreza, teniendo en consideración a los países latinoamericanos en desarrollo: la política neoliberal, los organismos internacionales de poder económico (Banco Mundial y FMI) y los marginalizados en el mundo de trabajo. Involucrados por sus deudas externas, estos países permanecen en régimen de renegociación bajo condiciones impuestas por los informes del Banco Mundial. Los resultados de este tipo de política son crisis económica, exclusión social y falta de inversión en el sector productivo⁽¹⁾.

Para la mayoría de países desarrollados, el camino que provoca tales resultados, puede ser trazado a partir de la crisis del Estado de Bienestar Social (*Welfare State*) en los años 1970, cuyo modelo que le sucede es el neoliberalismo. Al instituirse paulatinamente provoca modificaciones importantes como la drástica retracción del Estado en perjuicio del rol predominante de los mercados en proceso de desarrollo – el Estado mínimo – cuyo rol pasa a ser, el de actuar como apoyo y facilitador frente a la flexibilidad de los mercados y no más como polo central de desarrollo.

Los países de América Latina viven esta crisis en los años 1980. El Brasil pasa en esta época por la crisis de desarrollo (el cual desencadena la deuda externa) propiciando un proceso de renegociación de las deudas con los organismos internacionales ya mencionados. Al final, todos, tarde o temprano, acaban adoptando la "receta neoliberal". Una de las prácticas precursoras en América Latina de acuerdo con este ideario, fueron las medidas adoptadas para contener y solucionar la crisis interna chilena a través del: fuerte desequilibrio, desempleo masivo, represión sindical, redistribución del salario a favor de los ricos y privatización de los bienes públicos.

Frente a este cuadro de estagnación incrementado debido al fuerte proceso de inflación surge un conjunto de medidas denominado de Consenso de Washington (1989)⁽¹⁾ que luego fue adoptado por el Banco Mundial y por el FMI como pauta para los países latinoamericanos, siendo una salida para la crisis y determinante de negociaciones para las deudas.

Es necesario mencionar que, frente a este panorama, uno de los puntos colocados sobre este aspecto fue la gobernabilidad de estos países ya dependientes y sin opciones, quienes transfirieron la decisión de políticas económicas y sociales para organismos internacionales. Algunos analistas entendieron que este aspecto era una de las fases, entendía como Estado mínimo

Tales resultados significaron además de la crisis, exclusión social y falta de inversión en el sector público. Los ajustes fiscales, aumentaron en gran medida el desempleo y el trabajo informal, siendo una de las causas de pobreza, el que la mayoría de la población productiva no posea un trabajo formal.

Bajo la perspectiva ética, la condición de pobreza, puede ser vista como resultado de una distribución injusta de bienes, beneficios y recursos. La concepción de justicia fue por primera vez concebida por Aristóteles en la Grecia antigua. Contemporáneamente tal concepción fue retomada e inserida principalmente en el debate sobre filosofía política y económica, causando gran influencia entre los especialistas y científicos que se dedican a los aspectos de distribución de salarios y recursos, globalización, ética y bioética, o en general, a la distribución entre la pobreza y riqueza en el mundo actual.

La pobreza es una forma de vulnerabilidad pues los individuos son destituidos de las condiciones mínimas para vivir y sobrevivir. Además de esto, tales circunstancias propician una situación de indignidad a los individuos que, muchas veces, no tienen como escapar de la explotación, como es el caso de los sujetos reclutados para investigación en los países en desarrollo, participando de esta forma de tests con drogas no reconocidas, a cambio de dinero para suplir sus necesidades no asistidas – ni por la sociedad ni por el Estado.

Este artículo tiene el objetivo de desarrollar una reflexión bioética sobre la relación entre estos aspectos, considerando que los ciudadanos tuvieron restringidas oportunidades de trabajo y asistencia

social, dentro de una perspectiva mas amplia, considerando que su vida humana fue destituida de su valor intrínseco.

