

La dimensión social de la Bioética¹

María Inés Villalonga
Mgter en Bioética

Durante largos siglos la presencia de enfermedad fue el centro y eje del concepto de salud que se definía por la ausencia de patología. Fueron tiempos en que la enfermedad era considerada un castigo divino para una persona o grupo de ellas, y por tratarse de un escarmiento destinado a los transgresores, los “tratamientos” se orientaban a ganar el favor de los dioses con sacrificios y purificaciones. Por temor al contagio del mal provocado por los dioses, la comunidad segregaba a los afectados estigmatizándolos y condenándolos a la exclusión social, lo que además funcionaba como medida ejemplificadora para que el resto de la gente evitara los “malos” comportamientos.

A medida que se produjeron las migraciones a través de amplios territorios entre Europa y Oriente Medio, sobre todo respondiendo a movimientos de tropas para conquistar territorios, se produjo un intercambio de culturas y también de enfermedades. Con numerosos ejércitos trasladándose de un lado a otro, no solo se afectaron los soldados sino también poblaciones enteras. Como ejemplo se cita la Peste antonina o plaga de Galeno (165-180 d.C) que parece haberse tratado de una epidemia de viruela importada del Cercano Oriente por las tropas del Imperio Romano. Se repitió nueve años después y se estima que el total de muertes fue de cinco millones de personas, algo así como un tercio de la población².

Podríamos decir que hasta el siglo XI con Avicena los médicos eran capaces de ofrecer consejos individuales para impedir la mala salud, pero resultaban incapaces para enfrentar enfermedades graves debido a la falta de conocimientos suficientes y manejando una farmacopea basada en sangrías, dietas, baños y placebos. Los pobladores con menores recursos económicos se limitaban a los curanderos y buhoneros para tratar padecimientos que no se resolvían espontáneamente. En estos

¹ Presentación realizada el 21 de octubre de 2016 ante la Red de Comités de Bioética del Ministerio de Salud de Córdoba. Argentina

² https://es.wikipedia.org/wiki/Peste_antonina

momentos de la historia la enfermedad seguía siendo un problema individual, algo privado y como tal la solución al padecimiento dependía de los arreglos que cada persona pudiera lograr.

Durante la Edad Media la lepra asoló Europa. Alrededor de esta patología se construyó una interpretación de castigo, alentada por el pensamiento medieval cristiano, que determinó en un principio la estigmatización de los afectados, la vergüenza, la exclusión social. Tan profunda resultó la impronta de la estigmatización que condicionó la consulta tardía cuando ya existía cura para la enfermedad.

La peste bubónica o peste negra atacó a Europa entre los años 1347-1351 dejando 24 millones de muertos, en tanto que en Oriente Medio la peste negra se extendió hasta 1844 diezmando a un tercio de la población.

Con el descubrimiento de América la viruela, la sífilis y la tuberculosis fueron otros tipos de verdugos para los pueblos originarios. Se dice que 12 años después de la llegada de Colón, 9 de cada 10 nativos morían en etapas tempranas de la vida, sin dejar descendencia, a causa de alguna de estas infecciones. Otro ejemplo de enfermedad colonial es el cólera que provocó la muerte de 28 millones de personas en la India y Gran Bretaña entre 1768 y 1947³.

Con la Revolución Industrial se inició el desplazamiento de los trabajadores del campo a las ciudades. En consecuencia se produjo el hacinamiento de los nuevos pobladores en las ciudades, lo que unido a la falta de infraestructura para el manejo de excretas y la provisión de agua, además de mala alimentación y pésima atmósfera laboral, generaron insalubres condiciones de vida.

En la cosmovisión europea tradicional la mayoría de las enfermedades se originaban a partir de miasmas o conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras. Esto justificaba que las poblaciones más pobres que vivían en lugares sucios y malolientes fueran consideradas las generadoras de epidemias pero también fuesen los primeros en sucumbir durante las mismas. Así a través de la afectación de los más vulnerables se construyó un concepto clasista de enfermedad que incluso fue difícil de abandonar

³ Watts,S: Epidemias y poder. Ed Andres Bello. Barcelona. 2000. Pág 19.

después de haber descubierto que organismos vivos como el bacilo de Koch o el vibrión cólera eran los causantes de temidas patologías.

La mala salud de los cuerpos de trabajo alteraba la producción y disminuía el sustento del Estado, provocando también riesgos de enfermedades para las clases más acomodadas. En esa realidad, durante el siglo XVIII se realizaron acciones tendientes a mejorar las condiciones sanitarias de esos grupos sociales. En Alemania el gobierno estableció la Policía Médica que llevaba la estadística de nacimientos y defunciones, de morbilidades, de epidemias y endemias, de la relación número de médicos por hospitales. Se organizaron administraciones de control de los profesionales, éstos eran nombrados por el estado para administrar salud en diferentes regiones, y también se normalizó la circulación de saberes y las praxis al poner a las Universidades bajo la férula estatal.

