

Pérez Ayala, Manuel

Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana

Revista Colombiana de Bioética, vol. 7, núm. 1, 2012, pp. 111-122

Universidad El Bosque

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=189224312007>

*Equidad en Salud: tareas pendientes y oportunidades para una Bioética Latinoamericana**

Health Equity: pending tasks and opportunities in Latin American Bioethics

*Manuel Pérez Ayala***

Resumen

La equidad, como concepto, ha sido sistemáticamente tratada desde diversas perspectivas que han realizado esfuerzos para concordar en su definición y posterior desarrollo, pero sus amplios márgenes, y las múltiples dimensiones involucradas en su concepción, dificultan una integración definitoria. A través de este artículo se busca realizar un análisis de los conceptos de equidad y salud, esbozar una definición integral de ellos y lo necesario de su logro en la actualidad. Realizando una breve definición y especificación de los conceptos implicados en su consecución, pasando por la idea de justicia y las obligaciones del ámbito gubernamental –a través de las políticas sociales–, se espera precisar lo que la disciplina bioética puede aportar en lo que representan los desafíos que restan aún por alcanzar. Finalmente se realiza una reflexión desde el plano de la bioética sobre el estado de la equidad en salud, proponiendo una posible línea de intervención de connotación social, puntualmente, desarrollada desde el nivel de atención en salud.

Palabras claves: equidad, salud, bioética, bioética social, Latinoamérica.

Abstract

As a concept, equity has been systematically treated from many different perspectives that have made efforts to agree on its definition and later development, but the wide margins and the multiple dimensions involved on its conception make more difficult a definitive integration. By this article, it intends to make an analysis of the concepts of health and equity, sketch a comprehensive definition of them and what it needs to its achievement in the present. Making a brief definition and specification of the concepts involved in their achievement, going through the idea of justice and the obligations at government level –through social policies–, it is expected to specify what bioethics discipline can bring to represent the challenges that remain yet to achieve. Finally, it makes a reflection from the field of bioethics about the state of health equity by suggesting a possible and feasible course of action of social, promptly, developed from the level of health care.

Keywords: equity, health, bioethics, social bioethics, Latin America.

* Artículo de reflexión teórica. Documento entregado el 27 de enero de 2012 y aprobado el 14 de mayo de 2012.

** Psicólogo Clínico. Alumno tesista de la Maestría en Bioética de la Universidad de Chile. Coordinador Programa Salud Mental del Centro de Salud Familiar de Vichuquén, Chile. Correo electrónico: mperezayala@gmail.com

Introducción

Existe más de una manera de entender la equidad y la salud, y la literatura que trata sobre estos temas da a entender que esa variedad de perspectivas seguirá existiendo, debido, entre otros, a la amplitud de los conceptos y al terreno desde el cual se aborda la discusión al respecto. Puntualmente, en lo que a ese artículo refiere, la intencionalidad que le guía es dejar plasmado el hecho de que para alcanzar esa anhelada equidad en salud, en un continente como el nuestro, esto necesariamente debe pasar por un compromiso y trabajo activo, ya indistinto, en los tres grandes niveles en que ésta se desarrolla, que de forma característica se pueden describir como el de planificación (macro nivel), el de las instituciones (meso nivel) y el de la atención misma (micro nivel). Se destaca también el estado actual de los movimientos ciudadanos y el impulso que deberían significar para mediar constructivamente entre los niveles anteriormente mencionados. Para la consecución de lo anterior una acertada y poderosa herramienta que se vislumbra adecuada al contexto latinoamericano –sabiendo de las diferencias que, sutiles unas y gruesas otras, de hecho existen de país en país– es la bioética con su enfoque social. Este enfoque desafía a la vez que constituye respuesta de latitud sur a la bioética anglosajona principalista, de preferente enfoque utilitarista, hegemónica aún en la práctica clínica.

Se finaliza con la propuesta de implementar una intervención que desde el nivel básico o primario de salud, excluida para estos fines hasta hoy pero de amplio campo a desarrollar, integre la bioética social en su atención.

1. Sobre el concepto de equidad

Hablar de equidad no es lo mismo que hablar de igualdad, dos conceptos con frecuencia considerados lo mismo, debido a que cuando se

tratan temas de equidad, esto implica valorar las desigualdades comúnmente desde una idea de justicia, concepto también intrínseco al tratado y fundamental al confrontarlo en la región. Ahora, si bien la noción de equidad dispone de suyo una complejidad en la definición, esto se acrecienta cuando es el concepto de Salud el que le acompaña. Desde lo señalado por López Pardo¹, el término equidad, vinculado, por ejemplo, al derecho y a las prácticas jurídicas, se representa más bien como la propensión a dejarse guiar o a fallar por el sentimiento del deber o de la conciencia, que por las prescripciones rigurosas de la justicia o por el texto terminante de la ley. Es decir, que la equidad representa, en términos aristotélicos, frente a la razón de origen legal, el sentimiento de justicia que a veces se aparta de la ley para atender circunstancias que, de no ser consideradas, determinarían una legal injusticia. Por esto la equidad se relaciona concluyentemente con una forma de entender lo justo, de asimilar una idea de justicia, en donde esta justicia no funciona como un principio unívoco, y que precisamente esa manera de entender lo justo tiene implicaciones en las acciones tanto individuales como colectivas².