PERSPECTIVA ECONÓMICA DE LA POBREZA: INCAPACIDAD

Considerando las condiciones expuestas anteriormente, los informes del Banco Mundial se preocupan en emitir medidas de combate a la pobreza. De acuerdo con los informes de 1990 es posible inferir una concepción de pobreza a partir de un determinado orden social delineado a través de estos documentos ⁽¹⁾. En este orden dos puntos son importantes: el Estado mínimo y el mundo de trabajo. El primero debe garantizar y crear condiciones para un trabajo eficaz en los mercados (renovación de instituciones para este fin, régimen regular que garantice la competición, eliminación de corrupción, seguridad de los derechos de propiedad, supresión de algunas necesidades sociales).

Con respecto al mundo de trabajo, este no se divide más en empleados y desempleados. Esta caracterizado por un lado de "individuos que consiguen trabajar en el mercado – que seria el mecanismo de funcionamiento más eficaz de la sociedad – y por otro lado por individuos incapaces de integrarse a los mercados – los pobres – a los cuales el Estado debe ayudar por medio de sus políticas sociales residuales y focalizadas". Tal consideración se expresa en los informes de 1990 y permite definir pobreza como "incapacidad de alcanzar un estándar de vida mínimo"⁽¹⁾.

Pero, qué es lo que se entiende por estándar de vida mínimo y qué es incapacidad?

Para el Banco Mundial el estándar mínimo de vida se refiere al consumo, quiere decir, son los gastos mínimos para nutrición y otras necesidades incluyendo una pequeña parte para la distracción (diversión y vida social). Este valor debe ser calculado de acuerdo con cada país y región. Si alguien no tiene un salario suficiente para suplir tales necesidades, es considerado pobre, es decir no tiene condiciones mínimas para vivir bien. Además de esto, la incapacidad también indica la necesidad de oportunidades económicas y prestación de servicios sociales. El estado para combatir la pobreza debe planificar políticas en estos dos campos, propiciando nuevas oportunidades económicas para obtener

rendimientos, además de asistencia en las áreas de la salud y educación (servicios sociales).

Este concepto de pobreza está construido para un mundo de trabajo, en el cual el trabajador es competitivo y tiene empleo (y recolocación si lo pierde) y quien no lo tiene es incapaz. La crítica esta referida que el pobre, es porque incapaz es visto como fracasado y por tanto, le queda integrarse en las políticas sociales que le son ofrecidas como apoyo frente a su "incapacidad".

Uno de los puntos críticos a ser considerados, es la actuación de Estado mínimo como un retroceso en la óptica de los derechos sociales. Primero porque se instituye como un mecanismo caritativo y asistencial y, segundo porque tales derechos no son mas democráticamente extensivos para todos. Sin embargo los más necesitados (inclusive con capacidad productiva) no tiene como elegir, por lo tanto tienen que aceptar. El derecho a la elección, es decir percibido como escoger, está restringido a las buenas intenciones, dañando la ciudadanía y las libertades individuales de las personas. Siendo así, la concepción supuesta de pobreza para la política internacional actual puede ser interpretada como un refuerzo para la exclusión y la marginalidad.

PERSPECTIVA ÉTICO-FILOSÓFICA DE LA POBREZA: DESIGUALDAD

La idea de desigualdad puede ser inferida a partir del texto clásico de Aristóteles que habla sobre la justicia⁽²⁾, en el cual examina las nociones de igualdad y equidad. Para él la justicia es una relación en la cual están involucradas acciones humanas entre sí. Algunas de estas relaciones se refieren a la honra, al dinero, a la seguridad y otras involucran actitudes u "objetos con los que se relaciona el buen hombre" (virtuoso). Ambas son regidas por la idea de distribución, es decir, del repartir o intercambiar de forma justa. La forma de repartir en el primer tipo puede ser comparada con una división aritmética en la cual se preserva la identidad de términos, generando igualdad, siendo que la segunda forma exige que los términos sean equivalentes, pero no iguales, resultando en una proporcionalidad. Cualquier reconocimiento de injusticia va contra esta forma de proceder en relación al otro.

La virtud de ser justo en sus costumbres (ética) relativa al buen hombre, puede estar, de

acuerdo tanto en lo que es debido a cada uno, como lo que debe ser dado en determinadas situaciones y personas involucradas. La primera es denominada justicia distributiva o equidad y la segunda justicia conmutativa o igualdad.