En Francia, se genera la Medicina Urbana como correlato de la interpretación que la ciudad era fuente de enfermedad. El gobierno analizaba y controlaba la circulación del agua, los espacios mórbidos como cementerios y mataderos; decidía la ubicación de elementos necesarios para la vida común tales como las fuentes de agua, desagües, lavaderos, fluviales etc. con el propósito de evitar la acumulación de miasmas. De este modo la medicina emergió con un discurso de higiene y salubridad social.

En Inglaterra se promulgó la Ley de Pobres con el propósito de disminuir el peligro para la salud de los más ricos y para fortalecer el cuerpo laboral. Por medio de esta ley se realizaba control médico, registro de epidemias, desnutrición, lugares insalubres, se recibían las denuncias obligatorias de enfermedades como sífilis, lepra y tuberculosis. Algunos autores han visto en esta Ley el germen de las ideas eugenésicas que posteriormente propiciaron genocidios y esterilizaciones forzadas, claramente direccionadas a las comunidades de más bajos recursos. En 1832 la epidemia de cólera atacó con mayor virulencia a los grupos marginales constituidos por inmigrantes, judíos, gitanos y por personas consideradas peligrosas como prostitutas, homosexuales y “degenerados”. De esta forma la ciudad se dividió en áreas de pobres expuestos a enfermedades creadas por ellos mismos y áreas de ricos que debían ser prevenidos de contraer las patologías originadas en los medios pobres.

En la Europa del siglo XIX la urbe se entendía como verdadera fuente de degeneración y por lo tanto correspondía que las instituciones ciudadanas se dividieron las tareas sanitarias. Bajo esta modalidad operacional los pobres debían recurrir a los hospitales de beneficencia para su cuidado, en tanto que los municipios se ocupaban de la higiene en relación a la distribución de las aguas, la desinfección, desratización, control antirrábico, control de alimentos entre otros. Se funda entonces un nuevo urbanismo con el fin de mejorar la salubridad. Ahora el Estado determina y regula la circulación y la segmentación del espacio: cierra áreas, restringe pasos, separa barriadas, condiciona actividades. El Estado ejerce este nuevo poder sobre los cuerpos de los ciudadanos, gestiona la vida de un modo inédito hasta ese momento ya que no lo hace por el adiestramiento y la disciplina, sino por la seguridad y la regulación. Es lo que Foucault llama el biopoder.

Por otra parte a partir de los conocimientos aportados por la ciencia se logra el cambio de paradigma etiológico de las enfermedades pasando del miasma como causante inmaterial de enfermedades al descubrimiento de micro-organismos imputables de infecciones. Esta novedosa explicación del origen de las enfermedades fue aprovechada por las potencias mundiales para consolidar el avance imperialista de Europa y EEUU en el Caribe, el Pacífico, África y China. Los colonos caucásicos debían habitar y permanecer en esas regiones para facilitar la explotación de dichos territorios, pero sufrían de múltiples patologías contraídas allí. Entender que las patologías de la región estaban causadas por micro-organismos posicionó a los médicos como colaboradores indispensables para la expansión imperialista a través del desarrollo de la medicina tropical.

La contracara de este poder del estado mediado por la medicina, está representada por las ideas de Virchow. Este médico alemán (contemporáneo y en cierto modo enemigo político de Von Bismark) entendía que era necesario el cuidado público de la salud a partir de acciones dirigidas a la sociedad en su conjunto y a cada individuo en particular, con los objetivos de controlar enfermedades, prevenir riesgos de salud y promover el desarrollo psico físico de los ciudadanos. Virchow pretendía intervenir al nivel de regular los fenómenos relacionados con la subsistencia de la especie humana a través de la modificación de los modos de vida, de reducir los estados mórbidos, de

prolongar la vida, proteger la natalidad de los menos favorecidos. Sin saberlo Virchow promovía la “biopolítica de la barricada”⁴.

En nuestro país a finales del siglo XIX el discurso médico fue usado en la escuela primaria para lograr que desde la infancia los preceptos higiénicos implantaran en cada familia el modelo de salud y también el modelo de comportamiento moral que la medicina entendía fundamental para el progreso de los pueblos.