También con el sentido de justicia pero ya ligado directamente a la Salud³, se describe a la equidad como la forma de distribución justa de un determinado bien a todos los individuos en porciones iguales, lo cual habla de la equidad como un tipo de igualdad, pero en este caso referido a que cada persona debe tener la misma oportunidad a recibir atenciones en salud, o, lo que se ha convertido en un reiterado discurso, los mismos derechos a obtener una buena y digna atención en salud.

¹ LÓPEZ PARDO, Cándido. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública*, volumen 33 (3): 1–7. 2007.

² HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario. El Concepto de Equidad y el debate sobre lo Justo en Salud. *Rev. Salud Pública*, volumen 10 (1): 72–82, 2008.

³ LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. El principio de justicia y la salud en Chile. *Acta Bioethica*, año 14 (2): 206–211, 2008.

Sin embargo, esa pretendida igualdad en opciones y derechos no concede mecánicamente igualdad en retribuciones, lo que en el plano de la salud quiere decir que, a pesar de que todos tenemos el derecho similar a recibir atención, no se asegura de forma automática una distribución equitativa. Ante aquello, a modo resolutivo⁴, reforzar los mecanismos de protección de salud, así como mejorar la calidad y la oportunidad de la provisión de los servicios públicos generales de salud permitiría un acceso más expedito a los mismos por parte de quienes más lo necesitan –la población más que vulnerable ya vulnerada- y cuando lo necesiten, posibilitando así acciones efectivamente reparatorias del estado de salud para el grupo conformado por los menos avenajados de la sociedad.

Esto, que constituye una de las tantas representaciones de la equidad, da a entender que el concepto de equidad en salud está de manera particular arraigado en el conjunto de ideas y visiones de orden filosófico, ético, político y práctico que caracterizan la discusión contemporánea sobre equidad social⁵. Por lo anterior, y debido a ser la definición habitualmente mencionada, como también por su simplicidad, la propuesta por Margaret Whitehead⁶, que caracteriza a las inequidades como “diferencias que son innecesarias y evitables, y además, consideradas injustas”, se aproxima apropiadamente a lo que hoy en día se puede entender como equidad en salud.

De acuerdo a esta definición realizada por Whitehead, Ferrer⁷ plantea que el concepto de equidad en salud tiene entonces una dimensión moral y

ética, referida a esas ya mencionadas diferencias que no sólo son innecesarias y evitables, sino también injustas, debiéndose contextualizar lo que se entiende por justo e injusto en una determinada sociedad; sin embargo, esta definición –continúa– no se ha mostrado productiva a la hora de proporcionar criterios para determinar las desigualdades en salud que pueden ser consideradas como injustas ante la población más vulnerable, como crítica a la difundida concepción que además dejaría entrever una inconsistencia conceptual. Ante este determinar, no es otra sino la percepción de desigualdad la que motiva la gestión para la búsqueda de la equidad –que normalmente comienza desde las partes menos vulnerables–, donde esa percepción racional de la desigualdad y vulnerabilidad es intercedida por la percepción de que existe una homogeneidad que permite tomar decisiones correctas en beneficio de los vulnerables⁸.

2. Equidad y salud como fenómenos multidimensionales

Con habitualidad, las discusiones sobre equidad giraban en torno a una de sus variables de manera puntual⁹, desde la cual se establecían comparaciones y juicios en torno a lo evaluado, con la noción prevaleciente de que todas las personas somos iguales, de tal manera que las diversidades resultantes sólo eran incorporadas en segunda instancia. Más recientemente, se ha dado espacio a la posibilidad de adoptar diferentes variables focales, reconociendo la existencia de una amplia variedad de dimensiones relacionadas con el tema de la equidad, multidimensionalidad que se traduce en una diversidad de perspectivas en los análisis que se efectúan con posterioridad

⁴ OLAVARRÍA GAMBI, Mauricio. Acceso a la salud en Chile. *Acta bioethica*, año 11 (1): 47–64, 2005.

⁵ ARTEAGA, Óscar; et al. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, volume 11(5/6): 374–384, 2002

⁶ WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (EURO), 1990. 18p.

⁷ FERRER, Marcela. Equidad y Justicia en Salud: implicaciones para la Bioética. *Acta Bioethica*, año 9 (1): 113–126, 2003.

⁸ DO NASCIMENTO, Wanderson y GARRAFA, Volnei. Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (2): 23–37, 2010.

⁹ LÓPEZ PARDO, Cándido. *Op. cit.*

y configura lo amplio e inclusivo del concepto de equidad, que adquiere mayor notoriedad en salud. Esto, por cierto, acarrea dificultades para los enfoques que persistan en tratar a ambas, equidad y salud, unidimensionalmente.

