

**UN PUENTE ENTRE BIOÉTICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD:
UNA OPCIÓN PARA EL CUIDADO DE LA VIDA**

LUZ FANNY CASAS AMADO

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ
2009**

**UN PUENTE ENTRE BIOÉTICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD:
UNA OPCIÓN PARA EL CUIDADO DE LA VIDA**

LUZ FANNY CASAS AMADO

TRABAJO DE GRADO

**Asesora
Chantal Aristizábal Tobler
Magíster en Bioética
Profesora Investigadora
Departamento de Bioética
Universidad El Bosque**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
BOGOTÁ
2009**

A Sterling, por ser éste también un logro suyo.

AGRADECIMIENTOS

A mi papacito y a mi mamacita, por tenerme tan presente en sus oraciones y pensamientos extendiendo en mí su energía y protección, su amor. A Álvaro, Luz Myriam, Ana María, María del Mar y Valentina, por cederme un rincón en su hogar y en su corazón y apoyarme en la culminación de este trabajo. A la Chantal Aristizábal Tobler, por permitirme descubrir su apertura hacia la pluralidad y acoger, en medio del consenso y la diferencia, mi apasionamiento por lo que creo. A mi amiga “de tercera generación” Libia Álvarez, por estar siempre ahí, por su generosidad, por escucharme y por compartir conmigo un sentimiento común hacia la vida. A mi maestro Carlos Eduardo Maldonado, porque sembró en mí la inquietud que hoy se plasma en este documento, porque sus enseñanzas fueron y son el fundamento para construir una nueva forma de entender la vida. Y especialmente, a Sterling, mi amigo, esposo, compañero y amante, por la fortaleza que impregna en mi vida, porque me enriquece con su ternura, sus palabras y su incondicional apoyo, y porque me insta a ser cada día mejor.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. HACIA LA COMPRENSIÓN DE LA BIOÉTICA	3
2. DE LA SALUD ANTROPOCÉNTRICA A LA SALUD BIOCENTRICA Y GLOBAL	11
2.1. SALUD ANTROPOCÉNTRICA / ANTROPOLÓGICA - UN EVENTO (ESTADO) INDIVIDUAL	11
2.1.1. Salud como ausencia de enfermedad	12
2.1.2. Salud y enfermedad como resultado o producto causal multicausal	13
2.1.3. Salud y enfermedad como una preocupación terapéutica	13
2.2. SALUD INTEGRAL	15
2.3. SALUD BIOCÉNTRICA	18
2.3.1. Partiendo de una comprensión sistémica de la salud	18
2.3.2. Salud biocéntrica y bioética	21
2.3.2.1. Individuos y colectivos... Actores en la construcción de salud y vida individual, social y global	25
2.3.2.2. Responsabilidades del Estado en el cuidado de la salud	33
3. PROMOCIÓN DE LA SALUD	38
3.1. COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	39
3.1.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS)	40
3.1.2. Creación de entornos favorables a la promoción de la salud	40
3.1.3. Fortalecimiento de la acción comunitaria	41
3.1.4. Desarrollo de aptitudes personales	41
3.1.5. Reorientación de los servicios de salud	42
3.2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	43
4. UNA LINGUA FRANCA ENTRE BIOÉTICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	50
4.1. PUNTOS DE ENCUENTRO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA VIDA, EN EL ÁMBITO DE LOS CINCO COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	53
4.1.1. En construcción de políticas públicas saludables (PPS)	53

4.1.2. En creación de entornos favorables a la promoción de la salud	54
4.1.3. En fortalecimiento de la acción comunitaria.	55
4.1.4. Desarrollo de aptitudes personales	56
4.1.5. Reorientación de los servicios de salud	57
5. EL CUIDADO DE LA VIDA EN EL ÁMBITO ESCOLAR: UNA OPCIÓN DESDE LA BIOÉTICA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	59
6. CONCLUSIONES	64
BIBLIOGRAFÍA	65

RESUMEN

En el presente trabajo busco, a partir de una comprensión de la bioética y de una conceptualización de lo que ha sido, es o debe ser la salud, así como de lo que significa su cuidado, hacer una revisión general de la propuesta de promoción de la salud, con el fin de formular una aproximación a la fundamentación bioética de esta propuesta, partiendo de la búsqueda de puntos de encuentro entre las dos y presentando sugerencias que, desde la bioética, consigan fortalecerla, de tal manera que la promoción de la salud pueda, finalmente plantearse como una opción para el cuidado de la salud y de la vida humana, y con ella, de la vida en general.

Para terminar pretendo, con este recorrido, contextualizar la promoción de la salud con un enfoque bioético en un escenario específico a saber: el ámbito escolar.

Palabras clave:

Vida, salud, bioética, promoción de la salud, biocentrismo, antropocentrismo, cuidado de la salud, cuidado de la vida, pluralismo y diversidad.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de mis estudios en bioética, en la universidad El Bosque, ha venido rondándome la idea de cuidar y posibilitar la vida de tantas maneras como quepa imaginar y, cómo la bioética puede favorecer o iluminar esas opciones. Pero me preocupaba darme cuenta, que a nivel general en nuestro país, la bioética se paraba con determinación, en términos de salud, en el ámbito médico.

Mi desazón emergió al percibir que, en ocasiones, el punto de partida de la bioética no era la salud sino la enfermedad y que, además, estaba circunscrita al contexto de lo humano. Me inquietaba la dificultad, desde la bioética, para hablar de la salud con fin en sí misma y de sus posibilidades en la medida de las relaciones de interdependencia entre las diversas formas de vida y de no vida.

El primer interrogante que en consecuencia surge es sobre la posibilidad de la bioética de pensar la salud en términos biocéntricos y con fin en ella misma y de pensar entonces, en lo que significa para la vida el cuidado de la salud.

Una preocupación más aumenta la complejidad de este problema, y tiene que ver con las opciones que desde el sector salud, los demás sectores y la sociedad, se plantean para cuidar o favorecer la salud. Por un lado, está la tendencia a asumir que la solución de los problemas de salud, desde el Estado, está principalmente en las manos del sector sanitario; tendencia que se desprende de una concepción de salud como opuesta a la enfermedad y como un evento que afecta a las personas de manera individual. Así mismo, en términos de la sociedad, está la predisposición a asumirla como un conjunto de individuos homogéneos, objetos de intervención médica y no como un sistema dinámico que puede autodeterminarse, en medio de la pluralidad y en la mediada de sus diversas y múltiples relaciones.

Sin embargo, es inevitable redimir una propuesta del sector sanitario para cuidar la salud individual y colectiva. Me refiero específicamente a la promoción de la salud, aunque no puedo negar que aquí también me inquieta la manera como suele asumirse la promoción de la salud en términos del control de los individuos y las colectividades y como un medio para satisfacer las metas y objetivos del Estado y no con fin en la salud y la vida individual, social y global, sin más.

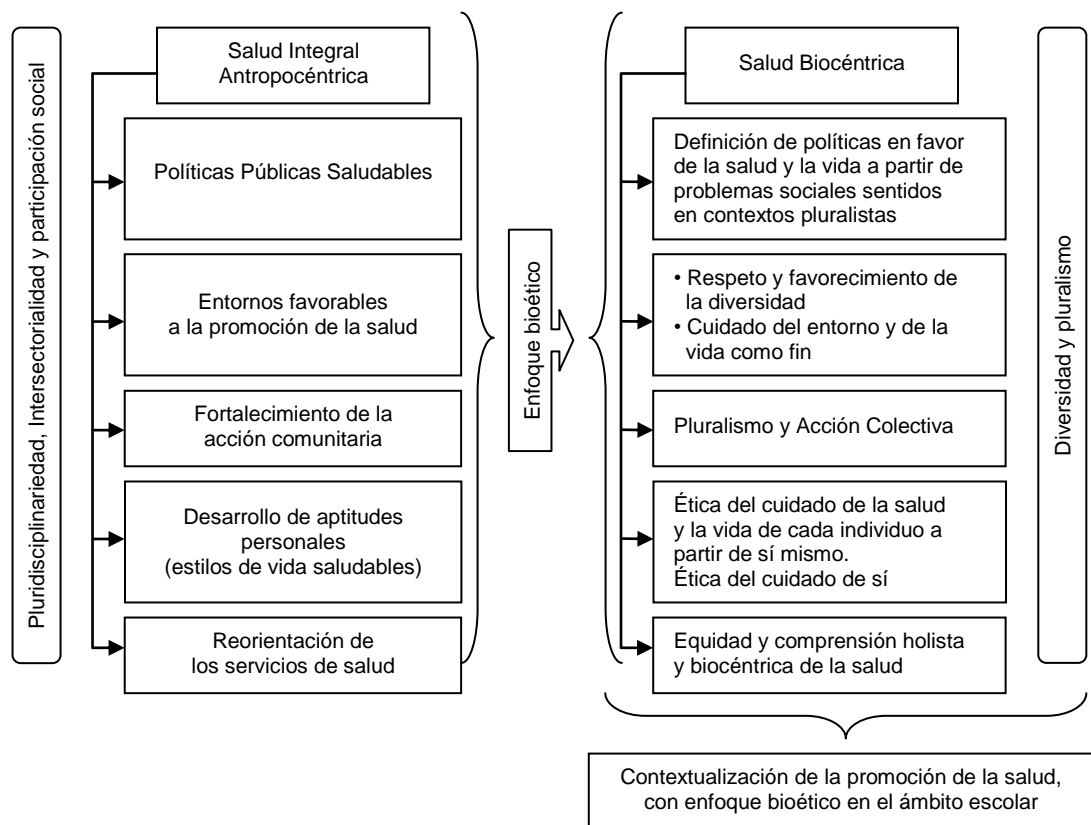
En este contexto se revelan dos opciones para el cuidado de la salud y de la vida: por un lado está la bioética y por el otro, la promoción de la salud.

Entonces surge aquí un nuevo interrogante: ¿es posible una articulación entre bioética y promoción de la salud, alrededor de un objetivo común cual es el cuidado y el favorecimiento de la salud individual, colectiva y global, y con él, el cuidado y favorecimiento de la vida?

Pretendo con el presente trabajo, acoger diversas miradas relacionadas con la salud y la vida, con la bioética y la promoción de la salud, y a partir de ellas, acercarme a algunas respuestas que puedan favorecer opciones para la vida. Respuestas que girarán en torno a la articulación entre bioética y promoción de la salud.

Intento así, acercarme a una fundamentación bioética de la promoción de la salud, estableciendo puntos de encuentro entre las dos y aportes que la bioética puede hacer para fortalecerla, de tal manera que la promoción de la salud logre, finalmente plantearse como una opción para el cuidado de la salud y de la vida humana, y con ella, de la vida en general y, en términos más específicos, como una opción para la salud y la vida en el ámbito escolar.

De manera esquemática, presento a continuación, el tránsito que haría la promoción de la salud en sus componentes o áreas a partir de su articulación con la bioética:



En conclusión, lo que intento proponer es que se debe establecer una analogía entre la bioética y la promoción de la salud, para construir entre las dos, una lingua franca que les permita complementarse y fortalecerse en un camino juntas hacia la comprensión y el cuidado de la salud y la vida.

1. HACIA LA COMPRESIÓN DE LA BIOÉTICA

Mi intención aquí, es la de abordar la bioética desde varios puntos de vista. No pretendo, por tanto, hacer un recorrido histórico de la evolución de la bioética, sino, a partir de autores centrales como son Van Rensselaer Potter, Tristram Engelhardt, Gilbert Hottois y Carlos Eduardo Maldonado, acercarme a una comprensión amplia de lo que es y pueda ser la bioética, en favor de la vida humana, como individuos y colectividades, y de la vida no humana, la vida del planeta.