El higienismo desplazó la hipótesis etiológica de la enfermedad desde el individuo a las condiciones sociales y los modos de vida de las comunidades. Para ello se articularon acciones tendientes a mejorar la higiene⁵ en cementerios, mataderos, mercados, etc. Se planificaron plazas y arboledas, con el fin de purificar el aire, se alejaron las industrias de las zonas pobladas como ejemplos de esta visión novedosa urbano-sanitaria. Quedaba todavía otro aspecto para regular: los estilos de vida de la gente que se veían como provocadoras de enfermedad los cuales resultaba conveniente cambiar por costumbres sociales “más sanas”. En este plano el discurso médico aportó conceptos que, por su procedencia científica, los hacía inobjetables y les dotaba de la solidez suficiente como para influir sobre el comportamiento y el estilo de vida de las personas.

A principios del siglo XX los sectores más ricos de la sociedad tomaron a su cargo la atención de las necesidades de los pobres a través de la Comisión Asesora de Asilos y Hospitales Regionales en el interior y de la Sociedad de Beneficencia en la capital argentina. Los fondos eran obtenidos por subsidios del gobierno, por lo recaudado en juegos de azar, impuestos, multas, en las carreras entre otros. Los destinatarios eran las personas que por enfermedad física y/o moral estaban necesitados de atención. El objetivo de la intervención era mitigar los efectos de la pobreza para mantener el estatus quo y el orden social. El fundamento de las acciones de beneficencia era la

⁴ Segura del Pozo, J: Salud Pública y Biopolítica (3): La Medicina Social, según Virchow.

⁵ Karina Inés Ramacciotti: Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación en Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión Adrián Cannellotto - Erwin Luchtenberg (coordinadores), pág 153 en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCriticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.-.pdf>.

caridad de quien la prodigaba porque no se concebía que el receptor hubiera tenido algún derecho⁶.

En el siglo XX después del gran sufrimiento de la humanidad tras la Segunda Guerra Mundial, la Declaración de Derechos Humanos creó un nuevo paradigma en relación a la salud entendida ya como un derecho humano. Se planteó entonces la necesidad de distribuir de manera justa los recursos siempre escasos para hacer frente a las necesidades crecientes y distintas de las personas.

Relación entre equidad y justicia⁷

El concepto clásico de Justicia distributiva es el aristotélico que se refiere a adecuar las decisiones según el orden natural de las jerarquías. En la lógica clásica, que se mantuvo durante veinte siglos, la distribución justa seguía la consigna dar a cada cual lo que le corresponde según su rango.

En el siglo XVIII Locke pregonaba que la intervención del Estado debía ser mínima y garantizar 4 derechos naturales: vida, libertad, integridad física y propiedad. Con este modelo, la adquisición de bienes y servicio se lograba a través del trabajo, la compra o la herencia. De este modo el acceso a la salud dependía de la capacidad de pago de cada uno. Adam Smith por su parte opinaba que tanto la salud como la educación serían bienes meritorios. En el modelo liberal a quienes no pudieran pagar por su salud, el Estado los podría beneficiar por caridad, pero no porque fuera justo que sean asistidos.

El marxismo presentó el igualitarismo social, que proponía exigir a cada uno por su capacidad y darle a cada quien según su necesidad. Una variante es la igualdad de los resultados finales donde el Estado redistribuye para que a largo plazo los resultados

⁶ Karina Inés Ramacciotti: Las instituciones sanitarias en la Argentina: Entre el clamor de las urgencias sociales y la planificación en Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión Adrián Cannellotto - Erwin Luchtenberg (coordinadores), pág 156-162 en <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCriticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.-.pdf>

⁷ Félix León Martínez Martín: Enfoque para el análisis y la investigación sobre Equidad / Inequidad en Salud. Revisión conceptual. Bogotá, Septiembre 2006

sobre las personas sean iguales. A esta última visión se le objeta de anular las posibilidades de iniciativa, competencia y superación.

Otra alternativa de igualdad es la de los recursos generales propuesta por Dworkin. En ésta se parte de iguales oportunidades de ganancia económica y de acceso a la educación. Cuando se logra la obtención de estos recursos, cada uno lo aprovecharía según su decisión. La crítica a esta posición señala dos aspectos primero que la responsabilidad del devenir resulta absolutamente individual dejando solo al sujeto y por otro lado se desconoce el punto desventajoso de algunos, vale decir otras privaciones.

El utilitarismo se apoya en la utilidad marginal como medida de lo justo y la eficiencia de la distribución de acuerdo al óptimo de Pareto. El ejemplo de este modelo según el economista Baker sería el siguiente: Antes que un reconocido jugador de baloncesto done un riñón a su hermano, es preferible que se lo compre a un donante pobre quien se beneficiaría con el dinero recibido.