Al analizar brevemente el concepto de salud, su origen y lo propiamente relativo a él, el ejercicio etimológico lleva a remontarse al *sal-u-* “entero, intacto, íntegro”, variante de *sol*, “entero” de la arcaica lengua indoeuropea; luego, el concepto se vuelve a encontrar en el *salutem*, del latín, “salud, seguridad, estado intacto”; conocida así la salud como *estado en que un organismo funciona normalmente, sin enfermedad*¹⁰.

La Salud, atendiendo a la significación actual, representa un constructo complejo si se toma el planteamiento de Lolas¹¹, y, por lo mismo, no apareja una sencilla ilustración dado los aspectos en ella involucrados. Su definición se puede efectuar desde el micro nivel, el de los procesos bioquímicos y fisiológicos desarrollados dentro de organismos biológicos, al macro nivel, donde la salud es un agregado de los efectos sociales que promueven el bienestar de los individuos y al mismo tiempo promulga, aumenta y/o mejora el capital social. Esto, pasando por el nivel intermedio, el nivel de las personas, ese aquél en que se sitúa la salud individual y donde el inicio y fin de la vida tienen lugar; extremos de la existencia humana que son objeto frecuente de la intervención desde la bioética, y que además representa el locus privilegiado de acción moral, a la vez que ha devenido un “espacio común” de la sociedad actual.

En el sentido que las células o los individuos se enmarcan dentro del concepto de salud, tam-

bien el ámbito espiritual, por ejemplo, puede incorporarse a una definición general de salud, que, representada como un valor según Lolas, es más un ideal al cual aspirar en lugar de una descripción de un estado puntual o un grupo determinado de hechos. Siendo así más una calidad de vida que un objeto de estudio científico, la salud se ha convertido en un concepto complejo de medir y sus indicadores difíciles de desarrollar.

Desde otro enfoque, Amartya Sen¹² describe a la salud como una de las condiciones más importantes de la vida humana y como un componente fundamental de las posibilidades del hombre, razón por la cual tenemos importantes motivos para valorarla, siendo esencial en nuestro bienestar dado que las libertades y posibilidades que somos capaces de ejercer dependen en una enorme medida de lo que se logre en cuanto a la salud.

Los diversos aspectos involucrados en esta concepción multidimensional, mencionada anteriormente, según el mismo Sen, se relacionan con el logro de la salud y la posibilidad de obtener una mejor calidad de vida, excediendo lo en estricto rigor concerniente a la distribución sanitaria, aca- so este antonomásico punto el más reconocido y por ende discutido a la hora de hablar de equidad en salud. Sen destaca que las dimensiones de la equidad en salud también involucran la justicia de los procesos llevados a cabo, por ejemplo, debiéndose procurar atención a la ausencia de discriminación en la prestación de la asistencia sanitaria, apuntando a que un adecuado compromiso al respecto debiera integrar temas más amplios de la justicia y equidad globales, tanto en el presente como en su perspectiva futura.

La idea de equidad en salud mantiene una estrecha relación con el ideal de que cada individuo

¹⁰ GÓMEZ DE SILVA, Guido. Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. México: Fondo de Cultura Económica, 2006. 737p.

¹¹ LOLAS, Fernando. Public Health and Social Justice: Toward ethical sustainability in healthcare and research. *Acta Bioethica*, año 9 (2): 189–194, 2003.

¹² SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*, volumen 11 (5-6): 302–309, 2002.

tenga ni más ni menos que la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud¹³, y a que nadie esté en una posición desventajosa al momento de poder alcanzar este mencionado potencial si eso puede ser evitable.

3. Justicia y equidad en salud; políticas de gobierno y ciudadanía

Por definición, la idea de justicia es inherente al concepto de equidad, y en Latinoamérica es fundamental, para su comprensión y posterior trabajo en salud, velar por su ética aplicación. Daniels¹⁴, siguiendo la línea de John Rawls¹⁵, en cuanto a extender los planteamientos de la justicia al ámbito de la salud, señala que una teoría de la justicia que integre también a la salud y el cuidado de la misma debe ayudar a responder a tres centrales questipreguntas. Responder, en primer lugar, ¿Es especial el cuidado de la salud? Luego, ¿Cuándo las desigualdades en salud son injustas?; y en tercer lugar: ¿Cómo se puede lograr hacer frente a las necesidades de atención médica con los limitados recursos que se disponen? Si bien la primera puede concitar consenso global en su respuesta, las restantes dos formulaciones representan en Latinoamérica una brecha infranqueable ya en la clínica como en lo social comparada a los países del primer mundo, desde la esperanza de vida al nacer y el índice de mortalidad en menores de cinco años, así como también en el acceso a medicamentos, los recursos de profesionales de la salud disponibles, en incluso en lo referente a la atención según género¹⁶, entre otros.