Para empezar, cabe por tanto resaltar, en el marco del nacimiento de la bioética como una ética aplicada y deontológica¹, la postura que adopta **Van Rensselaer Potter**², padre del término bioética, quien la concibe como “una ciencia para la supervivencia humana [...] una nueva disciplina que cambiaría el conocimiento y la reflexión”. Dicha supervivencia no es independiente de la naturaleza sino que hace parte de ella. Esta definición implica para Potter la búsqueda permanente de sabiduría y, a partir de ella, posibilitar dicha supervivencia. Para Potter la bioética ha de favorecer no solo al individuo, en su condición de paciente, sino que por el contrario, debe trascender al favorecimiento de la humanidad en general. Su mayor preocupación es el distanciamiento que hay entre el aumento exponencial del conocimiento sin un aumento de sabiduría necesaria e invita a pensar la bioética “como una nueva ética científica que combina la humildad, la responsabilidad y la competencia, que es interdisciplinaria e intercultural, y que intensifica el sentido de la humanidad”

Como lo refiere Gilbert Hottois, es Potter quien introduce o abre el camino para pensar la bioética desde un enfoque ambiental (ecoética / hoy macrobioética). Hottois cita textualmente a Potter en su concepción de que

la bioética [...] se esforzaría por engendrar una sabiduría, un saber relacionado con la manera de utilizar el conocimiento para el bien social, sobre la base de un conocimiento realista de la naturaleza biológica del hombre y del mundo biológico³.

Tristram Engelhardt reconoce en la vida postmoderna una amplia diversidad moral, así como también admite que “no existe una bioética dotada de contenido

¹ La bioética nace en la década de los años 70 del siglo XX, con un énfasis centrado en el ámbito médico frente a la atención, tratamiento y/o manejo de la enfermedad, especialmente alrededor de los cuidados intensivos.

² POTTER, Van R. Conferencia: Bioética puente, bioética global y bioética profunda. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, No 7. OPS/OMS. 1999. Pág. 32.

³ HOTTOIS, Gilbert. Qué es la bioética. Bogotá: Universidad el Bosque, 2007. p. 15

al margen de una perspectiva moral particular” como tampoco “una bioética canónica secular dotada de contenido”⁴.

Los contenidos morales pueden ser compartidos o no por los individuos o grupos sociales. En este sentido el autor diferencia los amigos morales de los extraños morales y propone explícitamente, para los extraños morales, una moralidad común que pueda vincularlos. Esto no significa el desconocimiento de cada moralidad concreta dotada de contenido, contrario a ello, reconoce la individualidad de cada compromiso moral y bioético desde la perspectiva del ofrecimiento de una moral secular que llegue a los individuos de las diferentes comunidades morales⁵, moral secular que permita a los individuos cuando se encuentran como extraños morales, guiarse ante la necesidad de modelar una política sanitaria o proponer relaciones adecuadas entre pacientes y médicos, campos frente a los que se dirige la bioética. Esto no implica acuerdos totales entre los extraños morales pues la secularidad no ofrece contenidos morales a seguir, cuando mucho ofrece procedimientos de negociación y acuerdo⁶.

La bioética, como la filosofía, debe ayudar a clarificar “las visiones de la realidad y de los valores” de la cultura favoreciendo su proceso de autocomprensión⁷. “Una bioética secular general debe proporcionar una estructura moral que dé cabida a un pluralismo y que vincule moralmente a extraños morales, por exiguos que sean esos vínculos”⁸.

Engelhardt, al tiempo que toma en serio la diversidad moral, proporciona un punto de perspectiva moral secular para la bioética y para la política sanitaria. Justifica la tolerancia sin negar que el contenido moral separa y censura. Ofrece una lógica de negociación pacífica y secular que puede justificarse secularmente frente a hostilidades que amenazan con destruir a muchas sociedades [...] Intenta mostrar las consecuencias que se desprenden de las diferencias morales reales para la bioética y para la biopolítica, al tiempo que establece la posibilidad de una bioética secular que abarque estas diferencias⁹.

En términos generales, la propuesta de Engelhardt, enmarcada en una sociedad postmoderna, ratifica a las “sociedades pluralistas seculares pacíficas” las cuales

⁴ ENGELHARDT, H. Tristram. Los fundamentos de la bioética. Barcelona España: Ediciones PAIDOS, 1995. p. 17

⁵ Ibid, p. 22

⁶ Ibid, p. 23

⁷ Ibid, p. 37

⁸ Ibid, p. 41

⁹ Ibid, Pág. 45

“aceptan en su seno diversos puntos de vista morales, al tiempo que gozan de libertad para opinar en materias morales sin miedo a la represión”¹⁰

Por su parte, **Gilbert Hottois**, refiere que

Aunque los problemas suscitados por las tecnociencias biomédicas ocupan un lugar importante en ella, la bioética no se identifica de inmediato con la ética o la deontología médica, sino que estas constituyen, mas bien, capítulos y aspectos muy importantes de la problemática bioética que incluyen, también, cuestiones relativas a la manipulación (biotecnologías, ingeniería genética...) y a la preservación de especies no humanas, vegetales y animales, así como cuestiones de modo más general, a la gestión de la biosfera. De este modo la bioética cubre un campo que va desde la deontología y ética médicas, centradas en problemas a menudo próximos a la filosofía de los derechos humanos, a la “ecoética” o “ética ambiental” centrada en la solidaridad antropocósmica y próxima a la naturaleza atenta a las dimensiones evolucionistas¹¹

Esta definición es complementada y enriquecida por el autor quien concibe que además,

la bioética cubre un conjunto de investigaciones, de discursos y de prácticas, generalmente pluridisciplinarias y pluralistas, que tienen como objeto aclarar y, si es posible, resolver preguntas de tipo ético suscitadas por la I&D biomédicos y biotecnológicos en el seno de sociedades caracterizadas, en diversos grados, por ser individualistas, multiculturales y evolutivas¹²

Con el ánimo de lograr una aproximación más amplia de lo que es la bioética, Gilbert Hottois propone unos elementos básicos a tener en cuenta para su definición¹³:

1. La bioética toma en consideración los problemas con dimensión ética suscitados por la I&D biomédicos
2. [Es] una práctica multidisciplinaria e interdisciplinaria, idealmente llamada para aclarar los problemas de manera multilateral
3. Los problemas bioéticos se plantean en sociedades complejas: individualistas, pluralistas, multiculturales, compuestas por grupos con diversos intereses

¹⁰ Ibid, p. 35

¹¹ HOTTOIS, Gilbert. El Paradigma Bioético: Una ética para la tecnociencia. Barcelona: Anthropos, 1991. p. 170.

¹² HOTTOIS, Gilbert. Qué es la bioética. Bogotá: Universidad el Bosque, 2007. p. 26

¹³ p, Pág. 24 a 26

4. La bioética se esfuerza en perfeccionar reglas, principios, procedimientos e instituciones que ayudan a la explicación y a la resolución de los problemas que formula

Como se puede percibir, el campo de la bioética es bastante amplio y Hottos logra delimitar su extensión y diversidad en tres conjuntos de temáticas grandes frente a las cuales surgen, para la bioética, “preocupaciones que repercuten en diversos grados”, como son: a) del lado de la naturaleza, b) en el plano de las personas y c) en el plano social (político, jurídico y económico)¹⁴.

A partir de esta definición, donde se explicita el origen de los problemas bioéticos en la I&D tecnocientíficos y el multiculturalismo, Hottos articula como mínimo, tres **exigencias metodológicas**. En primera instancia considera que es imperativo un **enfoque pluridisciplinario y pluralista**, en el que se ha de exigir respeto por el pluralismo tanto clásico, como de las asociaciones de interés, ONG, grupos de presiones, entre otros. Cabe aclarar aquí que los intereses de las asociaciones varían entre los humanos (ej. Asociaciones de pacientes) y los no humanos (ej. Asociaciones ecologistas). En cuanto a este último interés “se ha desarrollado una preocupación de representación más global y relativa al futuro del conjunto de la biosfera y las generaciones futuras” lo que implica además una “representación y defensa de los intereses no humanos, vivos no vivos”¹⁵

La **segunda exigencia metodológica** propuesta por Hottos es la evolución. El autor sostiene que la investigación y el desarrollo científico, así como el deseo cada vez más libre y diverso, son el motor de la evolución de las sociedades modernas. Estos transforman la identidad personal y el tejido sociopolítico.

En el mundo global, en este proceso evolutivo se generan desigualdades e injusticias entre los países desarrollados y en vía de desarrollo. Mientras los primeros satisfacen sus deseos en I&D de manera artificiosa, los segundos requieren de los últimos inventos e innovaciones para satisfacer sus necesidades y su supervivencia¹⁶

También se presenta un problema de ritmo. Especialmente en las sociedades desarrolladas, mientras las innovaciones producto de la I&D se presentan de manera acelerada, la negociación y formulación de nuevas normas frente a dichas innovaciones es lenta y más lenta aun, es la asimilación simbólica, cultural y moral por parte de la población. Esta situación genera problemas de interés para la bioética, especialmente en el campo económico, como el “desempleo profesional

¹⁴ p, Pág. 21

¹⁵ Ibid, p. 30

¹⁶ Ibid, p. 31

de los menos jóvenes”, “quiebre de empresas”, “ruina de agriculturas tradicionales”¹⁷

Hottois considera que esta permanente evolución, propia de las sociedades tecnocientíficas, multiculturales y abiertas al cambio, exige la capacidad de acompañarla y asimilarla mediante el desarrollo de “reglas e instituciones procedimentales, con conclusiones revisables, sensibles al cambio empírico de los contenidos y los contextos”¹⁸.

Hottois también hace referencia a una **tercera metodología** para nuevas instituciones, a saber, **los comités de bioética**, en los que se han de cumplir algunas reglas tales como a) la garantía de una composición multidisciplinaria y pluralista al interior de los comités, b) hacer distinción entre géneros (ciencia, ética, derecho y política) donde a partir de un tema o problema propio de la I&D científico se acojan las diversas posturas morales y la más amplia información jurídica en busca de acuerdos y consensos que redunden en ofrecer “una base unívoca para la toma de decisiones, para elaborar leyes” o por lo menos modos de regulación técnica y simbólica, y c) dar a conocer las conclusiones a modo de recomendaciones en un lapso de tiempo, la cuales han de lograrse mediante una metodología de consenso ya que este favorece la institución de reglas operativas comunes y permite “preservar la libertad y la diversidad de las creencias”¹⁹

Para **Carlos Eduardo Maldonado C,**

“la ética es, por definición, un problema humano, en tanto que la bioética se ocupa, con lo humano, de una dimensión bastante más amplia y rica: el cuidado y el posibilitamiento de la vida en general: de la vida humana, pero, además y principalmente, de la vida en general, actual y posible, conocida y por conocer”²⁰

“El mérito fundamental de la bioética en general, y de la Macrobioética en particular, es el de la desantropocentrización de la propia ética”²¹ lo que implica una preocupación más amplia de la vida en general, humana y no humana. En este sentido se ratifica, como dice Maldonado, que el fundamento de la bioética es la diversidad (genética, biológica o natural, ecosistémica y cultural) por cuanto ésta es el fundamento de la vida.

