

La Bioética Clínica desde una Perspectiva Inter-étnica

Cláudio Lorenzo*

Introducción

La Bioética Clínica nació como una rama de la Ética Aplicada dirigida a los conflictos de la relación médico-paciente, especialmente cuando involucraban el uso de nuevas tecnologías. Los conflictos éticos abordados más a menudo se refieren al rechazo del tratamiento, a las decisiones relacionadas con el inicio y el fin de la vida, a la aplicación de biotecnologías de última generación, al uso de procedimientos con un gran potencial lesivo, y a los dilemas originados cuando los procedimientos de asistencia no están disponibles para todos y debe decidirse quién se beneficiará de ellos.

En las últimas décadas, la bioética clínica evolucionó para abarcar también los conflictos éticos causados por la exclusión social de los bienes y servicios de salud, y reconocer la importancia de otras categorías de profesionales de la salud e instituciones involucradas en la práctica asistencial. En América Latina hay alrededor de 200 millones de personas excluidas de los bienes y servicios de salud ofrecidos por los Estados. Entre las razones de esta exclusión se encuentran, entre otras: la falta de voluntad política para promover la oferta, la discriminación étnica y racial, la falta de recursos, las deficiencias de gestión de los sistemas, la inaccesibilidad geográfica y la incompatibilidad cultural con los servicios disponibles (ROSEMBERG y ANDERSSON, 2000). Entre los excluidos se encuentran los pueblos in-

dígenas y otras comunidades étnicas tradicionales y, a menudo, más de una de esas razones se encuentra en la base de esa exclusión.

El subcontinente cuenta con innumerables grupos étnicos procedentes de los diversos pueblos indígenas que vivían aquí antes de la colonización española y portuguesa y otros cientos de comunidades designadas como *tradicionales* porque formaron lazos de identidad históricamente determinados y comparten creencias y estilos de vida específicos y comunes a todos sus miembros. En Brasil, por ejemplo, además de unas 225 naciones indígenas con sus 180 lenguas distintas (FUNAI, 2010), también podemos citar como ejemplo, las comunidades de negros cimarrones, históricamente procedentes de la fuga de los africanos y afro-descendientes del sistema esclavista.

Esa vasta diversidad cultural produce múltiples formas de vida cotidiana y múltiples formas de comprensión de la vida, la muerte, la salud, la enfermedad, la infancia, la vejez, los géneros, etc. La estructura simbólica, religiosa y cosmológica de la organización social de esas comunidades culturalmente diversas conllevan al surgimiento de sistemas médicos propios (UCHÔA y VIDAL, 1994), también llamados *medicinas tradicionales*. Según Kleinman (1973), *los sistemas médicos*, incluyendo el occidental, son estructuras socio-cul-

* Profesor del Programa de Posgrado en Bioética de la Universidad de Brasilia. claudiolorenzo.unb@gmail.com

turales donde se registran los episodios de la enfermedad. Engloban, entre otros: la comprensión cultural del proceso salud-enfermedad, el diseño de estrategias de tratamiento para la elección de las prácticas de curación, y la deliberación sobre los comportamientos que previenen enfermedades y mejoran o empeoran la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define medicina tradicional como: “la suma completa de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar trastornos físicos o mentales.” (OMS, 2008).

No hay, hasta ahora, en América Latina, estudios para cuantificar el porcentaje de la población que utiliza de forma exclusiva o complementaria la medicina tradicional, pero en algunos países asiáticos y africanos, la medicina tradicional es responsable por los cuidados de atención primaria en 80% de la población (OMS, 2008).

Más recientemente, algunos países de América Latina, entre ellos Brasil, han hecho grandes esfuerzos para desarrollar y implementar programas de atención a la salud que tienen por objetivo a las comunidades culturalmente diversas. Esos programas colocan médicos, enfermeras, técnicos dentales y de gestión en contacto directo con los miembros de las comunidades tradicionales, con la misión de ofrecer prácticas preventivas, diagnósticas y curativas derivadas del sistema médico occidental.

Obviamente, estas nuevas relaciones interculturales que se forman alrededor de la asistencia a la salud, estarán permeadas por la confrontación de las prácticas de atención propuestas con los valores morales, las concepciones sobre salud y enfermedad, y las prácticas curativas propias de los sistemas médicos tradicionales. Conflictos propios de la bioética clínica, tales como el rechazo del tratamiento y las tomas de decisiones relacionadas con el inicio y el fin de la vida se producirán en este contexto de interculturalidad, y tendrán, por lo tanto, una resolución más difícil. Es importante, por consiguiente, que la bioética sea capaz de abordar críticamente la manera

cómo esas políticas se están formulando, y que pueda contribuir para la resolución de conflictos éticos de la atención a la salud, en este contexto.

