

Una Bioética Operativa Inclusiva Deliberativa para el Paraguay

*Mariza Amaral**

1. Realidad Paraguaya. Breve referencia

En el Paraguay existen múltiples problemas de carácter económico, político y social, aun más, varios de estos problemas son de tal complejidad que obligan a estudiar y profundizar el tema desde un ámbito interdisciplinario, ya que los resultados demuestran que ni la economía, ni la filosofía, ni la teología, ni la política por sí solas son suficientes para dicha misión. Por tanto, es oportuno y necesario introducir el debate bioético, y el análisis desde esta disciplina, para abordar varios aspectos que emergen como graves problemas en el país.

A continuación se mencionarán algunos de los problemas actuales que enfrentan los paraguayos.

Más de un millón de personas en el Paraguay no logran satisfacer sus necesidades alimenticias básicas, trayendo como consecuencia la desnutrición y el hambre.

Según el Censo Nacional de Población y Viviendas (2002), la población del Paraguay era de 5.163.198 habitantes. De dicha población 56,7% viven en áreas urbanas y 43,3% en áreas rurales. Asimismo, 50,4% son hombres, 49,6% son mujeres; 37,1% son menores de 15 años y 4,9% son individuos de 65 años y más. La población en general es predominantemente joven.

El Paraguay continúa en un proceso de transición democrática. Los indicadores demográficos muestran un acelerado crecimiento poblacional y altas tasas de fecundidad y mortalidad. Las mortalidades materna e infantil siguen superando el promedio de América Latina. La situación socioeconómica muestra grandes

carencias sociales reflejo de la ausencia de un mejoramiento sustancial en los últimos años¹.

La población es bilingüe y tiene dos idiomas oficiales el castellano y el guaraní. Según datos del censo de 2002, el 59% de la población utiliza con más frecuencia en el hogar el idioma guaraní, 36% el castellano y el resto otros idiomas. El uso exclusivo del castellano sólo llega a 6% de la población².

Epidemiológicamente, el Paraguay presenta aún altos indicadores de enfermedades ligadas a la pobreza. Si entendemos la pobreza como una situación de insatisfacción de necesidades básicas que afecta a hogares y otras unidades de la vida social (colectividades locales, distritos, regiones), la salud, la educación, el acceso a una vivienda, servicio sanitario y acceso a agua potable, son urgencias notorias en el Paraguay. Estos condicionamientos mantienen altos niveles de enfermedades endémicas, infecto-contagiosas, que pueden ser fácilmente prevenibles y evitables. La cobertura para la disposición de excretas en condiciones adecuadas es sólo accesible para el 22% de la población total y el servicio de recolección de basura a nivel del país alcanza tan sólo al 17% de la población³.

El país se caracteriza aun, en comparación a sus vecinos, por sus altas tasas de mortalidad materna e infantil. Entre las causas de mortalidad infantil se destacan los problemas perinatales, las diarreas y las neumonías. Los factores que más inciden en la mortalidad infantil son: la localización rural, el bajo nivel de instrucción de la madre, las malas condiciones de higiene y la poca distribución de agua potable.

Si consideramos la mortalidad materna, el Paraguay ocupa los primeros lugares en Latinoamérica, por sus elevadas tasas de mortalidad. Las causas son consecuencias directas del deficiente control del embarazo, el pre y post-parto, también por el alto

* **Centro Paraguayo de Bioética (C.P.B.)**

¹ Informe del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2000-2001) en Silvero, José Manuel. "La Bioética en España y Latinoamérica. Una visión socio-antropológica". Tesis Doctoral. Oviedo: España, 2003, pág. 251

² Véase; <http://www.dgeec.gov.py/>

³ Cfr. Silvero. Op. Cit. Pág. 252

porcentaje de partos atendidos por personal no capacitado, de la limitada cobertura y el difícil acceso a los servicios de salud⁴.