En el área de la salud es posible aplicar tales criterios de justicia para operar un análisis ético. Se puede entender como actitudes justas, a las equitativas, en las cuales los recursos y beneficios son distribuidos de forma desigual, pero de acuerdo con las necesidades de los usuarios de los servicios. Por ejemplo, los recursos destinados a la atención primaria, secundaria y terciaria, deberán ser divididos por igual o de forma equitativa? Los beneficios y servicios de una región en proceso epidémico deben ser planificados y distribuidos de la misma forma que otros servicios que se mantienen en una rutina normal de atención a la población? Mayor número de profesionales para trabajar en la asistencia al niño, que en la asistencia al adulto y al anciano (o viceversa)? Población de países pobres con salud en deficit y morbilidad son campos preferenciales de investigación por presentar menor expectativa de vida e imposibilidad de recuperación?

Siendo así, los criterios de justicia siguen siendo demarcaciones importantes en el juzgamiento y valoración de situaciones que involucran al ser humano. En el transcurso de la historia, podemos ver, que la concepción de justicia va adquiriendo diversas opiniones, sin embargo el sistema de valoración de la autonomía y del respecto al sujeto (éticas modernas) al lado del sistema aristotélico es uno de los pilares de reflexión ética en salud. En este sentido la noción de dignidad de las personas también adquiere importancia. Conceptualmente se origina la noción de la categoría kant, en donde el ser humano debe ser respetado como algo importante por si mismo, es decir, por el hecho de ser persona, ya adquiere un valor intrínseco⁽³⁾.

Con respecto a la noción de injusticia propuesta por Aristóteles, lo considera como toda actitud o acción contraria a los parámetros, de lo que significar ser justo, sumándose a la noción kantiana de dignidad de la persona, como el tener valor por sí misma, de esta forma es posible entender la idea de desigualdad y asociarla a la concepción de pobreza presentada anteriormente.

La pobreza y riqueza para algunos países, puede ser considerada como resultado de una determinada forma de generar y distribuir bienes con

mayores oportunidades de acumulación de capital y de disfrutar, siendo menores o nulas las oportunidades para otros. El hecho, de que servicios de asistencia a la salud en los países en desarrollo son generalmente precarios en relación a las necesidades de atención, así como las inversiones y cifras destinadas son insuficientes, generan la discusión ética sobre el aspecto de desigualdad de oportunidades y condiciones de vida, si los comparamos con los bienes y recursos existentes en los países desarrollados.

Durante esta época contemporánea, muchos especialistas utilizan la justificativa para esta gran distancia entre ricos y pobres, al fenómeno de la globalización. No vamos desarrollar aquí esta vertiente, no obstante como observación es bueno recordar que existen países que se encuentran en "estado de severa pobreza", que no obstante, consiguen participar de forma mínima de las relaciones que caracterizan al mundo globalizado, como algunos países de Africa⁽⁴⁾.

POBREZA E INVESTIGACIÓN: EXPLORACIÓN

Durante la última década, en la investigación biomédica uno de los retos más importantes ha sido realizar ensayos clínicos en las naciones pobres, en especial cuando estos estudios son coordinados y patrocinados por países ricos o por la industria farmacéutica. Esta polémica pasó a ocupar un lugar considerable en el calendario internacional sobre ética en investigación cuando investigaciones publicadas, realizadas en algunos países africanos y asiáticos en 1996 con financiamiento norteamericano, fueron realizadas con mujeres positivas para HIV las cuales eran randomizadas en grupos de tratamiento, con la mitad de dosis de medicamentos anti-retrovirales o grupo control con placebo. En la práctica, en aquella época ya estaba en uso la combinación de anti-retrovirales y otros medicamentos para la prevención de transmisión vertical de HIV, lo cual contraindicaría, éticamente la Declaración de Helsinque⁽⁵⁾ sobre el uso de placebo en grupo control. Una de las justificativas para realizar estos estudios en países asiáticos y africanos, fue que ellos no serian aprobados para ser realizados en EEUU, considerando que ya existía tratamiento de reconocida eficacia, que impediría la inclusión de sujetos en el grupo control con placebo. Además alegaron que como los países asiáticos y africanos, en donde sería realizado el estudio eran