¹⁷ Ibid, p. 32

¹⁸ Ibid. p. 33, 34

¹⁹ Ibid. p. 3 a 41

²⁰ MALDONADO, Carlos E. Biopolítica de la guerra. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2003, p. 203

²¹ MALDONADO, Carlos E. Filosofía y Salud. En: Colección Bios y Ethos N° 9, Bioética y Justicia Sanitaria. 2ª Edición. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2001. p. 88 y 89

En bioética, la ética no se circunscribe a lo antropológico, además, a la vida en general. En este sentido, la ética hace parte de la bioética. Al respecto Maldonado refiere que la eticidad de la bioética consiste en “establecer qué sea la vida y cómo sea efectiva, realmente posible”, propuesta en la que se han de tener en cuenta 4 niveles así: 1) “La vida individual”, 2) “la vida social y colectiva”, 3) “la vida general de la especie humana” y 4) “la vida general sobre el planeta y más allá de las condiciones inmediatas de la vida en su forma terrestre”²²

Para mayor claridad, Maldonado elabora un acercamiento de la bioética en dos perspectivas: una negativa y una positiva de lo que es y puede ser la bioética²³.

En primera instancia, Maldonado precisa que la bioética no es una bioética médica como aun es entendida por algunas personas, principalmente médicos, que la confunden con una ética médica. No es una bioética aplicada, concebida así, especialmente por algunos filósofos (as), teólogos y sacerdotes, así como no es una bioética deontológica reducida a la esfera normativa. En este sentido, considero relevante en Hottois, más que el uso de metodologías para el abordaje de la bioética, la dinámica propuesta en términos de pluralidad y pluridisciplinariedad. La bioética tampoco es un asunto de catequización según se muestra en la carta de los agentes de la salud (1995) del vaticano, como una “nueva evangelización”, en donde se asume la bioética “como diferente y en oposición a la ciencia, y más exactamente, como un medio para definir límites a la ciencia y a la investigación científica”²⁴

En sentido positivo, Maldonado ofrece unas bases mínimas en la comprensión de la bioética²⁵

1. la bioética es una nueva disciplina científica, cuyo objeto primero consiste en el estudio, el cuidado y el posibilitamiento de la vida [... mirada desde la cual], la bioética puede ser comprendida como formando parte de las ciencias de la complejidad, que son ciencias de la vida. La expresión puntual de la preocupación por la vida es el cuidado de la salud.
2. La bioética no es, fundamental y exclusivamente una ética, aunque si incluye reflexiones y tematizaciones éticas. Los contenidos y las preocupaciones éticas de la bioética coinciden, en la era de la

²² MALDONADO, Carlos E. Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas. En: Colección Bios y Ethos N° 6. 2ª Edición, Bioética y Derechos Humanos. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2001. p. 115 a 116

²³ MALDONADO, Carlos Eduardo. Tensión entre bioética y biopolítica. En: Horizontes de la bioética / Salud y realidad social. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., 2004. p. 31

²⁴ Ibid, 32.

²⁵ Ibid., 33 y 34

tecnociencia, plano por plano, con una ética civil. La manera más desprevenida de afirmar una ética civil es en términos de una ética pluralista.

3. La bioética tiene como objeto central de sus problematizaciones y tematizaciones el futuro y, aun mejor, los futuribles que el cuidado y el posibilitamiento de la vida permitan concebir. De esta suerte, toda la atención de la bioética está dirigida, no sin el pasado y sin el presente, hacia el futuro de la vida, esto es, de la vida conocida tanto como de la vida tal y como podría ser.

Este acercamiento de la bioética se da en el contexto específico del auge de la tecnociencia., por lo que considero importante tener en cuenta aquí una comprensión de la sociedad del riesgo²⁶ en términos de un riesgo concebido “de cara al futuro”. En otras palabras, “la posibilidad misma del futuro se encuentra en peligro y podría no tener lugar de ninguna manera”; sin embargo, este concepto de riesgo, desde un punto de vista positivo, “puede ser adoptado como una conciencia lúdica acerca de la posibilidad de salir, en un futuro inmediato, del cuello de botella actual probable, para abrir más allá, ulteriores posibilidades de existencia”, posibilidades que se dan o que se pueden dar gracias a la evolución científica, a la tecnociencia.

Estos cuatro autores ofrecen elementos fundamentales para una aproximación coherente de lo que es, o pueda ser la bioética, aproximación que me permito presentar a continuación.

Para empezar, el objetivo de la bioética es el estudio, el cuidado y el posibilitamiento de la vida. Esto implica para la bioética un esfuerzo por conocer la vida, por estudiarla, por entenderla. Así la vida se revela como su objeto de estudio. Este primer acercamiento me permite concebir a la bioética, con Potter y Maldonado, como una disciplina científica cuyo objeto de estudio y comprensión es la vida.

Ahora bien, la vida que compete a la bioética conocer, comprender, cuidar y posibilitar es la vida desantropocentristada, es la vida humana y no humana, en todos sus niveles y manifestaciones, en su diversidad, es la vida individual, colectiva y global, vida que se posibilita en las interacciones e interdependencias entre sus diferentes niveles y formas y de esta con la no vida. En consecuencia la

²⁶ MALDONADO, Carlos Eduardo. Filosofía de la sociedad civil. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2002, p. 220, 221. Maldonado concibe, en términos de sociedad del riesgo, la necesidad de “adoptar el concepto de riesgo en una doble acepción, una negativa y otra positiva... el riesgo es un concepto negativo que sirve para poner de manifiesto la fragilidad del mundo actual y la crisis de la modernidad”. Del lado positivo “el riesgo se constituye en un sistema de protección del futuro social común”

eticidad de la bioética también ha de ser desantropocentrizada, pues su preocupación trasciende a la búsqueda de una sabiduría que favorezca, no tanto la supervivencia humana como parte constitutiva de la naturaleza, como lo afirma Potter, sino más bien, con Maldonado, la vida en todas sus posibilidades, una vida con surplus, una vida global y con ella, la vida humana. Hablo de calidad de vida, de vida saludable.

El cuidado de la vida se hace explícito en el cuidado de la salud, esto no significa que la bioética se circunscriba únicamente al campo de las políticas sanitarias y al de las relaciones entre pacientes y médicos, como percibo que lo propone Engelhardt, pues como afirma Hottois, la problemática bioética incluye tanto aspectos de ética y deontología médica, como “cuestiones relativas a la manipulación [...] y preservación de especies no humanas, vegetales y animales” y de “gestión de la biósfera”²⁷

En este contexto, no corresponde a la bioética, con Engelhardt, definir o proponer una ética o una moral canónica dotada de contenido. Su tarea es la de propiciar todos los espacios posibles de reflexión, investigación, debate, en los que se acoja la pluralidad y diversidad de posiciones morales y culturales, el consenso y el disenso, donde se orienten los acuerdos, acciones y decisiones en favor del cuidado y posibilitamiento de la vida presente y futura.

La clave de esta dinámica no estaría en la definición de procedimientos, reglas o principios estándar que orienten una toma de decisiones bioéticas, sino precisamente, en la acogida de la pluralidad y diversidad de posiciones y de opciones, en el marco de la sociedad actual, la cual se caracteriza, como dice Hottois, por ser “individualista, multicultural y evolutiva”²⁸. Esta precisión implica que cada situación en la que la vida se vea amenazada o en riesgo, dada su fragilidad, ha de generar su propio proceso de manera emergente.

²⁷ HOTTOIS, Gilbert, 1991. Op. cit., p. 170

²⁸ HOTTOIS, Gilbert, 2007. Op. cit., p. 26

2. DE LA SALUD ANTROPOCÉNTRICA A LA SALUD BIOCÉNTRICA Y GLOBAL

Me propongo en este momento, hacer un abordaje de la salud desde varios puntos de vista. En primera instancia me acercaré, desde un enfoque medicalizado, al significado de la salud entendida como un evento humano que se define a partir de la enfermedad y que se resuelve a través de un manejo o tratamiento médico. Proseguiré entonces, con un enfoque de la salud, que aunque aun antropocéntrico, la concibe de manera integral y dependiente de múltiples factores (sociales, culturales, ambientales, comportamentales, políticos, de servicios de salud, etc.). Finalmente haré una aproximación a lo que pueda ser un concepto de salud positivo y mucho más amplio en el que se involucra no solo la salud humana, sino además, la no humana y del planeta en general. En otras palabras intentaré acercarme a un concepto de salud biocéntrica en términos de su definición y de sus opciones las cuales se hacen posibles principalmente en el marco de la sociedad civil.

2.1 SALUD ANTROPOCÉNTRICA / ANTROPOLÓGICA – UN EVENTO (ESTADO) INDIVIDUAL

Antes de abordar el tema de salud y enfermedad considero pertinente, hacer referencia a términos tales como normal o natural. En este contexto Tristram Engelhardt²⁹, presenta críticas a algunos significados dados a estos términos, significados que se corresponden con designios divinos y morales, con hechos estadísticamente frecuentes y con la tipicidad de la especie.

En lo que respecta a los designios divinos y morales, para occidente, la salud ha sido entendida como un estado en armonía con una naturaleza regida por leyes o normas "inmanentes y divinas desde su misma creación". Por consiguiente, es dios quien "ha diseñado la naturaleza humana" y con ella "la naturaleza del hombre ideal adaptada a un ambiente ideal"; acorde a estos supuestos se elaboran "juicios morales, fisioestéticos y anatómico-estéticos acerca de las formas humanas idóneas, de sus funciones y de la liberación del dolor"³⁰. Otro aspecto que denota normalidad se relaciona con todo evento que estadísticamente sea frecuente en una sociedad determinada, considerándose como anormal o antinatural todo lo que se salga de lo que estadísticamente se considere común o estándar para la gran mayoría. Por último, al hacer referencia a la tipicidad de la especie, en un sentido antropológico / antropocéntrico donde la evolución, marcada por un diseño lineal, tendría como finalidad última la maximización o perfección humana, se asume que cualquier evento que no

²⁹ ENGELHARDT, H. Tristram. Los fundamentos de la bioética. Barcelona España: Ediciones PAIDOS, 1995. p. 205 a 256

³⁰ Ibid. p.p. 216 - 225

favorezca dicha evolución, sería considerado como atípico.

Sin embargo, para Engelhardt, estos argumentos presentan ciertas dificultades. En primera instancia, el hecho de elaborar juicios morales, fisioestéticos y anatómico-estéticos según unos designios ideales divinos, para el caso del cristianismo tradicional, "los actos e inclinaciones que violen la naturaleza de la vida moral"³¹ son antinaturales o perversos, desconociéndose la diversidad de las concepciones desde diferentes culturas, movimientos, tipos de pensamiento. En lo referente a la frecuencia estadística, no todo lo que es frecuente, en términos de Engelhardt, es "loable, adecuado o ideal", tal es el caso del hecho de que "la mayoría de las personas mienten o engañan hasta cierto punto" o, por ejemplo, el de la corrupción, tan común en nuestro país, que la persona que no se involucre en ella puede ser catalogada como "poco inteligente". Además, considerar como normal o natural aquello que es estadísticamente frecuente, implica de manifiesto, la exclusión de estas consideraciones de todo aquello que sea minoritario, como sucede en el caso del homosexualismo. Por último, ciertas características "atípicas" de la especie consideradas como defectos (enfermedades) pueden producir ventajas que permiten la adaptabilidad al medio ambiente.

Para la medicina, los significados dados a lo normal o natural, son o han sido, su soporte o fundamento, y es así como los hechos o eventos que no se enmarquen dentro de lo que se considere normal o natural adquieren la connotación de enfermedad. En este contexto la medicina, como institución social que goza de gran aceptación, a través de la historia y según cada cultura, va moldeando las expectativas y valoraciones sociales mediante un proceso de normativización de la experiencia humana. De esa manera, en la medida que va catalogando los problemas de los individuos como enfermedades, va transformando el entorno social del diagnosticado como enfermo.

