

"Abrir el campo": La Bioética Cotidiana como alternativa para repensar los temas de la Salud Pública

Por **Revista Trazos** - 29 octubre, 2015

Por Romina Andrea Cordero

Licenciada en Sociología por la UNSE, Becaria CONICET I- UNSE- FHCSyS-INDES – romiperversi@hotmail.com

Introducción

Entendiendo el **campo médico** como un espacio social y de conocimiento que en los últimos años enfrentó un fuerte proceso de **desacralización**, posibilitando la **mirada interdisciplinaria** sobre su papel en el contexto social, nos proponemos reflexionar sobre las posibilidades de una **bioética cotidiana** que incorpore la voz de diferentes actores sociales para tratar los temas de la Salud Pública.

La bioética ha estado desde sus inicios concentrada en el análisis de situaciones límites de carácter individual o de grupos reducidos en situaciones muy específicas, como las que serán debatidas luego de la Segunda Guerra Mundial y, el descubrimiento de las atrocidades nazis y el replanteo de **los derechos de los sujetos de investigaciones biomédicas**.

Tan es así, que desde la medicina tradicional conservadora, muchos médicos expusieron su sentir respecto de esta disciplina, que se presentaba como la excusa para introducir planteos y críticas al quehacer profesional.

Los **debates iniciados luego de la década del 40** se profundizaron con la entrada a escena de los movimientos por los derechos civiles, por la justicia social y contra el racismo, las luchas por los derechos humanos y el derecho a la salud, las luchas por el acceso igualitario a los servicios de salud, los movimientos feministas y de defensa de los derechos del paciente. Concomitantemente, el desarrollo económico-social y tecnológico. (Penchaszadeh. V, 1994: 9)

Sin demasiados análisis podríamos argumentar que la complejidad de la vida social, expresada a partir de las costumbres, los hábitos y disposiciones para la acción, la diversidad de valores y las distancias regionales (y locales) en las formas de organización social, plantean conjuntamente con los factores económicos, políticos y culturales, **verdaderos desafíos para lograr mejoras en las relaciones humanas y alcanzar mayores estándares de bienestar**.

Esa complejidad, de la vida social, cuando se expresa en temas de salud que afectan a un individuo o grupo de personas, y que en consecuencia es abordado por el Estado a través de sus políticas sanitarias o en el ámbito de los servicios públicos o privados de

salud, tendrá como receptores a los profesionales de la medicina. Estos, haciendo uso de los conocimientos del campo necesitarán poner en práctica diferentes habilidades de entrevista y observación para alcanzar una comprensión lo más detallada posible de las subjetividades, los hábitos, las costumbres y modos de vida que hacen del sujeto o los sujetos afectados, un complejo que está más allá del organismo biológico.

La Ética en contexto

Podemos decir que desde comienzos del siglo XX las desigualdades regionales, la aparición de ciudades con alta densidad de población, las luchas por los recursos naturales, los conflictos políticos y bélicos, entre otros factores, se convirtieron en parte de **un complejo proceso apoyado en las lógicas de un mercado expansionista que enaltece el valor del dinero y la polarización de las economías, en detrimento de los principios humanistas**. Como consecuencia, hacia la década de los 90 y principalmente en los países de América Latina, se abrieron nuevas discusiones en el campo de la ética, que intentaba canalizar los reclamos sobre la vida, el vivir y la salud, principalmente de las regiones más desfavorecidas por el impacto de la pobreza, la marginación y la exclusión social.

Esa situación que vulneraba derechos humanos básicos, como la salud, se gestaba en la pobreza, la indigencia, el deterioro del medioambiente, el avasallamiento de la diversidad cultural, las relaciones internacionales que afectan directa o indirectamente a la vida y salud de las personas, pero principalmente en **un Estado desdibujado que no ejercía su poder rector y reorganizador sobre la vida y los intereses** de las personas. Dejando muchas decisiones de vital importancia sujetas a los caprichos de las primeras potencias y del mercado. Así lo expresará Berlinguer (2003:10)

"[...] no importa que la pobreza aumente a proporciones exorbitantes mientras los pocos ricos se hacen cada vez más ricos; no importa que importantes logros sanitarios se reviertan y retornen viejas epidemias, como la tuberculosis o el cólera; no importa que aumente la violencia y aparezcan nuevas endemias como los accidentes, el cáncer, las enfermedades crónicas y el sida. Sí importa que los mercados crezcan y se desarrollen, que las inversiones rindan, y las cuentas cierren[...]"