De manera atingente, Vasallo¹⁷ refiere que América Latina convive con un Estado de Bienestar incompleto y parcial, donde el acceso se encuentra atravesado por una profunda inequidad que se refleja en las diferencias en la esperanza de vida o en la calidad misma según los sectores al que esté referida. Citando la información de la OPS que señala que entre el 20 y 25% del total de la población no tiene acceso a los diversos sistemas de salud en América Latina y el Caribe, el autor explica que en este contexto la salud es vista en nuestro continente más como un bien privado, en donde le correspondería a cada individuo –de acuerdo a su propia responsabilidad– procurarse los medio para obtener cobertura de salud o un acceso directo a los servicios sanitarios.

Debido a que las políticas sociales y no otras normativas o leyes son responsables por el desarrollo social y económico, y por ende también de las desigualdades que ocurren en la salud, Daniels¹⁸ afirma que estamos obligados a apuntar a esos más altos niveles, el de las políticas gubernamentales, para preguntar y responder acerca de la equidad de la distribución de los bienes de la atención sanitaria y por la protección en tanto política social que al respecto se debería recibir, entendiendo que nuestra salud se ve afectada no sólo por la facilidad o accesibilidad con la que podemos ser evaluados por un médico o el personal de salud en general, sino también por nuestra posición social y las desigualdades subyacentes de nuestra sociedad. Así, si los factores sociales juegan un papel importante en la determinación de nuestra salud, los esfuerzos para garantizar una mayor justicia en la entrega y resultados de salud no deben centrarse sólo en el sector de la salud tradicional.

¹³ LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. *Op. cit.*, pp. 206–211

¹⁴ DANIELS, Norman. *Justice, Health, and Healthcare. The American Journal of Bioethics*, volume 1 (2): 2–16, 2001.

¹⁵ RAWLS, John. *Teoría de la Justicia*. Traducción de María Dolores González. México: Fondo de Cultura Económica, 2010. 549p.

¹⁶ LEÓN CORREA, Francisco. *Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (1): 85–99, 2010.

¹⁷ VASALLO, Carlos. *Crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto. Revista Humanitas. Humanidades médicas*, volumen 1 (3): 237–246, 2003.

¹⁸ DANIELS, Norman. *Op. cit.*

Afirmando que el grado de acceso o privación económica relativa que prime en una sociedad es fundamental de considerar a la hora de hablar de equidad en salud, y promoviendo la propuesta de apoyar la equidad en reformas de los sistemas de salud¹⁹, Daniels reconoce que los mecanismos de la sociedad están estrechamente vinculados a los procesos políticos que influyen en la política de gobierno. Tomando como ejemplo la desigualdad del ingreso que lleva a la diferencia a la hora de recibir educación –que a su vez conduce a las desigualdades en salud–, concluye que los ingresos no equitativos afectan la salud, y por consiguiente socavan la sociedad civil.

Por lo mismo, un favorable avance se vería reflejado en que esta mencionada sociedad civil pudiera aprovechar el momento de buena salud que goza en la actualidad a escala global. Si bien difieren de un continente a otro en cuanto a los objetivos de las demandas, la organización, dimensión y multiculturalidad de convocatoria en las manifestaciones, este movimiento da cuenta que la ciudadanía tiene la necesidad –más también a estas alturas el deber– de proponerse una participación activa, asumiendo el protagonismo que les cabe y adeuda como sociedad pluralista. Pero, ¿por qué la bioética constituiría una plataforma o una herramienta mediante la cual poder co-construir cambios desde el cimiento civil hacia la justicia y la salud, por ejemplo? La respuesta se encuentra en su significancia teórica y metodológica en cuanto a constituir un puente entre estos distintos niveles y actores debido a que su discurso no es uniforme ni homogéneo, gracias a la diversidad de las vertientes que la sustentan desde su origen (filosofía, ciencia y medicina), sus formas de articulación (multi, inter y transdisciplinaria), su campo de aplicación (tanto lo micro como lo macro), y sus formas de

presentación (fundamental, normativa, clínica y social)²⁰.

El impulso al tránsito por este puente se debe encontrar en una Bioética profesional y en profesionales como ciudadanos²¹. Los expertos en bioética deben, actuando como ciudadanos activos que aspiran a la excelencia profesional, hacer llegar sus reflexiones y deliberaciones al ámbito de la opinión pública para su escrutinio y masiva utilización, legitimados estos para dar pie a la co-construcción de la moral social; en el mundo globalizado de hoy, el que las distintas sociedades presenten variaciones que tiendan hacia la mejoría y prosperidad de sus ciudadanos, no es sólo tarea de la esfera política, sino que necesita convenir al poder económico y, hoy más que ayer, al ciudadano mismo.

4. Sobre la bioética

Callahan y Jennings²² señalan que el surgimiento de la bioética, originado a fines de la década del sesenta y principios de los setenta del siglo recién pasado²³, representó una importante ampliación de la ética médica, trasladada más allá de la relación médico–paciente e igualmente abarcando lo que para ese entonces comenzaban a ser nuevos territorios, como los trasplantes de órganos, la genética y la biología reproductiva, entre otros. Junto a esto, recibe la bioética principalmente el estímulo para su definitiva concreción de hechos tales como que se hicieran públicos los abusos padecidos por los participantes humanos en investigaciones, el auge de los movimientos pro derechos de los pacientes y las problemáticas que

²⁰ LOLAS, Fernando. El desafío bioético de la Equidad: su relevancia en Salud Pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, volumen 75 (3): 187–192, 2001.