Es la medicina la que cataloga y clasifica un fenómeno como enfermedad y, por tanto, como problema médico. Esta categorización está impregnada de juicios de valor negativo, morales y no morales, a partir de los cuales se justifica y da relevancia (se maximiza) al tratamiento, ya que éste debe garantizar la cura de la enfermedad, o en términos de intervención, del problema médico. En este sentido, la categoría de enfermedad o problema médico se manifiesta como un juicio de valor negativo.

2.1.1. Salud como ausencia de enfermedad. La salud es un concepto que se empezó a elaborar a partir de la enfermedad o de las manifestaciones que pueden causar malestar físico y/o mental a un individuo. Al respecto Engelhardt y otros autores como Michel Foucault³² han hecho grandes aportes frente a lo que ha significado la enfermedad y los manejos o tratamientos médicos aplicados. Como

³¹ Ibid. p.219

³² FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames, Madrid: ediciones La Piqueta, 1990.

se expuso previamente, se asignan juicios de valor negativo a todo padecimiento humano, al categorizarlo como enfermedad, traduciéndose ésta, en una situación indeseable que amerita ser curada y, poder así, recuperar la salud. La salud y la enfermedad son dos conceptos excluyentes (a o b), por lo que, en oposición a la enfermedad, tener salud se convierte en una valoración positiva pues ésta garantiza, en un marco normatizado, alcanzar los ideales de perfección en el sentido de la función, forma y gracia humana, ajustándose de esta manera, a lo que es natural o normal. Desde este contexto la salud se ha abordado como un estado de los individuos que se alcanza gracias a la ausencia de enfermedad o a la recuperación de ésta.

Desde esta mirada se denota la dificultad que hay, para hablar de la salud a partir de ella misma, es entonces cuando, preguntas como ¿se puede quererse más sano de lo que se es?, no son posibles aquí.

2.1.2. Salud y enfermedad como resultado o producto causal multicausal.

Con la introducción de las técnicas de diagnóstico y el estudio de la anatomía y fisiopatología, propias del siglo XIX, se asigna un carácter etiológico a la aparición de las enfermedades y padecimientos. Al considerar a la salud y a la enfermedad como un producto o resultado causal y/o multicausal, se pueden identificar dos problemas importantes. En primer lugar, con fundamento en Engelhardt, en el caso de un evento, no se consideran todas las causas o factores determinantes posibles, sino que se da relevancia a aquellos factores causales que son fácilmente intervenibles médicamente hablando, con el fin de lograr ciertos objetivos o propósitos.

El otro problema que surge de plano es que se desconoce el carácter o propiedad emergente del proceso de salud / enfermedad en el cuidado y posibilitamiento de la vida, dado que al considerar este proceso como un evento producto de la causalidad, se pretende de antemano, controlar dichos eventos y factores determinantes, de tal manera que no se concibe ni se permite un camino progresivo hacia el conocimiento, pues ya todo está predeterminado y "controlado". Volveré más adelante sobre este tema.

2.1.3. Salud y enfermedad como una preocupación terapéutica.

Como ya he esbozado en algunas partes de este escrito, contemplar un fenómeno como enfermedad denota juicios de valor negativo que hacen que se la considere como un "estado que no es bueno tener [...], que es bueno prevenir, tratar o curar [...] y lo que se debe conseguir"³³. Es aquí en donde cobra relevancia la intervención médica a partir del tratamiento, más aun, teniendo en cuenta el carácter como asunto o problema propio de la medicina. Así mismo, en el sentido de la enfermedad como producto causal (etiológico o anatomicopatológico), el tratamiento adquiere su justificación.

³³ ENGELHARDT, H. Op. cit., p. 229

En este ámbito es necesario considerar que no importa el individuo como un cuerpo completo e integral sino, de manera parcial, aquella parte de su organismo que se vea afectada. Antes del siglo XIX, las manifestaciones de dolor y aflicción expresadas por el individuo eran importantes para la medicina y es en función de éstas que se procuraba el alivio. Pero, a partir del siglo XIX, con los aportes de los anatomistas, fisiólogos, patólogos y microbiólogos, se reestructuró el concepto de enfermedad y los síntomas dejaron de considerarse enfermedades. Solo los problemas anatomopatológicos o fisiopatológicos adquirieron verdadero valor como problemas médicos y las quejas del enfermo perdieron importancia, dejándose de lado la experiencia vivida, o en términos de Engelhardt, "la realidad experimentada" de cada individuo.

Otro aspecto que vale la pena retomar aquí, es el concepto de "normal" y a partir de él, hablar, con fundamento en Michel Foucault, de un tema que ya he insinuado pero que hasta ahora considero pertinente abordar más explícitamente, a saber, la medicalización. Para Foucault la medicina "es la ciencia de la normalidad de los cuerpos"³⁴, la cual, desde su carácter terapéutico utiliza como herramienta una intervención correctora sobre los comportamientos no adaptados.

A partir del siglo XIX se instaura una "fijación del poder sobre los cuerpos" situación que se manifiesta en el hecho de que se convierte en una finalidad del Estado el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud, ámbito en el que el sujeto, en un proceso de sometimiento, se convierte en el "objeto de un posible conocimiento, susceptible de aprendizaje, de formación y de corrección"³⁵.

Una característica marcada de la medicina actual es que inventa una sociedad de la norma y, con base en ella, los códigos de distinción entre lo normal y lo anormal son los que gobiernan en la sociedad procurando permanentemente su regulación y control. En este contexto, el problema que Foucault plantea, es que la medicalización no tiene límites, situación que se hace evidente dado que la medicina se ha dotado de un poder con funciones normalizadoras de tal manera que trasciende "la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo" en varios sentidos. Por una parte se impone al individuo, enfermo o no, como "un acto de autoridad", y por otra parte, interviene por fuera del espacio de la enfermedad, específicamente en el de la salud; en otras palabras, "la salud se convirtió en un objeto de intervención médica".

La medicalización también trasciende el ámbito de la economía en el sentido que garantiza y produce fuerza de trabajo y por que puede generar "riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros"³⁶

³⁴ FOUCAULT, Michel. Op. cit., p. 66

³⁵ Ibid, p. 67

³⁶ Ibid, p. 114

como sucede, por ejemplo, en el caso de la industria farmacéutica.

2.2. SALUD INTEGRAL

Desde varias ópticas puedo abordar o intentar entender la salud. Una de ellas es la que se acaba de presentar como un estado que denota o que se dice a partir de la enfermedad como un evento humano, medicalizado. Ahora mi intención es presentar una segunda mirada al concepto de salud un poco más amplia, más integral, aunque aun, antropocéntrica.

Considero pertinente aquí, retomar un poco la historia de lo que ha sido esta segunda mirada desde diferentes culturas y tiempos, pues cabe resaltar que este concepto no es una construcción actual sin más. Tiene una historia.

Este recorrido lo haré, inicialmente, con base en el escrito de Helena Restrepo, sobre antecedentes históricos de la Promoción de la Salud³⁷.

Desde los griegos, hacia el año 1250 a.c., se percibía un concepto de salud bastante integral. Esculapio, dios de la salud, tenía dos hijas: Panacea, diosa de la curación (de las medicinas y procedimientos terapéuticos) e Hygea, diosa de la salud, “del arte de estar sano”. Son estas dos, formas complementarias para entender la salud. Hacia los siglos VI y V a.c. ser saludable era un don divino muy alto y se le veía como fuente de riqueza. Las prácticas saludables solo se divulgaban a nivel de la aristocracia lo que deja ver una discriminación de clases sociales, en detrimento de trabajadores y esclavos. Por su parte los romanos, refiere Restrepo, citando a Sigerist³⁸, veía en el trabajo una fuente de salud. Ellos incorporaron el componente de la mente y lo social, además de lo físico, al concepto de salud. Galeno, médico romano, afirmaba que no podía haber salud si no había “independencia económica”. Otras contribuciones notorias de los romanos a la salud fueron los acueductos, alcantarillados, baños públicos, así como la “institucionalización de los hospitales y clínicas dentro del sector público”.

Según Restrepo, citando nuevamente a Sigerst (1941), el aporte más importante por parte del cristianismo y los árabes, durante la edad media, fue la elaboración de tratados que indicaban cómo debía vivirse y las “reglas a guardar”, o de “medicina doméstica” con gran énfasis en el “régimen alimenticio”. Así mismo, con cita en Guthrie, refiere que los musulmanes concibieron hospitales con espacios lúdicos y una política de subsidios que garantizaban la permanencia de los enfermos hospitalizados hasta que volvían al trabajo³⁹.

³⁷ RESTREPO H., MÁLAGA H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001. p. 15 - 23

³⁸ SIGERIST, 1941, citado por Restrepo en: RESTREPO H., MÁLAGA H. Ibid., p. 116 - 117

³⁹ Ibid., p. 118

Del renacimiento resalta que con “Leonardo de Vinci el cuerpo dejó de ser un instrumento de pecado”, concebido así especialmente por los cristianos, así como la presencia de un precursor de la epidemiología llamado Fracastoro quien se interesó por “las enfermedades epidémicas y los mecanismos de transmisión de ellas”⁴⁰

Para el siglo XVII, el concepto de salud integral no evoluciona, pues, con el descubrimiento del microscopio, el énfasis es en los seres vivos como causantes de las enfermedades. Ya en el siglo XVIII, se rescata la importancia de la salud física y mental “para el individuo y la sociedad”, reconocimiento a partir del cual surgen dos corrientes para promoverla: por un lado se pretende imponer la salud de manera autoritaria y absolutista por parte del Estado autocrático, “por medio de leyes y regulaciones policíacas”. En oposición a un Estado “corrupto” en términos de su “tiranía y opresión”, se presenta una corriente centrada en el individuo, quien es considerado bueno pero ignorante, por lo que el énfasis para promover la salud se centra en la educación. Se resalta, por ejemplo, un programa de salud física y mental formulado por John Locke, o El Catecismo de la Salud, de Bernhard Chritoph Faust⁴¹.