Veremos entonces que los acelerados cambios en los estilos de vida de distintas partes del planeta tendrán como resultado la modificación en los espacios naturales, la arquitectura de las ciudades, las relaciones sociales, la esperanza de vida y las posibilidades para el desarrollo de las personas, la explotación indiscriminada de los recursos, así como sobre las modalidades y concepción del trabajo, el perfil técnico y físico de los trabajadores, etc.

Atrás quedaba la **intervención social de carácter preventivo**, y el modelo

"higienista" del siglo XVIII y XIX, con un Estado y sociedades filantrópicas ocupadas del cuidado de la salud [1], el saneamiento de las ciudades, la erradicación de epidemias, etc. Modelo que desplazaba la responsabilidad de la órbita de la privacidad del sujeto hacia lo público y el Estado. En otro plano, pero asociado a temas de salud, **también se desarrollaría un abordaje privado, destinado a los sectores de mayor poder adquisitivo** y que tendría como consecuencia de mercado el lugar ocupado por la industria farmacéutica, considerada la segunda en importancia económica después de la de armamentos. Superada la primera mitad del siglo XX, las preocupaciones sobre el funcionamiento de los sistemas de salud llevaron a organismos nacionales e internacionales, a técnicos y decisores políticos a **evaluar la organización de los servicios, el tipo y calidad de la atención, el alcance del financiamiento y el impacto de estos al llegar a la población**. Si bien esas acciones pueden ser vistas como beneficiosas y oportunas, no pudieron evitar que durante mucho tiempo el sistema se estructurara a partir del **paradigma médico biologicista**, centrado en el manejo curativo de la enfermedad y las prácticas médicas y hospitalaria, **modelo conocido como "médico curativo"**.

Para el año 2000 los reclamos de una ciudadanía activa y en pleno ejercicio de sus derechos fue el estandarte de muchas organizaciones civiles y de diversas entidades de alcance internacional. La Organización Mundial de la Salud, entre ellas, señalaba que un mejor nivel de salud debía ser el objetivo principal de cualquier sistema de salud, y que para ello era necesario que existiera un mínimo de diferencias en la atención recibida por individuos o grupos.

Por otra parte, se volvía imprescindible observar la finalidad del sistema, el tipo de organización y estructura, los recursos disponibles, el financiamiento y pago, la provisión de servicios, el acceso y la administración. Es decir, alcanzar una **revisión interna y externa que tenga como fin primero un servicio de calidad**, orientado hacia la tan reclamada descentralización, traducida en una municipalización y empoderamiento comunitario creciente. En este proceso, la inclusión en la agenda de los temas relacionados con las políticas de recursos humanos, también representará un desafío para el sector de salud, la comunidad y los encargados de asignar fondos y asegurar la capacitación adecuada.

Si bien lo mencionado parece tener una impronta positiva, aún persisten condicionantes que exceden las buenas voluntades y que Berlinguer (2003) explicará de la siguiente manera: las **nuevas "recetas" de los organismos financieros internacionales para privatizar la atención de la salud en los países pobres** y la irrupción de inversores multinacionales en los planes privatizados de salud, dan cuenta de algunos de los fenómenos que impactan directamente sobre la vida de las personas.

Finalmente, no debemos olvidar el papel de los adelantos de la ciencia y tecnología

médica que en el siglo pasado posibilitaron mejoras en las condiciones de vida de una importante franja de la población, pero, que a la vez contribuyeron a ensanchar las desigualdades para aquellas regiones y sectores sociales donde la distribución, implementación y apropiación continuó siendo desigual.

La acción de la Salud Pública

Cuando hablamos de Salud Pública, no aludimos solo a un conjunto de servicios dispuestos para la atención de problemas específicos en la comunidad. La mirada es más amplia y compleja puesto que trata de **una forma de analizar, conocer y abordar a las poblaciones**. Razón por la cual no podemos hablar únicamente de una ausencia colectiva de la enfermedad, de lesiones o de incapacidad. Se trata, más bien de un conjunto de respuestas organizadas con el fin de asegurar el mayor bienestar posible y una calidad de vida más elevada a la población.

Así lo explicarán Lolás Stepkey y Outomuro (2007:109):

"Salud Pública es una forma específica de saber-hacer que incluye la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención. Abarca asimismo, las acciones de fomento de la salud y de desarrollo del personal que trabaja en los servicios sanitarios. La Salud Pública, es entendida como la salud de la población por efecto de la acción de la colectividad organizada y abarca, por lo tanto, todas las dimensiones colectivas de la salud, concebida esta última como la ausencia de enfermedad de lesiones y de incapacidad, en un completo estado de bienestar".