Las políticas públicas y la atención sanitaria para las comunidades culturalmente diversas

Los programas de atención, donde se registran las acciones de campo propiamente dichas son, en general, subtemas de las políticas públicas de salud. En América Latina, esas políticas de salud, desde los años sesenta del siglo XX, en el contexto de las dictaduras militares, han sufrido influencias muy fuertes de las teorías desarrollistas neoliberales, en las cuales la comprensión del proceso salud-enfermedad era, en parte, vinculada a la visión higienista de la Francia del siglo XIX, sustentada en el ciclo de *pobreza-ignorancia-enfermedad*, según el cual, el comportamiento inadecuado de las clases más bajas era considerado responsable por las enfermedades y por las epidemias (TEIXEIRA, 1996).

En las últimas tres décadas, la globalización promovió una cierta reformulación de las teorías del desarrollo que ahora traen tonos “antropológicos” de respeto a las tradiciones, pero siguen sin poder alcanzar el carácter subjetivo que existe en la expresión de las necesidades de los grupos culturalmente diversos o en desventaja social. El objetivo de la mayoría de esas políticas es, partiendo del modelo médico occidental, ordenar las demandas para la gestión de los cuerpos y los comportamientos en la búsqueda de un ideal de salud como es entendida por las autoridades administrativas del Estado o de sus representantes técnico-científicos. Algo que encaja perfectamente en lo que Foucault (1986) ha definido como el ejercicio del Biopoder.

Los programas de atención continúan, por lo tanto, siendo elaborados “de arriba hacia abajo”, apoyados principalmente en la autoridad intelectual de los *expertos*. Por lo tanto, sigue siendo un punto central en la aplicación de estos programas

la concepción de que lo *civilizado* debe hacer evolucionar a lo *primitivo* y que el *conocimiento científico* debe aclarar y/o validar el *saber local*. Las acciones de estos programas de salud parten, por lo tanto, del universo cultural de los individuos que tienen el poder para formularlos e implementarlos al universo cultural de las diversas comunidades, socialmente sumisas, que simplemente deben aceptarlos. Este etnocentrismo es responsable por la descontextualización de los comportamientos, la simplificación de las demandas y la generalización de las necesidades de las personas y sus comunidades. Las 225 naciones indígenas de Brasil, con sus 180 lenguas, por ejemplo, se transforman tan sólo en “población indígena” para la gran mayoría de los programas públicos de salud de los indígenas. Es fácil deducir que el etnocentrismo de la formulación de programas, inevitablemente, se transferirá a las prácticas cotidianas de los profesionales de la salud contratados para trabajar en el campo.

Entonces, ¿Cómo se diseña una Bioética Clínica capaz de contribuir a resolver o prevenir los conflictos éticos que surgen de la implementación de prácticas occidentales dirigidas a comunidades culturalmente distintas?

Los ejes de desarrollo de una bioética clínica inter-étnica

Tratamos de responder a esta cuestión mediante la identificación de dos ejes de desarrollo para una bioética clínica desde esta perspectiva inter-étnica. El primer eje, que llamamos cognitivo, se refiere a una formación que tome formalmente las necesidades interdisciplinarias de la Bioética, en relación a los contenidos de las humanidades. Es absolutamente esencial que los profesionales adquieran conocimientos sobre el proceso de colonización de los pueblos indígenas y sobre la formación de otras comunidades tradicionales, así como sobre sus actuales condiciones de exclusión. Del mismo modo la Bioética Clínica no puede actuar aquí sin nociones sólidas de antropología de la salud, que necesariamente implican conocimientos tales como: la relación entre la cosmología y la existencia, la concepción de la vida y

la muerte, la construcción simbólica del cuerpo, la comprensión del proceso salud-enfermedad en la perspectiva local, las prácticas curativas tradicionales, entre otros.

Conocer los sistemas médicos tradicionales y sus prácticas nos parece esencial para una acción éticamente aceptable en torno a una propuesta de medidas preventivas, diagnósticas o terapéuticas. Son esos conocimientos los que podrán sensibilizar a los profesionales de la salud para respetar a la alteridad culturalmente diversa, y esos mismos conocimientos que se convertirán en un requisito previo para el desarrollo del segundo eje, que llamamos procedimental: la formación de espacios de diálogo interétnico desde la perspectiva teórica de la acción comunicativa .