En el siglo XIX surge la medicina social, de manera paralela al desarrollo de la medicina clínica, la microbiología, y la fisiopatología, así como la medicina preventiva. Siguiendo con el énfasis en la mirada de la salud integral, el foco es la medicina social y la toma de conciencia frente a las “relaciones entre el estado de salud de una población” y las condiciones de vida que determinan la enfermedad, a lo que se llamaría el “campo de la promoción de la salud”. Con la revolución industrial de Inglaterra se evidenciaron “terribles condiciones de vida” de la clase trabajadora que condujeron a la muerte prematura de los obreros incluidas mujeres y niños. Semejante situación ocurrió con la salud de los obreros de la industria textil en Francia. Rudolf Virchow, considerado el padre de la medicina social, declaró abiertamente que las causas o determinantes de las enfermedades o epidemias se encontraban en las condiciones de vida inadecuadas de la gente pobre. Situación a la que se sumaba la práctica médica centrada en el “amor por el dinero”. Bajo estas condiciones Virchow lideró un movimiento en el que se debatió la necesidad de “reformular la medicina” y de corregir las condiciones sanitarias que afectaban la salud de los más desfavorecidos, mediante el establecimiento de una salud pública garantizada por el Estado. Movimiento que fracasó, por cuanto, según Sigerist, fue “proyectado desde los médicos para la gente, pero sin la gente”. Finalmente se destaca a William H. Duncan, “considerado el verdadero precursor de los proyectos de ciudades sanas en Europa”, quien “lideró un movimiento de mejora de estándares de vida, centrado

⁴⁰ GUTHRIE, 1947, citado por Restrepo en: Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001. p. 19)

⁴¹ RESTREPO. Op. cit., p. 19

en un cambio ambiental en su sentido más amplio”⁴²

Blanca Patricia Mantilla (*), a partir de una revisión de varios teóricos de la salud del siglo XX, encuentra similitudes en la evolución de este concepto, logrando sintetizar cinco etapas: como primer punto de su clasificación se encuentra la **salud como oposición a la enfermedad**, aspecto del que no se hace referencia aquí por cuanto ya se trató de manera suficiente. En consecuencia me concentraré en las otras cuatro etapas:

- **La salud como ideal de bienestar.** Este ideal nace cuando la OMS, en la Carta de Ginebra, en 1946, define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. De este concepto se subraya que se concibe a la salud de forma positiva y asociada al bienestar y que además de la dimensión física del ser humano, incorpora la mental y la social.
- **La salud como un equilibrio con el entorno.** Conceptualización que nace en la década del 60 con Dubos quien define la salud como “el estado puntual de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio” (Gavidia, 1998 en, Mantilla, 2007). Se resalta aquí la “adaptación de las personas con el ambiente” tanto físico, como mental y social. Se concibe la salud como “un continuo dinámico, individual y colectivo” en el que algunas enfermedades están más condicionadas por el entorno social y económico que por lo biológico y físico de las personas.
- **La salud como un estilo de vida.** Propia de la década de los 70, donde, frente a muchas enfermedades, la responsabilidad total de la salud recae sobre el individuo, él es el “protagonista de su propia salud”. Los comportamientos y conductas de las personas son los principales factores de riesgo de aquellas enfermedades sin determinantes biológicos. Esta conceptualización, aunque rescata la autonomía e individualidad de las personas, minimiza la responsabilidad del Estado, frente a las políticas y responsabilidades ante la garantía de derechos y todo lo relacionado con el entorno social, cultural, ambiental - natural.
- **La salud como desarrollo personal social.** Esta mirada concibe la salud a partir del individuo y la sociedad en la que está inmerso. Se apoya en los determinantes de la salud propuestos por Marc Lalonde en 1974: Factores biológicos, de los servicios de salud, del comportamiento y el medio ambiente, siendo los dos últimos los que más pesan en la consecución de la salud. Lo importante de Lalonde es que se “deja de lado la medicina como fuente

⁴² Ibid., p. 20 - 22

(*) MANTILLA, Blanca P. Salud Integral, evolución del concepto y propuesta actual. Texto inédito. Bucaramanga, 2007

principal de todas las mejoras de salud” y se considera “la necesidad de invertir mejor los recursos trabajando en los factores del comportamiento humano, el medio ambiente, priorizando la prevención al tratamiento, así como el trabajo en los factores biológicos”. Desde esta visión, el individuo es responsable de sus estilos de vida y conductas así como la sociedad “es responsable de una serie de factores del ambiente y de la misma organización sanitaria que influencia la salud y la vida de las personas”.

Estas definiciones presentan algunas dificultades. En el caso de la salud como ideal de bienestar, la salud no es un “estado” ni tiene el carácter de “completo bienestar”, sino un proceso dinámico de cambio constante, tema que ampliaré más adelante.

Un problema común en todas las definiciones es que, aunque se amplía la mirada de la salud, ésta no deja de ser antropocéntrica pues, aunque se planteen relaciones con el entorno, dichas relaciones se conciben en función de la salud humana o también de la salud no humana, pero con fin último en la humana. En otras palabras, se busca garantizar el cuidado del entorno con el objeto final de lograr la salud de las personas.

2.3. SALUD BIOCÉNTRICA

2.3.1. Partiendo de una comprensión sistémica de la salud. Desde una perspectiva más integradora, es posible concebir a la salud como un proceso dinámico determinado por las múltiples interacciones e interconexiones que se suceden en un organismo o sistema delimitado a partir de las relaciones que éste establece con su entorno.

Al respecto Escobar Triana⁴³ reconoce lo obsoleto del modelo biomédico adoptado aun por la medicina actual que concibe a la salud a partir de la ausencia de enfermedad, como resultado monocausal. Modelo que se sustenta en un enfoque mecanicista que concibe al cuerpo como una máquina. Esta situación se acentúa más en el nivel de las “superespecializaciones sobre determinadas partes del cuerpo”, entorno en el que el ser humano, el paciente como persona pierde sentido. Solo importa esa parte del cuerpo que se encuentre enferma como un resultado monocausal.

Por el contrario, Escobar interpela por una “nueva visión de la realidad que comprenda relaciones y dependencias recíprocas de todos los fenómenos físicos, biológicos, psicológicos, sociales y culturales”, los cuales “constituyen un concepto holista de persona”, concepto que implica, por una parte, “considerar todos los

⁴³ ESCOBAR T. Jaime. Comprensión Sistémica de la Salud y Calidad de Vida. En: Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos N° 15, Bogotá: Ediciones El Bosque, 2000, p. 55 a 60

aspectos del organismo humano como interconectados, interdependientes” y de manera más amplia, “reconocer que el organismo interactúa permanentemente con su entorno natural y social”. En otras palabras, es necesario reconocer que el “organismo, sistemas sociales y ecosistemas están interconectados y son interdependientes” y que estas relaciones afectan la salud, así como también los demás aspectos de la vida cotidiana⁴⁴.

Así como Escobar defiende una concepción holística del cuerpo, también otorga especial relevancia al Modelo Holístico de la Salud, modelo en el que se reconoce “la interdependencia del cuerpo y la mente tanto en la salud como en la enfermedad” y la interacción permanente del organismo humano con su entorno natural y social, lo que significa que los entornos sociales y naturales afectan positiva y negativamente la salud. El concepto holista de la salud es “eminente dinámico” a partir del cual se considera la salud como “un proceso activo en búsqueda de un equilibrio constante y que reconoce de alguna manera las capacidades curativas intrínsecas de todo el organismo vivo”⁴⁵, siendo ésta una manifestación de la propiedad de emergencia de la vida.

El modelo holista de la salud encaja perfectamente en la teoría de sistemas; pero acercarse a una comprensión sistémica de la salud implica inicialmente, explorar una **comprensión integral de la vida**. En este contexto, considero necesario partir de un concepto central en esta teoría, me refiero al concepto o idea de redes. Como se insinuó anteriormente, los organismos y sistemas vivos se posibilitan en la medida de sus interacciones e interdependencias internas y sus interacciones con el entorno natural y social. Referirse a estas relaciones implica revisar el enfoque de red presentado por Francisco Varela, según el cual inicialmente,

... elementos simples se vinculan dinámicamente unos con otros. Cada elemento solo opera en su ambiente local, de tal manera que no existe un agente exterior para hacer funcionar el sistema. Pero debido a la constitución en red, existe una *cooperación* global que surge espontáneamente cuando los estados de todos los ‘agentes’ que participan alcanzan una condición universalmente satisfactoria⁴⁶.

Las redes están presentes, interconectadas o entrelazadas en todos los niveles sistémicos, de tal manera que se organizan redes dentro de redes, o en palabras de Escobar Triana, los sistemas vivos tienden a “constituirse en estructuras por niveles dentro del sistema”, de tal manera que cada sistema “es en sí un todo [integrado] respecto a sus partes y al mismo tiempo es parte respecto de un todo

⁴⁴ Ibid., p. 56, 59, 57

⁴⁵ Ibid., p. 58

⁴⁶ VARELA Francisco. El Fenómeno de la vida. España: Dolmen Ediciones 2ª Edición, 2002, p. 134, 135

superior”⁴⁷. Lo grandioso de esta organización es que, en estas relaciones, el todo, lo global, “es mayor que la suma de sus partes”. En otras palabras, la emergencia de la vida está dada precisamente en esas relaciones propias de las redes, siendo la diversidad de la vida la máxima expresión de las relaciones emergentes.

Me permito bosquejar aquí algunas ideas de una síntesis que hace Escobar respecto del enfoque integral de la vida a partir de autores como Briggs y Peat, Gell Mann, Von Bertalanffy, Maturana y Varela y Capra F.⁴⁸, síntesis que percibo como precisa y clara.

Él refiere que las propiedades de los sistemas vivos solo son posibles en la medida de su organización y no de los elementos que los componen, pues si éstos se separan de manera aislada, las propiedades desaparecen, idea que complementa al referirse a la teoría del caos, según la cual, “los sistemas tienden a autoorganizarse preservando un equilibrio interno al tiempo que retienen una cierta medida de apertura al mundo externo” por cuanto “requiere alimentarse de un flujo continuo de materia y energía que tome de su entorno”⁴⁹.

Con fundamento en Maturana y Varela, Escobar indica que “la autopoiesis (creación de sí mismo)”, como un “proceso de autorregulación”, es un “patrón [...] común a todos los sistemas vivos”⁵⁰. Así mismo, a partir de Capra F., señala que una referencia de la autopoiesis es el proceso de cognición en el que la mente deja de ser materia y se concibe como “el proceso mismo de la vida, [como una] actividad organizadora de los sistemas vivos en todos sus niveles” que se hace explícito en “las interacciones de los organismos vivos con su entorno”. Estas interacciones propias de los sistemas vivos “operan lejos del equilibrio” de tal suerte que “los sistemas vivos existen en la región limítrofe cerca del borde del caos y la vida es cooperación y creatividad y no una lucha competitiva por la supervivencia”. “Combinaciones complejas de cooperación, coevolución y asociación de vínculos” son las que han hecho posible la vida en nuestro planeta⁵¹.

Abordar la salud desde este ámbito, según Escobar, supone concebir que “la salud, como la vida, se da dentro de una red de relaciones mutuas entre las diferentes especies que posibilitan la vida en el planeta”. En este sentido, desde una mirada holística amplia, todos los sistemas vivos y, con ellos, el organismo humano, “interactúan con su entorno físico y social y se modifican mutuamente”. En el caso específico del organismo humano, las relaciones que se establecen en el marco de su “cultura” y de “su proceso de socialización dentro de un entorno

⁴⁷ ESCOBAR T, J. Op. cit., p. 61

⁴⁸ *Ibid.* 61 a 64.

⁴⁹ VON Bertalanffy, Teoría general de sistemas, 1968. Citado por Escobar. *Ibid.*, p. 62

⁵⁰ MATURANA y VARELA. El árbol del conocimiento, 1996, citado por Escobar. *Ibid.*, p. 63

⁵¹ CAPRA F. La trama de la vida 1998, citado por Escobar, 2000. *Ibid.*, p. 63, 64

familiar y de comunidad” son algunos de los aspectos que determinan su salud⁵².

2.3.2. Salud biocéntrica y bioética. Para Carlos Eduardo Maldonado “la salud consiste en el equilibrio entre el individuo, la colectividad y el entorno”⁵³, lo que permite entender que la salud se revela como el cuidado de la vida. En otras palabras, cuidar la salud significa cuidar la vida.

Por esta razón, es imperativo abordar el concepto de salud, no como un estado biológico o evento en términos de su relación con la enfermedad, a lo cual me referí anteriormente, sino y más importante, desde las posibilidades que la misma salud pueda tener a partir de todos los medios posibles que la favorezcan en el contexto de la interrelación e interdependencia existente entre las personas, los demás seres vivos y el medio ambiente. En estos términos, con Maldonado, “es absolutamente indispensable reconocer que el tema mismo de la salud coincide con el tema (¡universal!) de la vida, y que no cabe por consiguiente reduccionismos de ninguna clase (médicos, biológicos, culturalistas u otros)”⁵⁴. No se puede pensar separadamente la salud de la vida. La gran preocupación de la bioética en este tema, será la de permitir todo tipo de reflexión o análisis sobre la posibilidad y afirmación de la vida, como una vida sana.