²¹ CORTINA, Adela. Bioética: un impulso para la ciudadanía activa. *Revista Brasileira de Bioética*, volumen 1 (4): 337–349, 2005.

²² CALLAHAN, Daniel & JENNINGS, Bruce. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health*, volumen 92 (2): 169–176, 2002.

²³ GRACIA, Diego. De la Bioética Clínica a la Bioética Global: Treinta años de evolución. *Acta Bioethica*, año 8 (1): 27–39, 2002.

¹⁹ DANIELS, Norman y Col. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, volumen 78 (6): 740–750, 2000.

desde el plano de la ética se vislumbraban en el avance tecnocientífico aplicado en la práctica médica.

Dado su transcurso, la bioética se puede relacionar a dos grandes aspectos: primero, a un conjunto de procedimientos que examina las normas técnicas y busca legitimarlas mediante consenso, lo que a través del diálogo facilita la formación de comisiones y comités; y segundo, al permitir desarrollar una reflexión ética y moral sobre las condicionantes, los factores incidentes y el impacto de la investigación biomédica y psicosocial en su relación con lo que se entiende por bienestar humano, justicia social y conservación medioambiental, entre los más destacados²⁴.

En lo que se podría denominar la primera bioética, el bien del individuo, y en particular su autonomía, fue el tema dominante y no la salud ni los intereses de la población. Como disciplina emergente, además, fue testigo y parte de la rápida expansión de la empresa de investigación biomédica, hoy por hoy descomunalmente poderosa a nivel mundial, primero en la búsqueda de curas mediante una mejor comprensión de la biología y la innovación tecnológica y sólo luego en la disputa por las cuestiones relativas al acceso equitativo de la atención de salud. Así los hechos, el campo de la salud pública fue en buena medida relegado a un eclipsado segundo plano, a las sombras de los dilemas propios de los avances en biomedicina.

Como queda patente, el punto que resaltan Callahan y Jennings es que debido a las características mencionadas como propulsoras de su origen, la bioética prestó poca atención y dio escasa cuenta en sus primeros años de los distintos problemas éticos inherentes a la salud pública, en lo que

Ferrer²⁵ recalca que se transforma en una de las deudas de la bioética con la equidad en salud. En el plano local, Garrafa²⁶ contextualiza su desarrollo señalando que los métodos de obtención y validación de conocimiento promulgados en occidente –entiéndase Europa y parte de Norteamérica– constituyen una limitación que perpetúa la creación de modelos teóricos incapaces de otorgar soluciones sujetas a patrones para resolver problemáticas provenientes de la diversidad, como lo es el modelo principalista de la Bioética frente al pluralismo moral, variedad cultural y los macro problemas sociales de naciones periféricas como las Latinoamericanas.

Este sesgo que primó en las primeras décadas, y que se mantiene más bien inalterado en el hemisferio norte dadas sus características políticas, económicas y cívicas que la mayoría comparte, debe ser estratégicamente tratado para representar hoy una favorable chance de intervención desde la bioética en Latinoamérica. Tomando los planteamientos y principios de la bioética eminentemente clínica, intrahospitalaria, esa de sus primeros años de desarrollo, resta ahora, como tarea pendiente, hacer extensivo el campo de intervención a la esfera pública, que desarrolle y promueva así una bioética denominada social, considerando que considerables problemáticas en ética clínica no hacen referencia exclusivamente a la relación médico-paciente, sino a defectos institucionales²⁷ que son el reflejo de políticas de planificación defectuosas o sesgadas, actuando de tal forma en concordancia con las necesidades sanitarias de gran parte de los países de la región

²⁴ LOLAS, Fernando. La Bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panam Salud Pública*, volumen 6 (1): 65–68, 1999.

²⁵ FERRER, Marcela. *Op. cit.*, pp. 113–126

²⁶ GARRAFA, Volnei. Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética. En: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel y SAADA, Alya (Coordinadores). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Universidad Autónoma de México, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005. pp. 67–86.

²⁷ LEÓN CORREA, Francisco. Principios para una bioética social. *Bioethikos*, volumen 3 (1): 18–25, 2009.

latinoamericana^{28,29}. Un buen ejemplo regional lo constituye la Bioética de Intervención³⁰ que en el campo colectivo y público propone que se prioricen políticas y tomas de decisiones que privilegien el mayor número de personas, por el mayor tiempo posible y que resulten en las mejores consecuencias colectivas, considerando al mismo tiempo las circunstancias y situaciones individuales, con excepciones puntuales a discutir, reconociendo que el planteamiento utilitarista implícito debe ser tomado y examinado con cautela, asumiendo su uso hasta no desarrollar un mejor modelo.