A esta definición agregaremos la consideración de lo que muchos autores denominan los **componentes estructurales básicos**: promoción de prácticas sociales saludables, fomento y protección de la salud, así como, el factor operativo: donde ubicamos las acciones de las autoridades sanitarias.

Observar estos dos componentes ayudará a bosquejar una idea bastante completa de la capacidad institucional de un sistema de salud pública. En consecuencia, **el desarrollo y alcance de la capacidad instalada en un sistema de salud estará en íntima relación con las posibilidades históricas de desarrollo de la población sobre la que interviene**. Serán los factores económicos, políticos y culturales, presentes en cada sociedad, elementos decisivos para el desarrollo de una Salud Pública capaz de dar respuestas a las necesidades y problemas de las personas.

Para la Salud Pública también existen **principios éticos [2]** como: la dignidad de la vida humana, la autonomía y libertad de elección, la justicia y equidad, la solidaridad, la precaución y responsabilidad, los derechos a la privacidad y a la confidencialidad y finalmente el derecho a la disposición de lo propio. Estos principios pretenden ordenar, inspirar y guiar las acciones de los decisores políticos

en salud así como de los integrantes del equipo que permanecen en contacto directo con la persona, las familias, los diferentes grupos y la comunidad.

Como ya se dijo, los numerosos estudios éticos surgidos en el campo de la medicina, se ocuparon de abordar temas derivados del avance tecnológico y la investigación científica, en la medida en que impactaban sobre la vida de las personas. De manera que, los problemas de mayor cotidianidad para las personas o aquellos que podían ser cotidianos en el equipo de salud, permanecían en un segundo plano reflexivo o formando parte de las preocupaciones de un grupo muy reducido de profesionales.

Algunos autores como Tealdi (2007) explican que en la relación de la salud pública con la bioética, **los puntos de vista pueden ser académicos y políticos** y que es preciso no solo diferenciarlos sino que además se deben tener presentes las características de esas relaciones en América Latina, principalmente en el marco del neoliberalismo globalizado.

El Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud establecido en Santiago de Chile en 1995, será un ejemplo de ello, al mostrar una desvinculación entre bioética y salud pública. La visión del programa sería abstracta porque no tendría en cuenta la situación de salud y sus determinantes, tampoco consideraba las evidencias epidemiológicas, la historia, tradición y cultura de las comunidades de la Región, o la opinión de los especialistas y expertos locales. La mirada privilegiaba la visión angloamericana y liberal de la bioética de corte individualista y privado, antes que social y público. La deuda de la bioética en el campo de la salud pública en América Latina y el Caribe, según Tealdi, será ocuparse de los problemas de la su población y discutir la producción regional sobre esos problemas. Y sumar al análisis la producción extrarregional, en la medida en que sirva para construir visiones propias.

La utilidad de una bioética cotidiana

Lo expuesto nos permite entender la complejidad del contexto en el que se dan las políticas de salud [3], no solo por las múltiples dimensiones que constituyen su estructura final, sino porque además deben intentar responder a necesidades que en sí mismas son también complejas. Entonces, **reclamar reflexiones más profundas e inclusivas** respecto de la Salud Pública es abrir un campo que hasta el momento había sido del dominio exclusivo de la bioética practicada por médicos, especialistas, técnicos o eticistas interesados en esa área de conocimiento.

La resultante de ello es un problema reconocido recientemente, y que excede las explicaciones fundamentadas en la deontología médica. Estas modificaciones, **reclaman una ética particular**, que sea capaz de tratar el problema o tema abordado desde sus múltiples dimensiones, pero que fundamentalmente sea útil a las expectativas de los involucrados en ese diálogo reflexivo así como para la población sobre la que se ejerce o

produce algún efecto. Tendrá sentido, al menos desde nuestra perspectiva y experiencia en el campo de la salud, promover una ética cotidiana. Pero, ¿qué utilidad tendría pensar a partir de una bioética cotidiana en tanto alternativa a la bioética médica?, y más específicamente ¿a quiénes sienta a la mesa de debate, y sobre qué temas puede realizar aportes?