La salud es la expresión de la vida, y si la vida se concibe como humana y no humana, entonces, del mismo modo al hablar del cuidado de la vida, habrá que hablar de todas las formas posibles de cuidar la salud. En este sentido, con Maldonado, la salud se manifiesta como el “hilo conductor para la comprensión [...] y el posibilitamiento [...] de la vida”. Pararse en esta posición requiere entender que el concepto de salud es un concepto universal que coincide con el concepto universal de la vida. Así las cosas, corresponde a la bioética, como una manera de reconocer “su auténtico significado y estatuto filosófico”, fundamentarse en este concepto universal de salud⁵⁵

La preocupación por la salud es una preocupación de cara al futuro, pues éste no está asegurado. Precisamente, desde una mirada antropocentrista y a partir de una creencia absoluta en el futuro, la especie humana, apropiándose de la naturaleza, ha venido haciendo uso de ella, de tal manera que en alguna medida, o en mucho, ha contribuido en la puesta en riesgo de ese futuro, a poner en peligro sus posibilidades. “La preocupación por la salud se ha revelado finalmente como una preocupación distinta, y si se prefiere, opuesta a toda otra perspectiva

⁵² ESCOBAR T, J. Op. cit., p. 66

⁵³ MALDONADO, Carlos E. Filosofía y Salud. En: Bioética y Justicia Sanitaria. Colección Bios y Ethos N° 9. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2ª Edición. 2001, p. 91

⁵⁴ MALDONADO, Carlos E. Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas. En: Bioética y Derechos Humanos. Colección Bios y Ethos N° 6. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2ª Edición, 2001, p.118

⁵⁵ *Ibíd.* Pág. 118

antropocéntrica” por cuanto el daño humano a la naturaleza es el responsable “del estado actual de la enfermedad del planeta, de la enfermedad del género humano”⁵⁶.

Las posibilidades de la salud no son, pues, otras que las posibilidades mismas de la vida, para la vida. Aquello que la salud anticipa son ulteriores horizontes, horizontes de posibilidades [...] El cuidado de la salud es el cuidado mismo de las posibilidades de/para la vida⁵⁷ [...] Los temas y problemas de salubridad se corresponden estrechamente con postemas y problemas de lo que sea la calidad de vida o de una vida con calidad⁵⁸

En este contexto Maldonado plantea que los retos para la bioética son, por un lado, pensar las posibilidades y condiciones para la salud de manera que sus aportes a la salud y justicia sanitaria beneficien realmente a la vida, y por el otro, pensar en las posibilidades que permite o faculta la salud en sí misma⁵⁹

“... La comprensión de la salud corresponde en realidad a la comprensión misma del sistema o de la cadena de la vida en el planeta”. Así, la preocupación por la salud en general es una preocupación específicamente humana, pues corresponde a la especie humana controlar su vida “en términos del balance entre el individuo, la especie y el planeta [...] La posibilidad de sobrevivencia de la especie humana depende exactamente de la responsabilidad ante el futuro sabiendo decidir razonablemente acerca de los bienes del presente”⁶⁰. Aquí la bioética tiene una tarea fundamental en términos del estudio y reflexión sobre las posibilidades de vida futura.

Por otra parte, con Maldonado, pensar la salud filosóficamente, corresponde al “rechazo de la mentira, al engaño, a la apariencia o a la decepción”⁶¹. Esto tiene que ver con el hecho de que el cuidado de la salud humana no se corresponde únicamente con la salud del cuerpo y de la mente, además con la salud del “corazón”, en otras palabras, con la sabiduría humana o, podríamos decir también, con la ética de la vida.

La ética de la vida, o sea la bioética, hace referencia a la sabiduría de vivir, un vivir que se sustenta en la praxis, o sea, se vive en la medida de la acción. Profundizaré en esto más adelante

Los mayores riesgos para la salud, y por tanto para las posibilidades de la vida, indica Maldonado, están contenidos en tres grandes temas: la ecología, los

⁵⁶ MALDONADO, Carlos E. Filosofía y Salud , 2001. Op. cit., p. 90

⁵⁷ *Ibíd.* p. 95

⁵⁸ *Ibíd.* p. 93 y 94

⁵⁹ *Ibíd.* p. 96

⁶⁰ *Ibíd.* p. 97

⁶¹ *Ibíd.* p. 99

derechos humanos y la bioética⁶². Luego en estos tres temas ha de concentrarse la verdadera preocupación por la salud y por tanto, por la vida.

Frente a los derechos humanos, los problemas en detrimento de la vida se circunscriben al tema de la “violencia global, sistemática e imprevisible sobre los individuos, sobre comunidades enteras e incluso, sobre sociedades y culturas completas”, mientras que en términos de la bioética, los problemas se circunscriben al tema de la salud y salubridad en el sentido de “los riesgos globales, sistémicos y de imprevisibilidad contra la salud y salubridad humana y del planeta en general”. Estos riesgos, tanto del lado de la salud como de los derechos humanos obedecen a “planes, políticas y tácticas y estrategias” producto tanto de la “improvisación” como de “razones determinadas”, así como también de “riesgos imprevisibles, aleatorios y resultados, en muchas ocasiones del azar”⁶³.

A partir de estas problemáticas, lo propio de la ética, en términos del cuidado de la vida, sería una ética de la “responsabilidad ante nuestros antepasados y ante nuestros descendientes. En rigor, la bioética y los derechos humanos son éticas de la responsabilidad, y no propiamente éticas de las virtudes, de la prudencia, de la justicia o de la libertad...”⁶⁴.

¿Cómo desde esta mirada ética, se pueden proponer posibilidades para la vida? Corresponde a la bioética, como a los derechos humanos, tener en cuenta que no existe un canon, un contenido que defina o contenga las soluciones a estos problemas. Se requiere reconocer y acoger, desde una mirada pluralista, la diversidad de posibilidades de los individuos y sociedades para afrontar dichos retos. Se requiere apostarle, como dice Maldonado, a las capacidades de “creatividad en las acciones mismas”, de “imaginar y pensar posibilidades” y de “responder colectivamente a los riesgos y a los peligros contra la vida” pues en ellas radica “la fortaleza en la búsqueda de soluciones y explicaciones a los problemas particulares y globales de salud, salubridad y violencia”. En este sentido, la tarea de la bioética, así como la de los derechos humanos, es la de confrontar a los individuos con sus propias capacidades y generar oportunidades de diálogo donde la confrontación abarque “tantas opciones y acciones como quepa imaginar y como quepa efectivamente implementar”⁶⁵.

Cabe preguntarse aquí sobre la posibilidad de la salud como un derecho humano. Hablar del derecho a la salud requiere de entrada, establecer una relación entre el sentido filosófico de los derechos humanos y del concepto mismo de salud, en cuanto que estos dos aspectos favorecen la vida, no solo humana, sino en general, la vida sobre el planeta.

⁶² MALDONADO, Carlos E. Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas. Op. cit. p. 122

⁶³ *Ibíd.* p. 123

⁶⁴ *Ibíd.* p. 125

⁶⁵ *Ibíd.* p. 127 y 128

Los derechos humanos más que ser una preocupación jurídica, deben ser una preocupación ética que permita toda reflexión posible frente a la responsabilidad que tenemos de cuidar y posibilitar la vida, de tal forma que solo a partir de estas reflexiones se puedan definir los mecanismos políticos y jurídicos necesarios. “El tema propio y el sentido verdadero de los derechos humanos es el de elevar la calidad y la dignidad de la vida...”⁶⁶.

Hablar del favorecimiento de la vida en general sobre el planeta a partir de los derechos humanos, es entrar en el terreno de la universalidad de los mismos, pero como dice Amartya Sen, los derechos humanos pertenecen al reino de la ética social, por lo que se hace difícil generalizar dicha universalidad teniendo en cuenta que no existen valores universales, más aun cuando en un mismo país hay diferentes culturas, diferentes valores, diferentes tradiciones e historias propias⁶⁷. Considero que lo más importante en este punto no es la dificultad para hablar de derechos humanos universales, sino la manera como se pueda hacer posible un mundo donde todos tenemos cabida. Para Maldonado “el punto de partida de los derechos humanos es el reconocimiento de y la sensibilización hacia la pluralidad, la diversidad axiológica del mundo”, hacia diferentes formas de vida (ejemplares o deseables) con el fin de equipararlas y confrontarlas. “Sólo a partir de este reconocimiento se plantea como tarea la posibilidad de la constitución de un mundo común para todos”⁶⁸.

Pero esa universalidad no ha de plantearse solo en términos de valores concernientes a la vida humana, sino además, en el marco de la clasificación de los derechos humanos como de primera, segunda y tercera generación, a la universalidad que se va dando progresivamente al pasar de una finalidad individual o personal a una social o colectiva. Incluso se habla ahora de “derechos humanos de cuarta generación que comprenden los derechos planetarios y de tipo universal (cósmico)”⁶⁹.

Otro problema importante en la comprensión de los derechos humanos es que suelen concebirse, desde una mirada reduccionista, como reconocimientos hechos a partir de situaciones de marginación, violencia, pobreza, etc. Así mismo, el derecho a la salud suele interpretarse como un reconocimiento de servicios de salud para garantizar cuidados de, o atención en salud, en situaciones en las que la salud se ha perdido (de enfermedad) o está en riesgo de perderse. De no ampliarse esta mirada, se asume que se parte de un concepto de salud reducido a un estado biológico y netamente humano. Desde una idea más amplia de este

⁶⁶ MALDONADO C. Carlos Eduardo. Biopolítica de la Guerra, Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2003, p. 138

⁶⁷ SEN, Amartya. Desarrollo y libertad, Editorial Planeta, S.A., 2000. p.

⁶⁸ MALDONADO, Carlos E. Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas, 2001. Op. cit. p. 104, 105

⁶⁹ *Ibíd.* p. 102

concepto, algunos autores, consideran que no es posible hablar del derecho a la salud. En este sentido, Onora O'Neill⁷⁰ refiere que la validez de los derechos humanos debe sustentarse en la búsqueda de “una noción convincente de bien, del bien para el hombre o para los intereses humanos, desde el cual derivar la importancia de los derechos humanos”. Ella concibe que en la búsqueda de ese bien humano se hace necesario fundamentar los derechos humanos en obligaciones humanas, razón por la que los derechos carecen de sentido si no se reconoce la obligación de garantizarlos. Desde el punto de vista de las garantías, correspondería al sector de la salud, garantizar el derecho a la salud; sin embargo, dada la amplitud de este concepto, el sector salud, solo puede garantizar atención en servicios de salud.

La posición que en este contexto deseo defender es diferente pues parte, precisamente, de la concepción de salud holista ya mencionada. Así las cosas, el derecho a la salud, no puede ser garantizado por un único sector, para el caso colombiano, por el Ministerio de la Protección Social. Este derecho requiere de un compromiso del Estado en general, no solo en términos de atender todas las situaciones que puedan dañar la salud, sino y más importante, en términos de todas las posibilidades que se puedan garantizar para mantenerla, cuidarla y engrandecerla. En esto iría, en parte, el cuidado de la vida.

Los derechos humanos, incluido el de la salud, además y en primera instancia, deben trascender a una preocupación “por la defensa de la dignidad de la vida humana allí donde está amenazada, o también la defensa y la ampliación de determinadas condiciones de vida que permita hablar de una calidad de vida humana”⁷¹. De ser así, podemos hablar, entonces, de una vida sana que puede quererse más sana de lo que ya sea.