5. El escenario actual y las tareas pendientes para la bioética

La visión que por años primó y que devino discurso oficial de la bioética durante sus inicios y que aún continua como primer referente, debe ser trascendida para desarrollar e implementar una bioética inclusiva y que sustente de argumentos para afrontar problemáticas de los micro, meso y macro determinantes en salud, es decir, desde la planificación socioeconómica, a la gestión institucional, y el manejo de las variables personales de cada hombre y/o mujer.

Una de las tareas pendientes, que para algunos representa justamente el mayor desafío de la bioética³¹, es concebir o ayudar a generar un contexto adecuado para impulsar el desarrollo de la pluralidad moral y epistémica de las sociedades, ayudando a posicionar el debate entre los

distintos actores involucrados en la obtención y mantención de la equidad en salud: una forma de promover a encarar estos desafíos es educando en ética cívica, para transitar hacia una ciudadanía activa en donde lo político, económico y cívico estén impregnados por el componente ético, planteando la vida cívica como un proceso educativo co-construido a través de una relación dialógica en permanencia.

Los alcances de esta pluralidad cívico-social se debieran expresar en una reducción, en el campo sanitario, de las discrepancias o divergencias entre el lenguaje de las demandas de los ciudadanos/as-usuarios/as y la oferta de los sistemas y servicios de salud, así como también entre las finalidades de los investigadores y las expectativas de quienes planifican y quienes integran el mayoritario grupo de personas comunes, por no reiterar vulnerables, y, de manera primordial, en la identificación de los llamados reales problemas y/o dilemas que pueden de alguna forma resultar una amenaza para el bienestar humano.

6. Bioética y equidad en salud en Latinoamérica: la oportunidad de una bioética social

La ausencia de movimientos sociales bien organizados que apunten exclusivamente a esta área, o que en sus demandas contemplen el mayor alcance de equidad en salud, privaría la oportunidad de que se señalen las necesidades de una modificación profunda de las políticas gubernamentales a nivel sanitario, que al no coordinar quejas o comentarios, proyecta un poco factible cambio real a ese nivel³². Es imperativa

²⁸ LEÓN CORREA, Francisco. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Ágora Philosophica*, volumen 11(1): 19–26, 2005.

²⁹ PARENTI, Francisco. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta, José. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela, 2002. pp. 171–84.

³⁰ GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, volume 17 (5-6): 399–415, 2003.

³¹ LOLAS, Fernando. 2001. *Op. cit.*

³² DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce & KAWACHI, Ichiro. Why justice is good for our Health: The social determinants of health inequalities. En: BAYER, Ronald; *et al* (Editors). *Public Health Ethics: Theory, Policy and Practice*. Oxford University Press. 2007. pp. 205–230.

la labor constante de desafiar las desigualdades existentes en los diferentes sistemas de salud mediante el diálogo entre los afectados, potenciando las redes del lenguaje interdisciplinario que genera intersubjetividad³³, y contando con el asesoramiento y la involucración de expertos, en donde la bioética de base social permitiría a la ciudadanía lograr respuestas o vías de soluciones a problemáticas persistentes y/o coyunturales.

Por lo mismo, el discurso bioético, que se ha caracterizado por haber hecho partícipes a todos los agentes y actores sociales en las decisiones que les conciernen, toma relevancia a la hora de representar una poderosa herramienta de intervención a este respecto, con predominancia actual desde la esfera ciudadana. Entre estas decisiones, las referidas a la salud son fundamentales, ya que no hay persona que no ocupe alguna vez en su vida el papel social de enfermo³⁴, por tanto nos involucra a todos.

Siguiendo esta línea argumentativa, quizá en ningún campo sean más evidentes las contradicciones entre racionalidades distintas que en el ámbito sanitario, donde confluyen las distintas nociones económicas, científicas y terapéuticas que proponen diferentes formulaciones y soluciones aplicables a este particular contexto. Bien dice Garrafa³⁵ que en el centro de la búsqueda de bases más abarcativas y cercanas de sustento teórico metodológico, está el desarrollar elementos conceptuales que permitan un análisis y respuestas adecuadas a los diversos problemas característicos de las naciones latinoamericanas.

7. Propuesta de implementación y desarrollo de una bioética social

Como mencioné anteriormente, muchos de los problemas ético-clínicos no sólo provienen de la relación profesional de salud–usuario/a, sino de otros factores importantes, como los problemas institucionales, y éticos surgidos desde las políticas y el sistema de salud³⁶. Ante aquello, es necesario dar el paso de una bioética centrada casi exclusivamente en los aspectos de ética clínica a una social, que afronte tanto la promoción de la ética institucional, como el control desde el aspecto social de las políticas públicas de salud y la adecuación entre el sistema de salud y la exigencias y necesidades de la sociedad, en donde además se analicen todos los aspectos ligados al ámbito sanitario (ética de la gerencia de las instituciones de salud, distribución de recursos, condiciones laborales de los profesionales de la salud, etc.).