A los problemas materno-infantiles, se debe agregar todo lo relacionado a la problemática alimentaria, donde sobresalen las anemias hipovitaminosis, el bocio endémico y la desnutrición calórico-proteica.

La tasa bruta de mortalidad estimada para el período 1995-2000 fue de 5,4 muertes por mil habitantes y para 2002 fue de 3,7 por mil. Se estima que ocurren alrededor de 28 mil muertes anuales, de las cuales se registran alrededor de 18 mil. De esas, alrededor de 11 mil son certificadas y apenas 10 mil tienen causa definida. En 2002 se registraron 18.934 muertes; de éstas, 4.003 tenían signos y síntomas mal definidos (21,1%). De las muertes con causa definida, 27,8% fue debido a enfermedades del sistema circulatorio, 17,6% a tumores, y 14,1% a causas externas⁵.

En los últimos años se ha visto también un recrudecimiento de enfermedades anteriormente controladas, como es el caso del dengue, fiebre amarilla, mal de chagas, que han aparecido en los nuevos asentamientos urbanos y rurales.

1.1 Pueblos indígenas en el Paraguay

En el Paraguay existen 19 etnias que se agrupan en seis familias lingüísticas. La población indígena del Paraguay asciende a unas 80.000 personas, distribuidas en unas 300 comunidades⁶.

Se diferencian del resto de la población rural y urbana por su identidad cultural y conformación social, pues mantienen, a pesar de todo, sus propias formas de organización política y social, sus idiomas y sus economías basadas fundamentalmente en la caza, pesca, recolección pastoreo y agricultura. Los pueblos del Chaco, a su vez, desde hace varias décadas están integrados como trabajadores asalariados al peonato de las estancias, con las gravísimas consecuencias de

⁴ Ibid. Pág. 253

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2008

⁶ Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). *Atlas de las comunidades indígenas en el Paraguay*. 2004

explotación basada en el régimen de trabajo que son sometidos por la mayoría de los ganaderos y latifundistas.

La falta de tierra, la depredación de sus bosques, la imposibilidad de recuperar efectivamente parte de sus territorios de manos de poderosos terratenientes, la explotación laboral en las estancias, la invasión de sus tierras por parte de traficantes de rollos, el azote de la tuberculosis, el mal de chagas y otras enfermedades curables, el incumplimiento por parte del gobierno de la Constitución Nacional, convenios internacionales y otros marcos jurídicos y legales, son los constantes atropellos en la que se debate la vida de los pueblos nativos que habitan el Paraguay.

2. Bioética Operativa vs. Bioética Enclaustrada

Las peculiaridades de Latinoamérica, y en particular la de Paraguay, «obligan» a un nuevo planteamiento y abordaje bioético más *operativo*⁷ (*inclusivo*) y *menos enclaustrado* (*exclusivo*). La *bioética enclaustrada exclusiva* es la que se viene desarrollando en los ámbitos académicos y a la cual la gran mayoría del pueblo no tiene acceso. Los temas abordados casi siempre son homologables a los que se están debatiendo en los Estados Unidos o en la Unión Europea. Los esfuerzos intelectuales y los posibles logros de soluciones distan bastante de la realidad y la problemática de nuestra región⁸.

Desde esta perspectiva se imposibilita la tarea de una bioética que aborde los problemas más inmediatos, no porque no brinde resultados positivos, sino que no alcanza distinguir las distintas circunstancias que hacen a cada región. Podrá decirse que los temas bioéticos como la manipulación genética, la clonación, la manipulación de agroquímicos, etc., son cuestiones que atraviesan las fronteras y los

⁷ El término *Operativo* está inspirado en la categoría de *sujeto operatorio* de Gustavo Bueno. Desde las coordenadas materialistas, los sujetos humanos individuales corpóreos son sujetos operatorios a los cuales los define por su autodeterminación operatoria en el ámbito de un grupo definido. Esta autodeterminación es atribuible a un círculo de operaciones, que definen el ámbito en que pueden hacerse consistir su libertad-para. La autodeterminación se concibe no tanto como centrada en un acto puntual de elección, sino que en el curso global de un círculo de actos ejecutados, según planes y programas. Ver Bueno, G. *¿Qué es Bioética?* Oviedo: Pentalfa, 2001, pág. 75

⁸ Cfr. Silvero. "Derechos Humanos, bioética y pobreza en América Latina", Catoblepas [en línea] N° 12, Feb. 2003

continentes, pero éstos no son absolutos y únicos, no tienen aun un impacto real en nuestra sociedad.