pobres y no tenían sistema de salud organizado, las mujeres de aquella región usualmente no recibirían ningún tratamiento para el sida, de esta forma al ser incluidas en el grupo placebo no estarían siendo expuestas a mayores riesgos de los que ya enfrentaban en su vida diaria. Es decir, la pobreza justificaría un doble estándar ético. Las exigencias éticas serían más rigurosas en naciones ricas y más exigentes con relación a investigaciones con seres humanos realizadas en países o naciones pobres. La vulnerabilidad de las personas o grupos no serían una justificativa más, así como una motivación para su protección, como la no inclusión en investigación o la inclusión, pero colocada con medidas correctivas de desigualdad injustas, así como potencialmente generadoras de injusticias.

La autonomía y la vulnerabilidad de las personas en la ética en investigación e inclusive en la ética clínica han sido habitualmente consideradas en términos de aplicación del formulario del consentimiento y de información transmitida a los sujetos. Mientras tanto, para comprender la complejidad de autonomía y la vulnerabilidad humana es necesario vislumbrar desafíos que sobrepasen la relación entre el investigador o el profesional de salud, con el sujeto de investigación o usuario del servicio de salud. El respeto activo a las personas como sujetos autónomos requiere de un análisis crítico de las condiciones sociales en las cuales la persona vive. Siendo necesario comprender y ponderar, de forma cuidadosa, los factores socio-estructurales que interfieren, determinando y condicionando la vida y la salud de las personas. En la realidad son estos factores que en última instancia acaban por definir la esfera más circunscrita de relaciones humanas. La vulnerabilidad y la autonomía humana, a pesar de ser ontológicas tienen sus expresiones entrelazadas en la red social. Siendo así, es necesario contextualizar y alargar los horizontes de debate sobre la vulnerabilidad en la ética en investigación, incluyendo en las consideraciones las dimensiones individuales y colectivas del ser vulnerable.

“Vulnerabilidad” y “ser vulnerable” no son lo mismo. Vulnerable es la dimensión antropológica, esencial a la existencia humana. “Ser vulnerable” significa estar susceptible a, o estar en peligro de sufrir daños. Además de la vulnerabilidad básica, intrínseca a la existencia humana, común a todos los seres humanos, existen personas que son afectadas por circunstancias desfavorables como la pobreza, la

falta de educación, difíciles condiciones geográficas, enfermedades crónicas o endémicas, falta de acceso a instituciones de ciudadanía u otro infortunio que nos vuelve especialmente vulnerables. Esta vulnerabilidad socialmente determinada es llamada de “secundaria” o “circunstancial” o aún “susceptibilidad”⁽⁵⁾.

Con esta comprensión se introduce la idea de relaciones de poder entre las personas, los grupos y naciones. De esta forma, se dirige para la naturaleza dinámica de la vulnerabilidad, clave para la emancipación de los usuarios de los servicios de salud y de los sujetos de investigación. La persona vulnerable con necesidades no atendidas, con dificultades para el acceso a los bienes, servicios y realización de sus capacidades se ve más frágil en la negociación que puede ser menos justa e igualitaria, predisponiéndolo a daños. Una concepción marcada por la tendencia bipolar de clasificar y rotular a las personas y a los grupos en “vulnerables” y “no vulnerables”, favorece el espacio para la construcción de la emancipación de los usuarios y sujetos, pues oculta lo dinámico de la vulnerabilidad, que no es un estado determinado, sin embargo es fruto de relaciones de dominación y exploración. Por otro lado, la comprensión más amplia y que contempla los aspectos sociales de la vulnerabilidad deriva de la obligación positiva de hacer real la autonomía de las personas, por medio de intervenciones para reducir la vulnerabilidad, tanto de las personas como de los grupos y poblaciones⁽⁶⁾.

La vulnerabilidad del sujeto de investigación no se reduce a una definición en términos de su edad o capacidad cognitiva, mental, legal o de discernimiento en la toma de decisión, para firmar el término de consentimiento informado. La visión tradicional de consentimiento imputa las responsabilidades de vulnerabilidad del sujeto solo al aspecto individual, como se relaciona entre el investigador y el sujeto, lo cual no se da en la envergadura de un contexto social complejo, que termina por influenciarla.