Primeramente diremos citando a Berlinguer (2002) que la bioética cotidiana es "la existencia de otra bioética, más cercana a la experiencia de todas las personas y de la vida cotidiana". **La cotidianidad refiere, por tanto, a ámbitos menos médicos de la medicina**, a cuestiones como las políticas públicas, los problemas concretos de la vida de los ciudadanos, derechos humanos, y políticas sociales, y otros temas que involucran cada vez más a la opinión pública, la ciencia, la ética y la política.

En los países pobres y menos desarrollados, una bioética cotidiana podría impulsar reflexiones acerca de distintos elementos y de las normas que permiten el funcionamiento del sistema de salud en distintas aristas. Respecto del financiamiento ¿Cuánto, en qué y para qué?; de la circulación y el valor del conocimiento ¿Qué temas y entre quienes?; del tipo de recursos humanos y de recursos materiales destinados al funcionamiento del sistema ¿Con qué capacitación? ¿De qué recursos disponemos y por cuánto tiempo?; del destino y valor de distinto tipo de saberes, ¿Qué condiciones se presentan en la puesta en relación de los saberes tradicionales y de los saberes médico-científicos? ¿Qué valor tiene uno y otro para las comunidades y el mercado? Incluso abrirá discusiones sobre el proceso de borramiento y privatización de los reservorios del conocimiento tradicional.

Independientemente del tema que se aborde, las revisiones éticas sobre la moral que acompaña o debería acompañar la toma de decisiones, resultará de mayor productividad, si parten de una moral y valores colectivos. **La mesa se enriquece si está integrada por distintos actores de la comunidad**, evitando la polarización donde abundan los funcionarios públicos que responden a valores políticos, muchas veces alejados de los valores sociales, o los representantes de firmas y empresas que persiguen ganancias de mercado.

Si bien lo propuesto permite la participación de diferentes actores, esto no significa que de esa mesa podrán participar indiscriminadamente aquellos que investidos del título de "moralistas" vean la oportunidad para predicar moralidades. Por el contrario, serán bienvenidos quienes, representando a diferentes sectores de la sociedad, tengan un conocimiento que les permita argumentar, desde propuestas concretas, qué se debe hacer, quién lo debe hacer, y por qué se debe hacer.

Es ahí cuando **abrir el campo sería lo mismo que mantener un alerta constante entre quienes forman parte de las comunidades científicas**, entre quienes tienen y administran cuotas de poder, **entre quienes asignan un valor a la enfermedad y otro a la salud**. Abrir el campo permite el ingreso a la mesa de debate de otras moralidades, más extensas, si se quiere más reales, porque son las moralidades de un

amplio sector de la población.

Una bioética cotidiana nos pone en contexto, y nos aparta del cumplimiento mecánico del texto (teoría), así como de las pretensiones universales del mismo. Buscar el cimiento sobre el que se esgrimieron las normas que hoy direccionan el funcionamiento del sistema de salud y que autorizan las políticas en salud, nos dirige la mirada hacia escenarios olvidados, desconocidos, acallados. Nos pone al tanto de discusiones que ya fueron planteadas, de decisiones que ya fueron tomadas, de acciones que tuvieron costes innecesarios para muchos seres humanos. Pero principalmente nos permiten reflexiones éticas fundadas en la historia de nuestras comunidades, en sus progresos y retrocesos, en sus logros y también en sus fracasos.

Bibliografía de consulta

- Berlinguer, Giovanni (2002) "Bioética Cotidiana". Siglo XXI Editores.
- Berlinguer, Giovanni (2003) "Ética de la Salud". 1º ed. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Lolos Stepkey y Outomuro D (2007) Bioética y Salud Pública. Revista Selecciones de Bioética. Nº 11. Bogotá D.C., Colombia. Editorial. Gente Nueva LTDA.
- Maguregui, Carina (1996) "Conversaciones sobre Ética y Salud". Centro Editor de la Fundación Favaloro.
- Tealdi, Juan Carlos (2007) Retos para la Bioética en el campo de la Salud Pública en América Latina, en Saúl Franco (ed.), Bioética y Salud Pública: Encuentros y tensiones, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia y UNESCO, pp.229-243. Toledo Gurbelo, G [comp.](2005) "Fundamentos de Salud Pública". La Habana, Ed. Ciencias Médicas. -
- Sádaba, Javier (2004) Los límites éticos de las nuevas biotecnologías.
- Los desafíos de la sociedad del conocimiento: Exclusión, diversidad cultural y justicia social. -Vélez Correa, A y Maya Mejía, J () Ética y Salud Pública.

Revista Trazos

<http://www.revistatrazos.ucse.edu.ar>

Hola soy una revista digital y esta es mi biografía.