Para describir este segundo eje es necesario profundizar un poco la concepción de *ética*, en sí, sobre la cual la Bioética Clínica debe ser fundamentada. Estamos hablando aquí de las corrientes contemporáneas de la ética, que, reconociendo la imposibilidad de aplicar los métodos de confirmación universalmente aceptados de los actos morales, considera que tomar una decisión ética implica necesariamente la creación de un espacio de diálogo libre, incluyendo la participación de al menos dos individuos capaces de actuar y comunicarse y que estén involucrados en una situación dada a ser regulada, y a través de este diálogo construir consensos sobre las normas de acción.

Entre estos aportes teóricos, se encuentra aquellos del *primer Habermas*, expuestas en obras como la *Teoría de la Acción Comunicativa* (HABERMAS, 1987) y *Ética del Discurso* (HABERMAS, 1999). Habermas anuncia su teoría moral como una reforma de la Ética Kantiana. Por lo tanto, las normas universales de conducta dejan de ser propuestas por la reflexión de una conciencia aislada que se proyecta en la alteridad, como quería el imperativo categórico de Kant, y pasan a ser propuestas por medio de argumentos morales y de la búsqueda del reconocimiento mutuo de la validez de los argumentos entre los participantes de una discusión sobre una acción a seguir. En este sentido, el concepto de *universalidad* aquí no tiene el carácter abstracto del de Kant, sino que

se refiere directamente a todas y todos los afectados por el conflicto, la discusión, o la acción a regular.

Habermas cree, así, haber superado el riesgo de etnocentrismo que los relativistas parecen encontrar en cualquier intento de universalizar normas de conducta. Si todos los interesados en una situación a ser regulada están representados en un espacio de diálogo que permite libremente la colocación de las posiciones de todos, la decisión y sus consecuencias habrán sido, respectivamente, construidas y evaluadas por todos. Así que él espera haber escapado tanto del riesgo de un universalismo abstracto, como de un relativismo teórico paralizante, con los cuales no es posible llegar a soluciones éticamente aceptables para los conflictos creados cuando una determinada acción planificada en una cultura es ejecutada en otra, como por ejemplo, los programas de asistencia a la salud o los proyectos de investigación.

Si pensamos en los conflictos clásicos de la Bioética Clínica, tales como la denegación de tratamiento, la eutanasia, los cambios en los hábitos de estilo de vida, etc., se requerirá la creación de espacios de diálogo con las características descritas anteriormente entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias. También debe aceptarse que ningún principio moral debe estar predeterminado antes de la apertura del diálogo, que los valores provenientes de una única cultura no serán capaces de orientar las acciones éticamente aceptables en una cultura diversa, y que es necesario que el propio proceso de diálogo sirva para la construcción o para el descubrimiento de los valores comunes a las diversas visiones de mundo involucradas en la acción de la asistencia a ser implantada.

Obviamente, las características descritas aquí se refieren a una situación ideal de comunicación. En el mundo real, las dificultades son demasiado grandes para una aplicación directa del modelo habermasiano en contextos interculturales de esta naturaleza y muchos esfuerzos, tanto en aspectos teóricos como prácticos siguen siendo necesarios. Algunos problemas se refieren a la

concepción en sí de esta teoría, que se basó en las formas lingüísticas europeas.

De esta manera, a pesar de haber buscado Habermas algunos de los componentes considerados universales en los actos de habla cotidiana, tales como: el reconocimiento del contenido de verdad en las afirmaciones enunciadas, la adecuación de estas afirmaciones a las normas de conducta local o el reconocimiento de la autenticidad de aquél que afirma por parte del grupo, no podemos garantizar que estos componentes sean aplicables a las estructuras lingüísticas de muchas comunidades tradicionales en todo el mundo (FERREIRA, 2009). De hecho, el propio concepto de la racionalidad del argumento, presentado por Habermas es también una construcción occidental, y más concretamente europea.

Por lo tanto, para tratar con las comunidades con estructuras lingüísticas muy diferentes de las occidentales, los conocimientos etnolingüísticos sobre, por ejemplo, las formas de expresar acuerdo y desacuerdo, también son absolutamente necesarios para el diálogo entre los grupos étnicos. Esto contribuirá tanto para el establecimiento de conjuntos de nuevos criterios para la validación de los argumentos, como para evaluar los límites del diálogo causados por la mediación de los traductores, cuando ello sea necesario.