En la década de los setenta, Rawls elaboró una teoría de justicia que se fundaba en partir de una posición original igual para todos y tras el velo de la ignorancia de saber en qué situación estarán después. Bajo estas condiciones se puede generar un contrato de acuerdo sobre lo que resultaría justo en la distribución de recursos. En esta teoría la perspectiva de Prioridad serviría para articular con la cooperación para mejorar los bienes primarios sociales (libertad, igualdad de oportunidades y de derechos, ingresos, bases sociales para el respeto a sí mismo) que permiten a los individuos la realización de sus proyectos. Sobre esta teoría de justicia, Amartya Sen sostiene que antes que todo, las acciones deberían dirigirse a que las personas puedan desarrollar sus capacidades para realizar los logros. Las capacidades esenciales a las que se refiere Sen son: vivir una vida larga y saludable, acceder al conocimiento, participar de las decisiones de la comunidad y alcanzar un nivel de vida decente.

“Los funcionamientos representan partes del estado de una persona: en particular, las cosas que logra hacer o ser al vivir. La capacidad de una persona refleja combinaciones alternativas de los funcionamientos que ésta puede lograr, entre las

cuales puede elegir una colección”⁸ .. El ejercicio integral de las capacidades (tanto para los individuos como para las comunidades) se articula con el goce de diversos derechos: salud, educación, vivienda, trabajo, libertad política, religiosa, cultural etc. Hay que tener en cuenta que las capacidades de cada persona no sólo dependen de las características individuales sino también de los arreglos sociales que condicionan las opciones para elegir. La realidad es que aparte de la vulnerabilidad ontológica, en el sentido de riesgo para la integridad y la vida por el mero hecho de ser un viviente, existe una situación de vulneración, (es decir que ya están de algún modo lesionados) quienes no disponen de los arreglos sociales que generen oportunidades ni capacidades para realizarse.

Las diferencias sociales son fuente de vulneración y producen efectos sobre el devenir de las personas. Por ejemplo es evidente que la pobreza se relaciona con la mala salud. La pobreza, en este sentido, se refiere a un determinado ingreso económico que no logra cubrir las demandas para la manutención del individuo y su grupo familiar, por lo que en esta situación ven limitados el acceso y la disponibilidad de bienes y oportunidades. Las organizaciones sociales injustas producen injusticia social, por eso todo esfuerzo de cambio debe apuntar a la reformulación de las estructuras sociales injustas Si las causas próximas de la pobreza son evitables, probablemente no encontremos justificativo para la desigualdad en salud y entonces tenemos que reconocer que lo que se podría evitar constituye un criterio para dirimir si una distribución es justa.

Las acciones públicas que se dirigen a disminuir las diferencias y a posibilitar más igualdad social de oportunidades, demuestran que entienden la justicia como equidad. Con este criterio la equidad en salud será conceptualizada como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas”⁹

⁸ Sen A: Capacidad y bienestar en Nussbaum MC; Sen A (comp): La Calidad de Vida; Ed. Fondo Económico de Cultura; México; 1º ed. Castellano; 1996; Cap II; 54- 83.

⁹ Jeanette Vega, Orielle Solar, Alec Irwin. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Definición práctica del equipo de equidad de la OMS. En Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y

Determinantes sociales de la salud (DSS)

Hay una relación entre las condiciones de vida y la salud. Es más puede decirse que lo social impacta en el estado de salud.

Según la OMS: *Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas*¹⁰. Los DSS impactan en la preservación de la salud de la población, son los responsables de marcar la incidencia mayor o menor de una dada enfermedad dentro de una comunidad. De esta forma el contexto político y socioeconómico condiciona las capacidades de mantener el estado de salud y por lo tanto restringe sus posibilidades de vivir una vida de calidad y de lograr la realización personal de los individuos con condiciones de vida menor ventajosas. Lo más importante de señalar es que los DSS son posibles de modificarse¹¹.

Para explicar el condicionamiento del estado de salud a los modos de vida y el contexto social, se elaboraron diferentes modelos explicativos. Así Dahlgren y Whitehead explican con un modelo de capas los diferentes DSS que influyen en la salud. El modelo de Brunner, Marmot y Wilkinson se basa en relacionar la salud pública en su carácter preventivo con las acciones clínicas curativas. El modelo sostiene que influencias múltiples de los DSS relacionados con la exposición al riesgo de orden ambiental, psicológico y/o conductual desde las desde etapas tempranas de la existencia (ej.: desnutrición materna, bajo peso al nacer) y a lo largo de la vida provocan la impronta necesaria para el desarrollo posterior de enfermedades crónicas como obesidad, hipertensión, enfermedades renales y cardiovasculares.

alternativas para la acción. Disponible en https://cursos.campusvirtualesp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf

¹⁰ http://www.who.int/social_determinants/es/

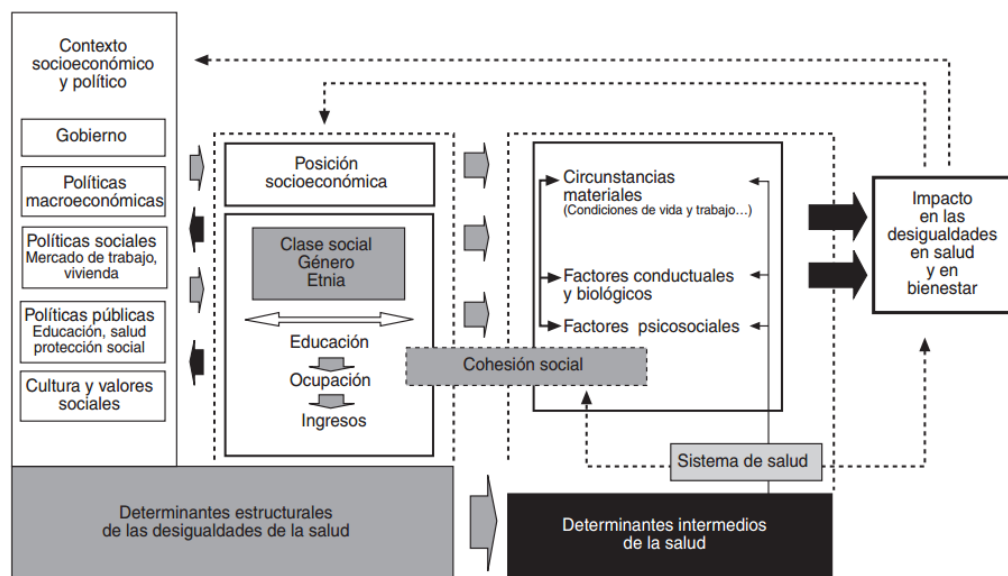
¹¹ Krieger, N. 2001. A glossary for social epidemiology. Journal of Epidemiology and Community Health No. 55:pp. 693-700

La Organización Mundial de la Salud a través del Equipo de Equidad en Salud elaboró un esquema general de la producción de inequidades en salud que incluye dos dimensiones articuladas entre sí (Figura 1): DSS estructurales e intermedios, enmarcados en las condiciones políticas y los modos de vida.

En el aspecto macro encontramos el contexto político en relación a la transparencia y corrupción de los gobiernos; las políticas macroeconómicas que se implementen (ej. políticas fiscales) que afectan las políticas de trabajo; las políticas sociales (trabajo, vivienda, distribución de tierras); políticas públicas (salud, educación) y la construcción del valor que se le otorga a cuestiones sociales y culturales en la sociedad. Como ejemplo tenemos las políticas socialdemócratas que generan menos desigualdades de renta y pleno empleo, con mejores índices de salud en la población.

La posición socio-económica también genera desigualdades en salud que giran en tres ejes principales: la clase social de pertenencia, el género y la etnia. Cada uno de estos ejes está relacionado con el poder y las oportunidades en educación, ocupación e ingresos de las personas. Esto explica que la discriminación mediada por el clasismo, el sexismo y el racismo abandone a quienes no están incluidos en los sistemas de poder.

Figura 1. Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.



(Extraído de: Borrella,C; Artazcoza,L: Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008;22(5):465-73)

Los Determinantes estructurales establecen el modo de vida de las comunidades. Siguiendo a Breilh¹² el modo de vida “es la praxis que una sociedad realiza, con sus elementos, su movimiento productivo y reproductivo, sus relaciones organizativas, su movimiento cultural y sus relaciones ecológicas, mientras la cultura es las huellas y expresiones de esa praxis y sus elementos”. Los modos de vida condicionan por ejemplo: el tipo de servicios de salud, las instituciones educacionales, los tipos de viviendas.

Los Determinantes intermediarios se refieren a 1- circunstancias materiales (vivienda, barrio, ingresos, condiciones de trabajo); 2- circunstancias biológicas y conductuales (estilos de vida: hábito de fumar, conducta sexual desprotegida, dieta inadecuada); 3- circunstancias psico sociales (redes sociales de apoyo, stress por cuestiones vitales negativas); 4- sistemas de salud con difícil acceso y de baja calidad sobre todo para los que ocupan los estratos más bajos de la escala social.

DSS y perspectiva epidemiológica

La lectura e interpretación de los DSS sobre la salud de las comunidades depende de la perspectiva desde la cual se les observe. A mediados del siglo XX la relación entre salud y condicionamiento social se explicó por medio de dos versiones: una la epidemiología social de raigambre anglosajona y otra acuñada en los conceptos de medicina social y salud colectiva.