Según Silvero, las fundamentaciones que sustentan a esta bioética son consideradas hegemónicas por dictar principios revestidos de autoridad, siendo su principal falencia el hecho de no tener en cuenta ninguna otra forma de pensar y de vivir ajenos al modo de vida a su lugar originario⁹.

En cambio, la *Bioética Operativa Inclusiva* tendrá en cuenta la realidad socioeconómica de la región, es decir, la pobreza, la tasa de mortalidad infantil, las deficiencias de agua potable en algunos lugares, la inequidad que agudiza la exclusión de un gran número de personas privándoles de los derechos más elementales, como son: el derecho a la vida, el cuidado de la salud, a la alimentación, al trabajo, por citar algunos, serán temas centrales de discusión. Por tanto, la *Bioética Operativa Inclusiva* será aquella que se implique con tareas concretas que respondan a las necesidades básicas de la región. Algunos de los problemas mencionados ya han sido superados por los países desarrollados, es por ello que el tema de discusión, para ellos, dista de nuestra realidad y preocupación inmediata.

La *Bioética Operativa Inclusiva* tendrá su fundamento en la preservación y promoción de las tres virtudes éticas fundamentales que, en la terminología de Spinoza se expresa como *fortaleza*. Esta fortaleza se desdobra en *firmeza* (la fortaleza aplicada a uno mismo) y en *generosidad* (como preservación, promoción y gestión de la fortaleza con relación a los demás). Para G. Bueno éste es el horizonte máximo al que se extiende la ética.

En el ejemplo siguiente, Carvallo nos muestra la materialización de estas virtudes, “si un indigente está «muriéndose de hambre» frente a mí, por *generosidad*, es decir, por la fortaleza destinada a ser aplicada a su cuerpo, antes que por autodeterminación de mi conciencia, le debo dar de comer. Si un hombre se está haciendo daño en su cuerpo (como los niños de la calle que en el metro se laceran la espalda con cristales cortados), por *generosidad* (fortaleza aplicada a su cuerpo), antes que darle dinero,

⁹ Silvero, José M. “La Bioética en España y Latinoamérica. Una visión socio-antropológica”. Tesis Doctoral. Oviedo: España, 2003, 196 p.

debo impedir que se lastime. Darle dinero, sin importar que se lastime o compadeciéndome por el daño que se hace, no es, desde estos principios, ético, sería más bien una *indiferencia ética*¹⁰.

Estas coordenadas nos abren una perspectiva definida y clara, y no subjetiva y confusa para abordar temas tan polémicos y acuciantes como los que se han mencionado anteriormente o inclusive temas como el aborto, la eutanasia, el suicidio asistido: todos ellos tienen que ver con el ataque directo al *cuerpo individual*.

Teniendo en cuenta estos planteamientos la *bioética operativa inclusiva* tendrá una fundamentación antrópica¹¹, es decir que el objeto práctico último de la Bioética es la vida humana (el sujeto operatorio). Este sujeto operatorio que se realiza mediante sus planes y programas, deberá contar con la suficiente fortaleza para poder efectuarlas. Es decir, que en Paraguay será necesario abordar, primeramente, los temas que atentan contra la fortaleza del cuerpo como son la pobreza, la desnutrición, enfermedades que se producen por la contaminación, etc. La bioética operativa inclusiva será la que contemple y priorice en sus debates los temas mencionados.