Pero una vida sana no puede ser posible de manera independiente. En otras palabras, la salud humana no será posible sin la interdependencia que existe con las otras formas de vida no humana y con el medio ambiente, por lo que en el cuidado de la vida (humana y no humana) las preocupaciones también serán de tipo ambiental.

2.3.2.1. Individuos y colectivos... Actores en la construcción de salud y vida individual, social y global. Los individuos y los colectivos se dicen en el marco de la sociedad civil. En este sentido, debe ser factible hablar de la posibilidad de la sociedad civil y, con Maldonado, entenderla como un espacio de vida cuyo problema se centra en “hacer posible, de tantas maneras como quepa imaginar, la vida; y vivir de la forma más digna y con mayor calidad de vida posible; vivir de

⁷⁰ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in Bioethics*. Cambridge, 2002, p. 74 – 76

⁷¹ MALDONADO. *Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas*. *Bios y Ethos* N° 6, 2001. Op. cit., p. 108

manera grata, satisfactoria y plena, y que existan horizontes de vida [...]”⁷². Hablo de una vida saludable.

Proponer que la salud y la vida se posibilitan a partir de los individuos y las colectividades, implica la necesidad de hacer un acercamiento a una comprensión filosófica de la sociedad civil. Empezare, con Maldonado, por hacer referencia a la comprensión de la sociedad civil como un sistema dinámico caracterizado por la emergencia la cual se hace posible en la medida de la interacción de sus componentes “sin ningún control central” donde las posibilidades de la emergencia aumentan en la medida de la flexibilidad de sus interacciones. Desde esta dinámica “No cabe determinar ni predecir de manera alguna, los efectos que seguirán”. Así las cosas, las causas no determinan los resultados de la emergencia. La determinan sus interacciones y su flexibilidad. Se rechaza por tanto, el entendimiento de la emergencia a partir del principio de causalidad pues éste, dice Maldonado, “es el fundamento mismo del reduccionismo”⁷³.

Siguiendo por esta línea, también se hace necesario entender que la sociedad civil es un sistema complejo, complejidad que se revela en la lógica misma de la sociedad civil cual es “la diversidad y la pluralidad”. Al respecto, para Maldonado,

“la sociedad civil es la categoría empleada en ciencias sociales, en filosofía social y política y en ética, por ejemplo, para designar la globalidad de las formas de existencia de la vida social, o también la diversidad misma de las formas de acción e interacción, de creencias y de entrecruzamiento de creencias, constitutivas todas, de la vida en sociedad como un todo establecido y abierto al mismo tiempo”. Su complejidad se manifiesta en “la multiplicidad de la vida misma de los individuos en sociedad, viviendo en comunidad, con pluralidad de roles, diversidad de intermediaciones que inciden unas en otras, recíprocamente, etc.”⁷⁴

El pluralismo es el principio base de la civilidad en el sentido que “*la idea de la civilidad apunta al reconocimiento de la diversidad y de la pluralidad como constitutivo de la vida social*”. Precisamente es en este espacio de la sociedad civil donde se garantiza el espacio de la vida, pues las personas viven de múltiples y variadas formas, algunas de ellas incluso en oposición a otras formas de vida o al estado político⁷⁵.

Cabe aclarar que, en este contexto de diversidad y pluralidad, la ética civil, lejos de facilitar la solución pacífica de conflictos propios de una sociedad múltiple y

⁷² MALDONADO, Carlos E. Filosofía de la Sociedad Civil. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2002, p. 17

⁷³ Ibid., p. 109, 110

⁷⁴ Ibid., p. 25, 44, 45

⁷⁵ Ibid., p. 47, 48

plural, ha de acoger, reconocer y afirmar la diferencia, desarrollar el conflicto utilizando medios no violentos⁷⁶.

Comprender filosóficamente la sociedad civil, también demanda, con Maldonado, abordarla desde su eticidad, en términos de la manera “cómo se debe, cómo debo o cómo debemos vivir en medio de la sociedad civil”. Aclara que la pregunta no hace referencia al cómo se puede vivir sino a cómo se debe vivir. Se revela aquí no una doctrina dotada de contenido que indica cómo actuar, sino una actitud ética personal que hace referencia a la fuerza moral que impide “aceptar determinadas situaciones” que rebajen al ser humano en su dignidad, que impliquen que el ser humano “se pierda a sí mismo”. Dicho de forma positiva, la ética se esfuerza por “mostrar [...] que la vida tiene sentido y tiene posibilidades que dependen del vivir mismo, sin más”⁷⁷

Al respecto, Francisco Varela⁷⁸, apoyado en tradiciones orientales (taoísmo, confucianismo y budismo) refiere que “el aprendizaje ético está relacionado con la praxis”. Así en la medida que se practica la transformación se alcanza el “grado máximo de competencia ética”.

El cuidado de la vida ha de surgir no de la necesidad de aceptación, reconocimiento y autoevaluación a través del cumplimiento o el desarrollo de acciones que se enmarcan en el deber hacer, en un conjunto de patrones dados. El cuidado de la vida debe estar desprovisto de tal pretensión egocéntrica y surgir de manera espontánea, en la medida de la experiencia vivida. Desde esta posición se requiere de la adopción de reglas, no en el sentido del cumplimiento de normas impuestas como requerimiento para el buen funcionamiento de la sociedad o de la articulación de los individuos a la misma. Hablo, con Varela, de las reglas o prácticas que permiten fortalecer el ser, para corporeizar la experiencia, el sentimiento y el conocimiento alrededor de la misma de tal manera que se vaya constituyendo en acciones que se consideren correctas y que se puedan extender a diversas situaciones, de manera espontánea⁷⁹.

La experiencia vivida permite el surgimiento progresivo de la cordialidad hacia el resto del mundo que se materializa en el “interés y la acción adecuada para proporcionar bienestar”. Se desarrolla una compasión menos egocéntrica y, por consiguiente, más abierta⁸⁰.

“La compasión espontánea [...] no es un rasgo de la acción voluntaria o basada en patrones habituales” derivados de “un sistema ético axiomático ni de un precepto

⁷⁶ Ibid., p. 52

⁷⁷ Ibid., p. 48,133 y147

⁷⁸ VARELA Francisco. La habilidad ética. Barcelona: Editorial Debate, 2003, p. 110

⁷⁹ Ibid., p. 114 - 130

⁸⁰ Ibid., p. 121, 122

moral programático. Su máxima aspiración es responder a las necesidades de una situación determinada”. El fundamento del ser, dice Varela, acorde a la tradición budista tibetana, es la atención auténtica que implica una “conciencia inteligente, es decir, la comprensión momento a momento del ser virtual [sabio] tal y como es”⁸¹

En este mismo sentido, García Cardona⁸² considera que el ethos (lo ético) hace referencia a una “segunda naturaleza” que se adquiere en el ámbito de una cultura determinada, que “se hereda y se va configurando como una paulatina y progresiva conquista del ser humano en el mismo proceso de su vida”.

En el marco de las costumbres propias de cada cultura se van consolidando acciones individuales deseables para los demás que determinan un “deber ser”, acciones que favorecen “mejores condiciones de convivencia” y que son denominadas “virtudes” las cuales “son los referentes éticos de las costumbres”. Las virtudes no son inherentes a la naturaleza humana, no nacemos con ellas. Ellas son referentes éticos que podemos ir adaptando e interiorizando según nuestros “más profundos anhelos, ideas personales y sociales, e inclusive con las necesidades compartidas para vivir mejor”⁸³

El cuidado de la vida, también se corresponde con el cuidado de sí propuesto por Atuesta⁸⁴ para quien “el cuidado de sí se orienta al cambio del sujeto, a la creación de sí mismo y a la decisión sobre su estilo de vida” el cual se posibilita a partir de “una serie de prácticas articuladas en múltiples técnicas, cuyo propósito es permitir al sujeto hacer de la vida su obra más importante”. Al hablar de técnicas, Atuesta, con fundamento de Foucault, se refiere a las prácticas de individuos, familias y colectivos “sobre su cuerpo, sus pensamientos, sus conductas y su entorno para obtener transformaciones de sí mismos [...], para vivir mejor, para fortalecer la vida”, transformaciones que se hacen viables según el contexto, el medio de vida. Cuidar de sí, continua Atuesta, exige la adopción de prácticas nuevas o recuperadas de la cultura local, que resistan al control de la vida; requiriéndose por tanto, el rescate de los saberes locales. Ejercer el cuidado de sí, significa que el individuo, como lugar de vida puede “observarse y actuar sobre sí mismo” y, en la medida que se ejerce el cuidado de sí mismo, se ejerce el cuidado de la vida.

El problema de la ética es que su carácter es eminentemente individual, luego cabe la pregunta de cómo trascender a lo colectivo. La respuesta se encuentra en

⁸¹ Ibid., p. 123, 126

⁸² GARCÍA C, Gustavo. Hacia una Ethos Sanitario. En Bioética y Justicia sanitaria. Colección Bios y Ethos N° 9. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2ª Edición, 2001, p. 101

⁸³ Ibid., p. 102

⁸⁴ ATUESTA GARCÍA, Delio. Gestión de riesgo y cuidado de sí. Dispositivos de la resistencia de la vida en el programa Familias en Acción - Colombia. Tesis de Magíster, Bogotá: Universidad de Los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo, 2008. p 28, 29.

el campo de la política, o mejor dicho de la biopolítica. Aquí me permito aclarar que aunque el presente trabajo no se encuentra contextualizado en el marco de la biopolítica, si se hace necesario acercarse a él, en la medida de su interdependencia con la bioética.

Continuando con Atuesta, entender a cada individuo como sujeto ético facilita también entender la posibilidad de otro u otros sujetos éticos. Así, en la medida de sus interacciones se conforma un colectivo de sujetos éticos, “un cuerpo político [heterogéneo] inseparable de su lugar de vida⁸⁵”.

Atuesta considera la necesidad de reconocer la diferencia entre población y medio ambiente y colectivo de sujetos éticos, pues hablar de población y medio ambiente, hace referencia a estos como sujetos de “acción económico política del gobernar”. Por el contrario, el colectivo ético no es sujeto en términos de recursos y capital humano y natural, en el colectivo ético “se constituyen relaciones diferentes”. Allí las personas no se disocian de su lugar de vida, son una colectividad donde cada integrante es al tiempo organismo, individuo y lugar de vida, de manera que el colectivo se conforma como un sistema heterogéneo en el que converge la vida, humana y no humana, y la no vida⁸⁶.

Se observa a partir de esta concepción que entre vida y no vida hay un continuum en el que sus fronteras son borrosas, son difíciles de determinar. Es complicado establecer en donde termina la vida y en donde comienza la no vida. La vida y la no vida se posibilitan mutuamente gracias a sus relaciones e interdependencias.

En la medida de las interacciones que se suceden al interior de cada individuo, y a partir de allí emergentemente, de cada colectividad, también se generan relaciones e interdependencias entre diferentes colectivos, constituyéndose, de esta manera, la sociedad civil.

Es sensato desear que la ética y el razonamiento propio de la política, se correspondan. En este sentido es necesaria la creación de una cultura política que se posibilita en la sociedad civil en el marco de una democracia participativa, que sería un fundamento del Estado Social de Derecho. Aquí correspondería a la sociedad civil, participar en la toma de “decisiones que puedan afectar la vida misma de los individuos y de las comunidades a corto, mediano y largo plazo”. El Estado Social de Derecho no se ocupa de establecer normas, planes o programas mediante los que se definan sistemas de valores. De esto se ocuparía el Estado de Derecho. Lo propio del Estado Social de Derecho, con Maldonado, es que el fundamento de la cohesión social es “la existencia, la vida misma” donde las

⁸⁵ Ibid., p. 44

⁸⁶ Ibid., p. 44

discusiones giran en torno al “respeto”, “afirmación” y “posibilitamiento de la vida”⁸⁷.