Como aporte de la epidemiología social anglosajona podemos mencionar que destacó la desigualdad en salud y que las condiciones en las que se vive son factores de riesgo y determinantes para la morbi-mortalidad de la población. Por lo tanto si las políticas públicas actuaran de forma tal que logaran mejorar las condiciones de vida, se podría mejorar la desigualdad en salud en la comunidad. La mirada anglosajona está más centrada en cada individuo que resulta vulnerable al exponerse a los factores de riesgo que le produce un modo de vivir, en un lugar y tiempo determinado, en un trabajo y

¹² Breilh, Jaime. Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Lugar Editorial, Bs. As., 2003: 93-104.

salario dado, etc. Esta construcción asume como dado un contexto social y no problematiza las relaciones de poder en juego. De este modo la respuesta del Estado está dirigida a prevenir o mitigar la posibilidad de daño en la salud en coordinación con los damnificados asumiendo éstos la corresponsabilidad de la enfermedad.

Entre 1960 a 1980 en América Latina se planteó una perspectiva distinta de la anglosajona. Esta nueva versión se focaliza en que la salud-enfermedad es un proceso dialéctico y que las cuestiones sanitarias individuales y grupales son específicas en el contexto social que las determina. Los autores que trabajan en este enfoque prefieren la expresión Determinaciones Sociales para explicar el proceso. Apoyan esta versión en el materialismo histórico, en las teorías del conflicto y en las teorías críticas de las ciencias sociales¹³. Se trata entonces de una epidemiología crítica.

La Epidemiología crítica comprende la existencia de una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, pero que por los procesos de producción y reproducción social, lo biológico queda subsumido a los modos y condiciones de vida impuestas por un arreglo social total. En esta versión crítica los modos de vida revelan las relaciones de poder y la acumulación-distribución de capitales que sirven para entender la determinación social de los procesos. Por esta razón la epidemiología crítica aboga por las acciones que logren la transformación social y no la mera retirada de factores de riesgo.

Para remediar el impacto de las desigualdades se debería trabajar sobre los Determinaciones Sociales de la Salud que reproducen la inequidad. En este enfoque para evaluar los resultados de las intervenciones se requiere utilizar indicadores adecuados porque necesitamos observar el cambio en las capacidades de las personas y no solamente los movimientos económicos.

Desarrollo Humano

¹³ Morales-Borrero, C y col: ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev. salud pública. 15 (6): 797-808, 2013

El Desarrollo Humano es el proceso de ampliación de las capacidades de los individuos, de sus opciones (no de consumo), lo que la gente quiere y puede hacer con sus vidas¹⁴. El Desarrollo Humano entonces se ocupa de las capacidades humanas y del uso que se hace de ellas para el descanso, la producción, actividades culturales, políticas y sociales. Desde este concepto los indicadores tradicionales no son aptos para dar cuenta de la compleja situación de medir el Desarrollo Humano. Así por ejemplo si bien Chile y Malasia tienen el mismo Producto Bruto Interno, la esperanza de vida al nacer es 7 años mayor y la esperanza de escolaridad 2.5 años más en Chile que en Malasia. Las diferencias entre los logros de ambos países radican en la ampliación y uso de capacidades.

En 1990 se elaboró el Índice de Desarrollo Humano (IDH) para reflejar los resultados alcanzados en cuanto a las capacidades humanas más básicas a saber: Vivir una vida más larga, Tener conocimientos y disfrutar de un nivel decente de vida.

Las diferencias del IDH no solamente se observan entre países sino también dentro de los mismos estados. Así lo muestran Salazar y col¹⁵. cuando describen que en “Bolivia la tasa de mortalidad infantil de los bebés de madres que no han cursado estudios supera los 100 por 1000 nacidos vivos, mientras que la de los bebés de madres que han cursado por lo menos estudios secundarios es inferior a 40 por 1000 nacidos vivos”. La inequidad en salud que se observa comparando regiones de un mismo país en relación al nivel de estudios se relaciona directamente con el escaso desarrollo o ausencia de capacidades básicas de la población que lleva a la pobreza social. En este sentido la pobreza se refiere más que a la escasez de bienes materiales, a la dificultad de realización de capacidades que les obstaculiza vivir una vida decente. Para establecer el límite por debajo del cual se estaría en posición de pobreza se creó el Índice de Pobreza Humana (IPH). Este es un indicador multidimensional que se relaciona con los cuatro criterios de A. Sen:

1.- una vida larga y saludable,

¹⁴ Informe Sobre Desarrollo Humano 1999. PNUD Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Ediciones Mundi Prensa, Madrid, 1999: 25-44.