Considerando como fundamentales estos puntos para una bioética social correctamente concebida e implementada, quiero detenerme en una propuesta que implique al tercer nivel –de los llamados macro, meso y micro–, en éste último, el de la atención, desde donde surge la relación Equipo de Salud–usuario/a, puntualmente relacionada en el nivel primario de atención en salud. Ésta, que debe constituir una entre varias propuestas complementarias en el ideal, no surge sino desde la observación del número y características de la población a atender en este nivel, junto con la necesidad de contar con mayores instrumentos teóricos y metodológicos para las distintas intervenciones. Llama poderosamente la atención que una población que en su mayoría se caracteriza por su ruralidad y extrema ruralidad, bajo ingreso económico, dispersión geográfica,

³³ CORTINA, Adela. *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*. Oviedo: Ediciones Nobel, 2007. 270p.

³⁴ LOLAS, Fernando. *Bioética y antropología médica*. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2000. 174p.

³⁵ GARRAFA, Volnei. 2005. *Op. cit.*, p. 82.

³⁶ LEÓN CORREA, Francisco. 2009. *Op. cit.*, pp. 18–25.

distancia geográfica con los centros de salud de referencia más cercanos, etc., hasta ahora no ha sido considerada para una intervención masiva y constante, es más, ha sido prácticamente excluida de cualquier tipo de intervención que sea perfil bioética, como detrimento para evaluar con exclusividad complejos casos clínicos en que se debata la autonomía con la no maleficencia de forma recurrente.

Al ya contar con Comités de Ética Asistencial, Comités de Ética Científica y Comités de Ética Médica, que han aportado un significativo avance en el análisis y reflexión desde la bioética y su difusión, la creación e implementación de Comités de Ética ahora en el Nivel de Atención Primaria parece ser un paso natural, pero, para que su cometido sea funcional al área social como se ha señalado y necesita, debe velar por su aplicación práctica, es decir, no puede ni debe esta intervención permanecer estáticamente en los análisis de caso *entre cuatro paredes*, sino trascender hacia la atención misma, apuntando a hacer más una Bioética Social en *terreno*, si se puede llamar así, y no a una mera extensión del modelo clínico de enfoque principalista.

Los postulados bioéticos deben ser inmanentes a la atención y al quehacer profesional diario, en su programación y ejecución. Con esto, considero importante destacar la función primordial que significa que lo anterior sea adecuadamente interpretado y ejecutado por el equipo de salud en pleno, y no sólo por el médico, como por costumbre, sesgo o celo profesional mal entendido se suele realizar, ya que es relevante destacar que una Bioética que se pretenda Social en su aplicación práctica debe contener para su propósito un enfoque multidisciplinario, en donde un equipo de profesionales debidamente preparados sepa llevar a cabo las tareas necesarias para su logro, a través de intervenciones tanto clínicas como socio-comunitarias. Además, más allá de las intervenciones focales, algo que sin duda marcará

una significativa diferencia es llegar a concebir los casos como un continuo y poder realizar un seguimiento de aquellos, punto este sin duda una de las falencias de los Comités en el presente, y que de llevarlo a cabo aportaría con soporte y protección para los intervenidos, así como a la vez retroalimentara al Equipo interventor en qué custodiar y modificar de las intervenciones.

Así, si se habla de velar por la intervención y protección de los más vulnerables, el nivel descrito de atención es una inmejorable área para potenciar y ejecutar planteamientos y acciones de una Bioética Social, como se describió de manera incipiente. Resta ahora la evaluación, disposición y voluntad de los planificadores y directivos de salud, junto con los expertos y profesionales en sí, para coordinar el trabajo conjunto inter-nivel que apunte a nada menos que al logro de una salud con equidad.

8. Conclusiones

Equidad y salud son conceptos multidimensionales y de compleja definición; ante el primero no existe acuerdo unánime que le defina universalmente, y el segundo amplía constantemente sus márgenes incorporando nuevas dimensiones que se asocien a su idea y práctica. Ambos representarían, más bien, un ideal al cual aspirar. La equidad por sí sola, como concepto disciplinario, es extenso e inclusivo por sobre lo excluyente, por lo que cualquier criterio de intervención unifocal prescindirá, sin duda, de importantes elementos que puedan incorporarse en pos de su consecución. La equidad también apareja una idea de justicia, y como tal, no puede preverse su obtención exitosa si no es de la mano de políticas de gobierno que la estimulen, establecimientos de salud que la interioricen en su entrega de servicio constante, y ciudadanos, en tanto que organizados, que velen por su alcance o el decidido esfuerzo por alcanzarla: la bioética, y más específicamente la bioética social, que ya

ha comenzado a implementarse a modo natural desde la bioética clínica en regiones como la latinoamericana, emerge como un favorable modelo interventor a este respecto.