La vulnerabilidad de una persona o de un grupo social específico, resulta de un conjunto de factores y aspectos no solo individuales, sino también macro-sociales, contextuales, relacionales, políticos y organizacionales que determinan tanto el nivel de susceptibilidad de los individuos al riesgo como su capacidad para enfrentar estos y para la toma de decisión sobre su vida y salud⁽⁶⁾. Siendo así, el foco

de las discusiones en base a la vulnerabilidad no puede considerar las fragilidades, las dificultades y las faltas vividas por las personas como "características naturales, inherentes" a ellas mismas o a los grupos y naciones a los cuales pertenecen. No obstante, deben ponderar la situación de vulnerabilidad en medio del contexto socio-cultural en el cual las personas viven con el objetivo de analizar y comprender el conjunto de factores y circunstancias que determinan y condicionan la situación vulnerable de las personas, de los grupos y de las naciones.

Este enfoque más amplio de vulnerabilidad se propone evaluar la coexistencia, la sinergia y el conjunto de diversos elementos y factores de diverso orden, mezclados en la construcción de la vulnerabilidad individual y grupal. Para lo cual, las intervenciones para la reducción de la vulnerabilidad no pueden restringirse a una respuesta individual o una acción única y aislada, sino que requieren de articular diversos actores sociales involucrados, así como diversas acciones que propicien una respuesta social e intervenciones en niveles diferentes. Lo cual permite una percepción más amplia y precisa de las especificidades, singularidades y diferencias existentes en la vida de las personas y en la organización de la sociedad que aumenten, establezcan o restrinjan las opciones para la elección de alternativas en la toma de decisión individual. Así mismo, ofrece un conjunto de respuestas más estructuradas, articuladas, dinámicas, de gran alcance y más apropiadas para la complejidad de la que es parte la vulnerabilidad de las personas, grupos y poblaciones en la sociedad actual⁽⁶⁾.

Es posible proponer tres niveles para la evaluación e intervención en la vulnerabilidad del sujeto de investigación⁽⁷⁾. El primer nivel es el individual, que incluye acceso a la información, competencia para la toma de decisión, derecho a la libertad, derecho a la privacidad y confidencialidad, calidad de relación entre investigador-sujeto, comprensión del sujeto con derechos, alternativas de servicios y medios diagnósticos terapéuticos disponibles.

Un segundo nivel es el programático y se refiere principalmente a las instituciones que regulan la ética en investigación con seres humanos. Abarcando desde la existencia de reglas o directivas éticas para investigación con sujetos humanos hasta la implementación y funcionamiento de comisiones, locales e internacionales, que evalúen y acompañen

los aspectos éticos involucrados en las investigaciones involucrando sujetos.

Un tercer nivel es el social, que incluye las condiciones de vida, la red social y los conflictos de interés involucrados en investigación con seres humanos. Las condiciones de vida abarcan la pobreza; oportunidades de educación; nivel de desarrollo educativo; patrones de distribución de salario; desigualdades sociales; exclusiones sociales; organización y calidad del sistema de salud; facilidades y barreras para el acceso a los cuidados médicos; costumbres religiosas o culturales y estructuras de poder de líderes locales y grupales. El apoyo de la red social incluye una visión de la comunidad sobre la investigación biomédica; la exclusión de determinados grupos sociales; fomento a las políticas sociales y a las leyes para la protección de los sujetos de investigación; existencia de organizaciones no gubernamentales para la protección de derechos de los sujetos y de los pacientes; acceso de los sujetos a los beneficios producto de la investigación; y retorno de los beneficios a la comunidad en donde el estudio fue realizado. Los conflictos de interés se refieren a la relación entre la industria de insumos y medicamentos con las universidades y con los periódicos científicos: aceptación para publicación de los resultados de investigación; patrocinio de la industria para investigación biomédica, periódicos, eventos científicos, investigadores, actividades de educación básica y continuada, inclusive hasta para actividades de asistencia en universidades y hospitales universitarios; altos índices de publicación y producción exigidos por los criterios de evaluación universitaria.