¹⁵ Molina Salazar, RE; Pascual García, JM: EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO COMO INDICADOR SOCIAL. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas | 44 (2014.4) Disponible en http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2014.v44.n4.49298

2.- conocimientos alcanzados

3.- aprovisionamiento económico

4.- Inclusión social.

Tabla 1: Dimensiones del Índice de Pobreza Humana

| Criterios | IPH 1 | IPH 2 |
|------------------------------------|---|--------------------------------|
| Dimensiones Básicas | Países en desarrollo | Países industrializados |
| Vida larga y saludable | % expectativa menor 40 años | % menor de 60 años |
| Conocimientos | Analfabetismo | Escolaridad no alcanzada |
| Aprovisionamiento económico | <ul style="list-style-type: none">• Acceso a servicios de salud• Acceso a agua limpia• Menores de 5 años con desnutrición moderada a severa | Pobre nivel de ingreso |
| Inclusión social | ----- | Desempleo |

La desigualdad en cuanto a pobreza es además tan marcada que han debido de usarse dos niveles de corte en este índice: uno para determinarla en países en desarrollo (IPH1) y otra para los países industrializados (IPH2). Como puede verse en la tabla 1 los valores mínimos en una y otra sociedad requiere de cifras muy diferentes para delimitar la pobreza, podemos decir que los pobres de los países periféricos son más pobres que los de países centrales. Tanto que en la dimensión Inclusión social no se ha logrado establecer un límite peor que el desempleo.

Otros índices son

- **Índice de desarrollo relativo al género (IDG).** Refleja las desigualdades entre hombres y mujeres en las siguientes dimensiones:
 - Vida larga y saludable, medida según la esperanza vida al nacer en años (mujeres 27.5 a 87.5 / varones 22.5 a 82.5)
 - Educación, medida según la tasa de alfabetización de adultos y la tasa bruta combinada de matriculación en primaria, secundaria y terciaria.

- Nivel de vida digno, medido según el cálculo de los ingresos percibidos (en US\$ de 100 a 40000).
- **Índice de potenciación del género (IPG).** Mide la desigualdad de género en cuanto a la participación económica, política y en la adopción de decisiones en el país. El IPG se obtiene de tres dimensiones:
 - Participación en la toma de decisiones políticas con las variables de a) representación parlamentaria por género, b) Alcaldes por género, c) concejales o representantes por género;
 - Participación en la toma de decisiones económicas a través de: a) la distribución porcentual de hombres y mujeres de los puestos ejecutivos y de alta administración en el país; b) distribución porcentual de hombres y mujeres de las ocupaciones de nivel profesional y técnico.
 - Participación en el ingreso nacional mediante el logro en ingreso por género
 - **IDH ajustado por la Desigualdad** descuenta el IDH en función de la magnitud de la desigualdad.
 - **Índice de Pobreza Multidimensional** mide las dimensiones de la pobreza no referidas a los ingresos.
 - **Coefficiente de Gini.** Es uno de los coeficientes más usados para comparar la situación de desigualdad entre diferentes estados.
 - Mide la concentración del ingreso entre los individuos de una región, en un determinado periodo.
 - Toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica que todos los individuos tienen el mismo ingreso y 1 indica que sólo un individuo tiene todo el ingreso. De esta forma mide el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región.
 - No puede medir el bienestar de una sociedad, ni determinar la forma como está concentrado el ingreso; tampoco indica la diferencia en mejores condiciones de vida en un país u otro.
 - También puede calcularse el Coeficiente Gini de pobres en un área determinada; per cápita del hogar para cada miembro del mismo; del ingreso total del perceptor; del ingreso laboral del perceptor; del ingreso

no laboral del perceptor; el Cuasi-Gini que estima la distribución del impuesto o gasto.

El uso de estos indicadores evita el reduccionismo tradicional que invoca solamente a las cuestiones económicas las respuestas para explicar la compleja realidad del bienestar.

La mirada de la clínica

Cuando al hospital arriba un niño deshidratado por diarrea, el paciente puede ser abordado de dos maneras que nos muestran racionalidades opuestas.

Con una mirada clásica el “caso” se presenta como un problema biológico, que se inició con la aparición de la sintomatología, que estadísticamente puede adscribirse una determinada causa etiológica y cuyo tratamiento requiere de medidas atinentes a subsanar el cuadro clínico de ese niño y todo termina con el alta de la institución. Entre medio la convicción del imperativo tecnológico, la sacralidad de la vida y una posición paternalista del equipo de salud impone su sesgo positivista en la atención clínica. La medicina así presentada ofrece una intervención asistencialista e individual, porque entiende que todo comienza con el enfermo que “llega” al hospital.