2. Bioética Operativa Inclusiva Deliberativa

Esta Bioética será también *deliberativa*, ya que, primeramente, los regímenes democráticos necesariamente, deberán conceder un mayor espacio a la deliberación. Según Gracia, la democracia no es sólo una teoría política sino también una doctrina ética. Es pensar que el otro puede tener algo que decir, puede tener razón, al menos tanto como yo. Y, es creer, que el otro me es necesario incluso para tener razón. Es en la democracia donde se permiten espacios para el ejercicio de la deliberación. Y en segundo lugar, en la bioética de lo que se trata es de intentar tomar decisiones y razonar con inteligencia, esto será posible mediante la deliberación.

¹⁰ Carvallo, Ismael. "Notas sobre las relaciones entre ética, moral y política. Notas sobre bioética" En: El Catoblepas, revista crítica del presente. Número 60, página 4. <http://www.nodulo.org>

¹¹ Sobre este punto se tiene en cuenta la clasificación hecha por Gustavo Bueno de bioética *antrópica* y *anantrópica*. La primera pone el objeto práctico último de la Bioética en la vida humana, la segunda pone el objeto práctico último en la vida en general, en la biósfera. Cfr. Bueno, Gustavo. *¿Qué es la Bioética?* Oviedo: Pentalfa, 2001, pág. 12-13

Para el autor la deliberación es un procedimiento técnico que permite decidir de forma razonable en situaciones en las que no existe ni puede existir certeza. Pero sí existe la posibilidad de ponderar —de forma cuidadosa, metódica y prudente— los distintos factores, datos y puntos de vista. Es lo que se denomina “toma de decisiones razonables en condiciones de incertidumbre”.¹²

Para afianzar nuestra democracia paraguaya, la deliberación será una aliada necesaria, según Victoria Camps, al igual que Gracia, sostiene que la deliberación es un procedimiento, un buscar entre todos, el medio más efectivo y real para solucionar nuestros problemas. Por ello, es la forma más idónea de participación democrática. “Que los resultados de la deliberación deban ser objeto de deliberaciones nuevas, no hace sino reafirmar el principio democrático del valor de la participación. Sin poder decir que la participación –o deliberación- sea un fin en sí, vemos en ella la puesta en práctica de la razón y la reflexión – como decía Aristóteles -, esto es, de la condición necesaria, aunque no suficiente, de llegar a la elección o a la decisión más justa”¹³.

Creemos que mediante este procedimiento deliberativo podremos enfrentar nuestra compleja problemática como país, brindando respuestas más efectivas a fin de consolidar nuestra democracia. Pero debemos aprender a deliberar, ya que “nadie nace sabiendo hacerlo y, en general, lo que a uno le pide el cuerpo no es deliberar, sino imponer su propio criterio, anular al contrario. La deliberación parte del principio de que yo doy razones, pero mis razones no son nunca absolutas y, por tanto, otros pueden tener tanta razón como yo. Y si yo escucho al otro, escuchando su razón puedo avanzar en mi conocimiento del tema en discusión. Cuando estamos argumentando, damos razones, pero no hay diálogo si creemos que quien expone razones opuestas a las nuestras no puede tener razón”¹⁴.

¹² José Lázaro. “La responsabilidad frente a la vida. Conversación con Diego Gracia”. *Ética*. [en línea] Madrid-España, 08 de marzo de 2004 en [htm://www.intersalud.es/](http://www.intersalud.es/)

¹³ Camps, Victoria. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética*. Barcelona: Crítica, 2001, pág. 127

¹⁴ José Lázaro. “La responsabilidad frente a la vida. Conversación con Diego Gracia”. *Ética*. [en línea] Madrid-España, 08 de marzo de 2004 en [htm://www.intersalud.es/](http://www.intersalud.es/)

Siguiendo esta idea, Gracia asegura que la ética, la política y la clínica están embarcadas en un proceso de cambio de paradigma. Que están evolucionando, y han de evolucionar mucho más, desde una racionalidad apodíctica e impositiva a otra prudencial y deliberativa. Que si de algo tiene nuestra sociedad defecto, es de deliberación. Y que si la bioética puede y debe contribuir en algo a la mejora de nuestra sociedad, Gracia asegura que ha de hacerse por esta vía.