Autonomía y poder no son lo mismo, mientras que autonomía es una expresión de poder. La vulnerabilidad socio-cultural se establece a través de formas desiguales y excluyentes de distribución sociológica del poder de producción y de la reproducción en las sociedades. El poder y vulnerabilidad caminan juntos. El ethos cultural contemporáneo fascinado por el poder, pretende olvidarse de la condición humana de la vulnerabilidad, debido al hecho de no poder controlarla. El ocultar la vulnerabilidad genera el encubrimiento de sus causas sociales. Esta intención de esconder las causas sociales de la vulnerabilidad hace de la autonomía un discurso que responsabiliza a las víctimas de sus propias heridas. La bioética desarrollada en los paradigmas latinoamericanos ha llevado a serio los

retos de la vulnerabilidad social y sus causas más profundas, con el fin de que la autonomía sea construida de forma consistente. De esta forma, se ha combatido el ethos del individualismo que pulveriza la razón de responsabilidad interpersonal, doméstica a la capacidad de indignarse frente a las inequidades, reduciendo a la ética a aspectos defensivos, inhibiendo su dinamismo afirmativo y creativo⁽⁸⁾.

CONSIDERACIONES FINALES

Con la intención de proponer una última interrogante – pero sin cerrar el debate – conviene considerar, en términos de avances de las ciencias biomédicas para perfeccionar los conocimientos en beneficio de la salud de las personas, que los test requieren ser realizados (de acuerdo con los protocolos aceptados) en humanos. Siendo así, es pertinente utilizar el principio aristotélico de justicia

como reciprocidad⁽⁹⁾, el cual para esta discusión exige que sujetos en investigación reciban los beneficios por el hecho de participar. No se justificaría que un sujeto, paciente que haya recibido el placebo, al finalizar el estudio no reciba el medicamento cuyo efecto terapéutico fue aprobado por el estudio. Al mismo tiempo no se justifica que un sujeto que se haya beneficiado con el medicamento no pueda obtenerla, por el hecho que aún no se comercialice en el país. Sin olvidar que cuando este disponible para comercialización, el precio no se cobra para el sujeto de investigación. Se da la explotación cuando las personas o las agencias ricas o poderosas se aprovechan de la pobreza, debilidad o dependencia de los otros, usándolos para alcanzar sus propias metas (la de los ricos y poderosos). La pobreza nos pide explicaciones, clama por respuestas determinadas y acciones vinculadas al rescate de la dignidad del ser humano, en defensa de la vida amenazada y de ciudadanía plena para todos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ugá VD. A categoria pobreza nas formulações de política social do Banco Mundial. Sociol Polit [online] 2004 Nov [cited 2007 May 12]; n. 23 [about 7 p.] Available form: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-44782004000200006&Ing=pt&nrm=iso.
2. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. In: Os Pensadores - Aristóteles II. São Paulo (SP): Abril Cultural; 1979. p.121-138.
3. Ribeiro, CRO. *O conceito de pessoa na perspectiva da bioética secular: uma perspectiva a partir do pensamento de Tristram Engelhardt*. [Tese doutorado]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública/USP; 2002.
4. Pogge T. Global Justice as moral issue. *Ethic@* 2005 junho; 4(1):1-6.
5. Kottow MH. Comentários sobre bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. *Bioética: poder e injustiça*. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo/Sociedade Brasileira de Bioética; 2003. p.71-8.
6. Zoboli ELCP, Pupo LR, Fraccolli LA. Buscando um novo referencial para compreensão da vulnerabilidade dos sujeitos de pesquisa. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Bioética / I Congresso de Bioética del Mercosur e Fórum da Redbioética / UNESCO*; 2005 Setembro 193-195; Foz do Iguaçu, Brasil: 2005.
7. Zoboli ELCP. Vulnerability in biomedical research: a framework for analysis. In: Häyry M, Takala T, Kelly-Herissone P, editors. *Ethics in biomedical research: international perspectives*. Amsterdam-New York; 2007. p.167-80.

8. Anjos MF. A vulnerabilidade como parceira da autonomia. *Rev Bras Bioética* 2006; 2: 173-86.

9. Aristóteles. *Ética a Nicômaco*. In: Os Pensadores - Aristóteles II. São Paulo (SP): Abril Cultural; 1979. p.127.