En contraposición se puede aplicar una mirada integral del individuo, entendido como sujeto social y que por tanto requiere de intervenciones individuales y sociales. De nada sirve tratar la deshidratación y la diarrea si no se toman en cuenta los modos de vida, las condiciones estructurales (acceso al agua potable, manejo de excretas, vivienda, etc.) y los estilos de vida del núcleo familiar con quienes convive la criatura). No sería suficiente que la dirección del hospital disponga de más antibióticos y suero fisiológico si no se realiza un saneamiento ambiental y se facilita el acceso a agua potable en el barrio de origen del niño, entre otras muchas medidas necesarias para prevenir la diarrea infantil.

En este paradigma antropológico¹⁶ de atención médica las decisiones tienen que ser compartidas con el paciente y su familia a través del consentimiento informado. Otro

¹⁶ Vidal,MS: INEQUIDAD Y DESARROLLO HUMANO. Una mirada desde la Bioética. O Mundo da Saúde. Ano 28 v. 28 n3, Sao Paulo2004: 304-314.

aspecto en la atención es la adecuación de la micro-asignación de los recursos diagnósticos y terapéuticos respetando el principio de equidad. Es imprescindible estar advertidos sobre la pertinencia de las indicaciones clínicas a fin de evitar actuar como cómplices para los enormes negocios de la industria farmacéutica.

Responsabilidad social

El modelo humanista y antropológico de atención incluye la materialización de la responsabilidad social que tiene cada actor social. Se trata de la "*responsabilidad social en la que cada quien participa, según su poder (como directivo, empresario, ama de casa, consumidor, estudiante, profesional, etc.), en coordinación con todos los demás, bajo promesa mutua de responsabilidad*"¹⁷

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos presenta en el artículo 14 el principio de Responsabilidad social que es adjudicado a los gobiernos y compartido con todos los sectores sociales. Este principio especifica que todos los involucrados deberían fomentar, sin discriminación de ningún tipo (étnica, social, económica, cultural, de género, etc), la promoción de salud y el desarrollo social favoreciendo:

- a) el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
- b) el acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
- c) la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
- d) la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo;
- e) la reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Ejerciendo la responsabilidad social que les compete, los profesionales sanitarios son actores indispensables para promover y proteger el derecho a la salud de los ciudadanos.

¹⁷ Vallaeys, F. Definir la responsabilidad social: una urgencia filosófica. Enero 2012, Observatorio Regional de Responsabilidad Social para América Latina y el Caribe (IESALC-UNESCO) Bogotá, Colombia. Disponible en: http://www.iesalc.unesco.org.ve/index.php?option=com_content&view=article&id=2873:articulo-francois-vallaeys-consultor-internacional-en-responsabilidad-social-francia&catid=233&Itemid=966&showall=1&limitstart=&lang=es

Rol de la bioética

Los contenidos teóricos de la bioética principialista han sido por mucho tiempo ampliamente difundidos y jugaron un papel hegemónico para la creación de comités y la formación de sus miembros. Arraigada en la simplificación de remitirse a cuatro principios éticos *prima facie*, asegura procedimientos de decisión que suelen centrarse en expandir la individualidad a expensas de la autonomía y que se ocupa principalmente del impacto de la biotecnología en las situaciones mórbidas, más que en las condicionantes para que se llegue a la enfermedad. De este modo la bioética principialista perpetúa las condiciones de inequidad dejando al individuo solo en su circunstancia.

En los países periféricos en general y en América Latina en particular, la bioética ha generado otra perspectiva de reflexión más crítica de la realidad local, signada por el hambre, la desigualdad, la injusticia, la falta de equidad.

Lipovetsky¹⁸ afirma que “La política y la economía sin ética son diabólicas; la ética sin el conocimiento, la acción política y la justicia social es insuficiente”. Hacer suficiente a la bioética significa llevar a su campo de estudio a los modos de vida, la crítica de la estructura de los arreglos sociales necesarios para ampliar las capacidades humanas, y a entender los valores y derechos que se tensionan en el proceso salud-enfermedad en esa realidad.

Es tiempo que la bioética asuma su rol de transformadora de la realidad social e incorpore en su agenda el análisis crítico de los contextos de pobreza y exclusión en los que se desarrolla la vida de nuestras comunidades y trabaje en ellos con una posición ético-política fundada en la “prudencia frente a la ciencia, la prevención de daños, la precaución ante lo desconocido y la protección de los vulnerados”¹⁹

¹⁸ Lipovetsky, G. El crepúsculo del deber. Ed. Anagrama. Barcelona. 2000. Pág 212.

¹⁹ Rivas-Muñoz, F, Garrafa, V y col: Bioética de intervención, interculturalidad y no-colonialidad. Saúde Soc. São Paulo, v.24, supl.1, p.141-151, 2015