Conclusión

Finalmente, tras haber visto brevemente la situación de nuestro país, sus carencias, necesidades, creemos oportuno proponer una Bioética que sea *Operativa Inclusiva y deliberativa*, es decir, con una fundamentación antrópica, donde la generosidad sea una de las características de la misma. Que contemple a la persona, posibilitándole las condiciones para la concreción de sus planes y programas, donde los grupos minoritarios sean atendidos en sus necesidades. La situación de los pueblos indígenas no ocupa un sitio central en reuniones, congresos y publicaciones en nuestra región. Silvero afirma que “si la bioética que se esboza y se despliega en los debates académicos o en los comités de bioética, excluye a los cientos de pueblos indígenas de Latinoamérica y el Caribe, simplemente estará reforzando la discriminación y el ninguneo”¹⁵.

La falta de una política sanitaria eficaz y la politización de hospitales y centros de Salud ha excluido a niños y ancianos, la bioética puede fomentar una conciencia civil donde la equidad sea una realidad operativa.

También creemos, al igual que Gracia, que si la bioética puede y debe contribuir en algo a la mejora de nuestra sociedad, deberá hacerlo desde la vía deliberativa.

Por todo lo expuesto se justifica la necesidad de implantar, promocionar y desarrollar la bioética operativa inclusiva deliberativa en el Paraguay. Esta bioética necesariamente entenderá los parámetros culturales y sociales de este peculiar país,

¹⁵ Silvero. “La Bioética en España y Latinoamérica. Una visión socio-antropológica”. Tesis Doctoral. Oviedo: España, 2003, pág. 198

en ese sentido el idioma guaraní será un aliado muy útil a la hora de entender y llegar a una población con costumbres y tradición guaraní.

Bibliografía básica:

Bergel, Darío. *Bioética, pobreza y derecho humanos en la realidad latinoamericana*. Actas del II Congreso Mundial de Bioética, Gijón 2002

Bueno, Gustavo. *¿Que es la Bioética?* Oviedo: Pentalfa, 2001

----- *El sentido de la vida. Seis lecturas de filosofía moral*. Oviedo, Ed. Pentalfa, 1996

Camps, Victoria. *Una vida de calidad. Reflexiones sobre Bioética*. Barcelona: Crítica, 2001

Carvallo Robledo, Ismael. “Notas sobre las relaciones entre ética, moral y política. Notas sobre bioética” En: *El Catoblepas*, revista crítica del presente. Número 60, página 4, 2007. <http://www.nodulo.org>

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). *Atlas de las comunidades indígenas en el Paraguay*. 2004

Elster, Jon (comp.). *La democracia deliberativa*. Barcelona: Gedisa, 2000

Gracia, Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema, 1989

----- *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Madrid: Triacastela, 2004

----- “La deliberación moral: el método de la ética clínica” en Serie de artículos «Bioética para clínicos» del Proyecto del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid, 27 marzo de 2001

----- “La deliberación moral”. Discurso de incorporación a la Academia Chilena de Medicina. Instituto de Chile. *Boletín Academia Chil Medic* 2001; 37: 29-35.

José Lázaro. “La responsabilidad frente a la vida. Conversación con Diego Gracia”. *Ética* [en línea] Madrid-España, 08 de marzo de 2004 en [htm://www.intersalud.es/](http://www.intersalud.es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*, 2008

Silvero Arévalos, José Manuel. “La Bioética en España y Latinoamérica. Una visión socio-antropológica”. Tesis Doctoral. Oviedo: España, 2003

----- “Derechos Humanos, bioética y pobreza en América Latina”,
Catoblepas [en línea] N° 12, Feb. 2003

----- “ Bioéticas”, Thémata (Sevilla), nº 33 (año 2004) págs. 399-406