El desarrollo de estos dos ejes enfrenta, sin embargo, obstáculos de gran alcance. Aparte del hecho de que sólo en raras ocasiones se puede encontrar la voluntad política entre las autoridades sanitarias para la construcción de una atención de salud verdaderamente intercultural, los actuales recursos humanos disponibles también tienden a ofrecer resistencia a tales procesos de transformación. En general, los profesionales actualmente en actividad se han formado a través de estrategias de enseñanza, que en América Latina, han sido influenciadas, desde mediados del siglo XX, por el positivismo clínico con su fragmentación de la construcción del conocimiento en salud. En este modelo, todo el conocimiento que se encuentra fuera del patrón de cientificismo previamente establecido, aquí incluyendo diversos contenidos de las humanidades, es simplemente rechazado

como falso conocimiento o como una categoría de lo exótico y de lo esotérico, o, en el mejor de los casos, tolerado como una información secundaria o como saberes periféricos sin capacidad de contribuir realmente al tratamiento.

La combinación de estas estrategias de enseñanza con un contexto social marcado por el legado esclavista y sus profundas disparidades económicas y educacionales, favorece el establecimiento de un *autoritarismo paternalista bien intencionado* como el principal aspecto que caracteriza la postura de los profesionales en las relaciones con pacientes que provienen de las clases económicamente desfavorecidas o comunidades culturalmente diversas.

La sedimentación de la bioética como un campo de conocimientos esencial, como ha sido reconocido por las principales universidades de América Latina y el mundo, sugiere que ella se ha convertido en la vía principal a través de la cual las estrategias de enseñanza pueden abrirse a los contenidos de las humanidades, y a la preparación profesional para relaciones interétnicas sostenida en un diálogo libre y democrático, como se describe brevemente en este artículo.

Consideraciones finales

La Bioética latinoamericana al centrarse en los conflictos éticos que surgen de las injusticias sociales históricamente determinadas resulta especialmente adecuada para conducir los cambios necesarios. Sin embargo, es necesario también un gran esfuerzo práctico para crear cursos específicos dirigidos a los profesionales formados por los viejos modelos, y para operar transformaciones radicales en los planes de estudios de pregrado y posgrado en salud.

La posibilidad de existencia de una Bioética Clínica capaz de prevenir o resolver los conflictos éticos derivados de las prácticas de atención a la salud dirigidas a las poblaciones tradicionales dependerá de estos esfuerzos. Porque parece que no hay otra manera de escapar del etnocentrismo occidental en la toma de decisiones éticas que no

sea a través de un diálogo interétnico abierto y libre. Eso parece más bien un paradigma que una utopía. Pero si es una utopía, que sea una utopía en el sentido entendido por el escritor uruguayo Eduardo Galeano, como un horizonte que se aleja un paso a cada paso que damos y que, por lo mismo, sirve para hacernos caminar.

Presentado en el III Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe, Bogotá, Colombia, 23 al 26 de Noviembre de 2010.

Bibliografía

FERREIRA, L. 2009. *A dimensão ética do diálogo antropológico: aprendendo a conversar com o nativo*. Artículo presentado al examen de Doctorado del Programa de Postgrado en Antropología en la Universidad Federal de Santa Catarina, Brasil. (Pendiente de Publicación)

FOUCAULT, M. 1986. *Microfísica do poder*. Graal. Rio de Janeiro.

FUNAI (Fundação Nacional do Índio, Brasil). Povos Indígenas. Quem Somos. [versión eletrônica] Recuperado el 02 de noviembre de 2010. Disponible en <http://www.funai.gov.br/index.html>.

HABERMAS, J. 1987. *Teoría de la acción comunicativa*. Vol I. Ed. Taurus, Madrid, 287p

HABERMAS, J. 1999. *De l'éthique de la discussion*. Ed. Flammarion, París, 189p.

KLEINMAN, A. 1973. Concepts and a Model for the comparison of Medical System as Cultural Systems. *Soc Sci & Medicine*; 12: 85-93.

- OMS. 2008. Medicina Tradicional. Nota descriptiva N°134 [versión eletrônica] Recuperado el 15 de mayo de 2011. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs134/es/index.html>
- ROSEMBERG, H. y ANDERSSON, B. 2000. Rethinking social protection in health in Latin America and Caribbean. *Pan American Journal of Public Health*; 8(1/2), 118-125.
- TEIXEIRA, R. 1996. Informação e comunicação em saúde. In: Schaireber, L (Dir). *Saúde do adulto. Programas e ações na unidade básica*. Ed. Hucitec, São Paulo, 121p.
- UCHÔA, E. y VIDAL, J. 1994. Antropologia Médica: Elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. *Cad Saud Pub*; 10 (4): 497-504.