Para poder aspirar a desarrollar una bioética de esta naturaleza, primero, es fundamental la educación y estímulo en el diálogo ciudadano, social, académico y profesional, y luego poder llevar este diálogo de manera intersectorial a la esfera de gobierno responsable de las políticas sociales, como una forma anticipatoria de intervención, instancia en donde se realicen las acciones pertinentes por lograr el compromiso de apoyo institucional. Para esto es necesario conocer previamente los diferentes aspectos involucrados en la equidad en salud, como la distribución de los ya escasos recursos, tanto económicos como humanos, la realidad del acceso a ese sistema de salud, las desigualdades económicas, socio demográficas, étnicas, de género, etc.

En el nivel específico de la entrega de atenciones de salud, ya por las características de la población a que beneficia y las particularidades de su atención, de manera especial se destaca lo relevante de implementar una Bioética Social a Nivel de Atención Primaria de Salud, no considerada en el presente, como inmejorable área para desarrollar una Bioética Social, en lo que constituye uno de muchos pasos para reducir cada vez más esa brecha que como región nos separa del logro pleno de la equidad en salud.

Bibliografía

1. ARTEAGA, Óscar; et al. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health*, volume 11(5/6): 374–384, 2002.
2. CALLAHAN, Daniel & JENNINGS, Bruce. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health*, volumen 92 (2): 169–176, 2002.
3. CORTINA, Adela. Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI. Oviedo: Ediciones Nobel, 2007. 270p.
4. ______. Bioética: un impulso para la ciudadanía activa. *Revista Brasileira de Bioética*, volumen 1 (4): 337–349, 2005.
5. DANIELS, Norman; KENNEDY, Bruce & KAWACHI, Ichiro. Why justice is good for our Health: The social determinants of health inequalities. En: BAYER, Ronald; et al (Editors). *Public Health Ethics: Theory, Policy and Practice*. Oxford University Press. 2007. pp. 205–230.
6. DANIELS, Norman. Justice, Health, and Healthcare. *The American Journal of Bioethics*, volume 1 (2): 2–16, 2001.
7. DANIELS, Norman y Col. Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, volume 78 (6): 740–750, 2000.
8. DO NASCIMENTO, Wanderson y GARRAFA, Volnei. Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de Intervención. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (2): 23–37, 2010.
9. FERRER, Marcela. Equidad y Justicia en Salud: implicaciones para la Bioética. *Acta Bioethica*, año 9 (1): 113–126, 2003.
10. GARRAFA, Volnei. Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética. En: GARRAFA, Volnei; KOTTOW, Miguel y SAADA, Alya (Coordinadores). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México: Universidad Autónoma de México, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005. 288p.
11. GARRAFA, Volnei y PORTO, Dora. Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, volume 17 (5-6): 399–415, 2003.
12. GÓMEZ DE SILVA, Guido. Breve Diccionario Etimológico de la Lengua Española. México: Fondo de Cultura Económica, 2006. 737p.
13. GRACIA, Diego. De la Bioética Clínica a la Bioética Global: Treinta años de evolución. *Acta Bioethica*, año 8 (1): 27–39, 2002.
14. HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, Mario. El Concepto de Equidad y el debate sobre lo Justo en Salud. *Rev Salud Pública*, volumen 10 (1): 72–82, 2008.
15. LAVADOS, Claudio y GAJARDO, Alejandra. El principio de justicia y la salud en Chile. *Acta Bioethica*, año 14 (2): 206–211, 2008.
16. LEÓN CORREA, Francisco. Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. *Revista Colombiana de Bioética*, volumen 5 (1): 85–99, 2010.
17. ______. Principios para una bioética social. *Bioethikos*, volumen 3 (1): 18–25, 2009.
18. ______. Por una Bioética social para Latinoamérica. *Ágora Philosophica*, volumen 11(1): 19–26, 2005.

19. LOLAS, Fernando. Public Health and Social Justice: Toward ethical sustainability in healthcare and research. *Acta Bioethica*, año 9 (2): 189–194, 2003.
20. _____. El desafío bioético de la Equidad: su relevancia en Salud Pública. *Rev. Esp. Salud Pública*, volumen 75 (3): 187–192, 2001.
21. _____. Bioética y antropología médica. Santiago: Editorial Mediterráneo, 2000. 174p.
22. _____. La Bioética en el contexto de los programas globales de salud. *Rev Panam Salud Pública*, volumen 6 (1): 65–68, 1999.
23. LÓPEZ PARDO, Cándido. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. *Rev Cubana Salud Pública*, volumen 33 (3): 1–7. 2007.
24. OLAVARRÍA GAMBI, Mauricio. Acceso a la salud en Chile. *Acta bioethica*, año 11 (1): 47–64, 2005.
25. PARENTI, Francisco. Bioética y biopolítica en América Latina. En: Acosta, José. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela, 2002. 760p.
26. RAWLS, John. Teoría de la Justicia. Traducción de María Dolores González. México: Fondo de Cultura Económica, 2010. 549p.
27. SEN, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Pública*, volumen 11 (5-6): 302–309, 2002.
28. VASALLO, Carlos. Crecimiento económico y salud en América Latina: un dilema no resuelto. *Revista Humanitas. Humanidades médicas*, volume 1 (3): 237–246, 2003.
29. WHITEHEAD, Margaret. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (EURO), 1990. 18p.