El espacio de la vida no se encuentra en el Estado. “El espacio de la vida es exactamente el espacio de la sociedad civil”⁸⁸.

El marco ético que ha de orientar a la sociedad civil, son los derechos humanos. De hecho “el espacio de la sociedad civil es en realidad el espacio de los derechos humanos...” Pararse en esta posición permite o facilita la comprensión de la complejidad y “emergencia” de la sociedad civil⁸⁹.

La sociedad civil, como un sistema dinámico y, por tanto, como un fenómeno emergente, se va configurando según el desarrollo histórico, “de complejidad creciente” de los derechos humanos en la medida que ha sido necesario “responder a las diferentes circunstancias de un mundo cada vez más complejo” en términos de que cada vez se suscitan, de manera progresiva, una mayor cantidad de interconexiones e interdependencias propios de los sistemas complejos como lo es la sociedad civil⁹⁰.

Una opción para acercarse un poco más al entendimiento de la sociedad civil y de sus dinámicas es a partir de la racionalidad colectiva y teoría de la acción colectiva (TAC). Tanto la racionalidad colectiva como las acciones colectivas “son problemas propios de la sociedad civil” que se hacen explícitos en “los derechos humanos, el derecho absoluto a la vida, la convivencia, la cohesión social, la calidad y la dignidad de la vida, los espacios de acción y la ética civil, la acción colectiva misma, la posibilidad de hablar de manera sensata y razonable de racionalidad colectiva (o social) y finalmente la subsidiaridad”⁹¹.

Poder hablar de racionalidad colectiva o de múltiples racionalidades colectivas, y con ellas de las decisiones y acciones colectivas de la sociedad civil, denota lo complejo de la sociedad civil, complejidad que se hace evidente en “los tipos de relaciones entre los individuos y la comunidad en general, así como en la

⁸⁷ MALDONADO. Filosofía de la Sociedad Civil. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2002, p. 148 y 150

⁸⁸ Ibid. p. 48

⁸⁹ Ibid. p. 119, 121. Con Maldonado, se requiere dar una significación amplia de los derechos humanos, en el sentido que los derechos de tercera generación o derechos colectivos, en primera instancia y con ellos, los de segunda y primera generación, se convierten en el fundamento de la sociedad civil. La preocupación por los derechos humanos colectivos trasciende a la preocupación por la vida en general. “[...] al incluir y afirmar a los individuos, al afirmar y posibilitar el desarrollo (los derechos) de la sociedad misma, los derechos humanos abarcan en forma inversa al orden cronológico de su surgimiento, todo el conjunto de los derechos colectivos y universales y desde ellos también los sociales, económicos y culturales, así como los derechos individuales”

⁹⁰ Ibid. p. 121

⁹¹ Ibid. p. 168

coexistencia de múltiples comunidades, que en muchas ocasiones son antagónicas”. Aquí, los acuerdos, contradicciones, diferencias, etc. determinan la manera como “los individuos se relacionan unos con otros”, lo que implica tanto “intereses comunes” como “intereses dispares”⁹². Por tanto se hace imposible e indeseable ubicar una centralidad o un camino predeterminado de la sociedad civil. Considero que en esto consiste precisamente la complejidad de la sociedad civil.

En este contexto, la complejidad de los problemas de la sociedad civil actual, incluidos los de salud, tanto en escala macro como micro, se hace evidente en el hecho de que en muchos de los casos, dichos problemas, aunque competen a los individuos no pueden pensarse, comprenderse o resolverse de manera individual o aislada. Son problemas de acción colectiva frente a los que se “constituye y convoca una unidad de acción mediante la cual se crea una cohesión social y política”⁹³ en donde se han de tener en cuenta todas las opciones posibles en términos de las decisiones y acciones definidas.

Cabe entonces, en oposición a una racionalidad individualista que suele ser egoísta, preguntarse con Maldonado, sobre la posibilidad de hablar de una racionalidad colectiva, de si es posible lograr la cooperación y cohesión social, a cambio de una racionalidad tradicional individual que se ha sustentado en la búsqueda del poder utilizando como uno de los medios la violencia. Precisamente, con Maldonado, el interrogante que desde teoría de juegos (TJ) se hace es sobre la posibilidad de un equilibrio social y el cómo de esa posibilidad⁹⁴.

Pues bien, el autor presenta dos opciones: por una parte está la posibilidad de la cohesión social en términos de que a partir de ella los individuos actúan o no según el “surplus” que se posibilite o se pueda possibilitar en la acción colectiva. Esto significa que la acción colectiva se articula según, o a partir de, los problemas propios de la sociedad civil, mas no, como suele pensarse, “en función de las organizaciones de la misma” o en “función del estado”. La otra opción es la cooperación, en el sentido que permite la convergencia tanto de las decisiones como de las acciones y prácticas, ante la cual la violencia se invalida y el poder adquiere un valor secundario. “[...] la ‘cooperación’ es la categoría emergente del tratamiento complejo de la vida social y política, que corresponde en el plano cotidiano a la ‘cohesión’”⁹⁵.

Es pertinente aclarar, en términos de cohesión social, que tradicionalmente, en especial para occidente, existe la creencia de que ésta se garantiza a partir de normas, las cuales son asumidas como necesarias para impedir, a nivel macro, “la

⁹² Ibid. p. 160 y 161

⁹³ Ibid. p. 181

⁹⁴ Ibid. p. 165

⁹⁵ Ibid. p. 165, 181

disgregación, la anomia, el caos, la anarquía social y política” y en escala micro, “desórdenes emocionales, afectivos y psicológicos (comportamentales, por ejemplo)”. Desde esta perspectiva se asume o supone que las normas “afirman un mecanismo estable, predecible y regular de comportamiento social y, por consiguiente, de racionalidad colectiva”, pero esta cohesión dada a partir de las normas resulta frágil y precaria. Aquí no son concebibles asuntos humanos tales como la protesta pública, por citar un ejemplo. Dicho de manera más contundente, “la normatividad no garantiza la cohesión social”. A mayor implementación de los mecanismos de aplicación y control propios de las normas, menores son los espacios para la creatividad y espontaneidad, por tanto, para la vida, en el sentido de su construcción, de sus relaciones y de su emergencia⁹⁶.

Lo grandioso de la vida en sociedad y de la vida en general es que, a pesar de las normas, ella se va constituyendo “a través de procesos de complejidad creciente” que se manifiesta con procesos de solidaridad gratuita y horizontal” lo que implica aspectos como el “respeto y calidez hacia los otros, [el] cuidado de la vida humana, de otras formas de vida (animales, etc.)...”⁹⁷

Se puede entonces concluir que si es posible hablar de la acción colectiva en la medida que ésta se articula a partir de los problemas propios de la sociedad civil. Así, como es posible hablar de acción colectiva, se hace innegable la posibilidad de la existencia de la sociedad civil. En otras palabras, la sociedad civil es o se revela a partir de su articulación frente a sus propios problemas. En esto consiste el objeto de la teoría de acción colectiva (TAC), en la configuración de una colectividad a partir de sus problemas frente a los cuales actúa como una unidad o como diversidad en el contexto de varias colectividades⁹⁸, o en términos de complejidad, como un sistema complejo en el que se hace imposible e indeseable ubicar una centralidad o un camino predeterminado de la sociedad civil.

El estudio de la sociedad civil amerita, por tanto, enfoques “interdisciplinarios, o mejor, globalizantes o integrativos”. La inmensa diversidad de temas y problemas de la sociedad civil “requieren del diálogo sincero, abierto y desinteresado de diversos científicos, filósofos y políticos, así como de quienes forman parte en otras escalas o dimensiones, de la propia sociedad civil”⁹⁹.

Aquí tendría la bioética, apoyada en la filosofía de la sociedad civil en términos de su comprensión, cuidado y posibilitamiento, un punto de partida para propiciar todos los posibles espacios en los que se favorezca el cuidado de la salud y por tanto de la comprensión, cuidado y posibilitamiento de la vida, siendo uno de ellos, el espacio de la sociedad civil.

⁹⁶ Ibid. p. 176, 177, 178

⁹⁷ Ibid. p. 180

⁹⁸ Ibid. p. 166

⁹⁹ Ibid. p. 147, 157, 159, 160

2.3.2.2. Responsabilidades del Estado en el cuidado de la salud. En esta sección se pretende puntualizar la responsabilidad del Estado en el cuidado y posibilitamiento de la salud y con ella, de la vida, tanto humana, como social y global, y el papel que la bioética jugaría en ese ámbito. El cuidado de la salud y de la vida ha de darse a partir de las personas y colectividades, pero no con indiferencia hacia ni del Estado. Pues bien, el Estado de manera paralela, y no de manera indiferente a las gestiones individuales, colectivas y sociales, también tiene su papel en esta tarea. Es claro que en términos de derechos humanos, para este caso el de la salud, la responsabilidad de su garantía recae directamente en el mismo Estado.

Pero sucede que, según Aristizábal, asistimos en “una sociedad en la que son cada vez más evidentes las inequidades y las exclusiones que se oponen al bienestar colectivo, a la distribución justa de los recursos, a la protección del ambiente y a la toma de decisiones autónomas de las personas y los colectivos”¹⁰⁰.

Aristizabal considera que, a pesar de que actualmente se percibe un consenso teórico creciente en términos de “necesidades de reducir las inequidades en salud [...], investigar e intervenir en los determinantes de la salud y favorecer un contexto de justicia social”, en la práctica, “el orden político y económico mundial” continúan dando lugar a los problemas de “injusticia e inequidad” por cuanto generan “concentración de riqueza” [en pocos] y “concentración de deprivaciones” [en muchos]¹⁰¹. Esta afirmación la argumenta apoyada en autores como Sen, Vidal y Evans y Whitehead.

Al citar a Sen¹⁰², señala que la salud depende principalmente de “circunstancias sociales y una amplia gama de políticas públicas”. Afirmación que enriquece con Evans y Whitehead¹⁰³, quienes consideran que las disparidades que crean grandes inequidades responden a “profundos desequilibrios generados por discriminación y diferencias de poder en el amplio arco sociopolítico”. Con referencia en Vidal¹⁰⁴ también indica que, en el contexto actual, donde la salud de grandes capas de la población se ve afectada dada la inadecuada distribución de los recursos y su insuficiencia, “los problemas éticos tienen que ver con la pobreza, la exclusión, la falta de acceso a la salud y las inequidades”

¹⁰⁰ ARISTIZÁBAL, Chantal. La justicia y la autonomía como escenarios de encuentro entre bioética y salud pública. En: Bioética y salud pública: Encuentros y tensiones, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2007, p. 56

¹⁰¹ Ibid, p. 60

¹⁰² SEN. Desarrollo y Libertad. Bogotá, Planeta, 2000. Citado por ARISTIZÁBAL, Chantal. Ibid. p. 59

¹⁰³ EVANS, T., WHITEHEAD, M. Desafío de la falta de equidad en salud. 2002, citado por ARISTIZÁBAL. Ibid. p. 60

¹⁰⁴ VIDAL, 2007. Citado por ARISTIZÁBAL. Ibid. p. 58

Aristizábal reconoce que, en este ámbito, la justicia y la equidad han de ser una “preocupación común para la bioética y la salud pública” a quienes corresponde un “ejercicio ético que amerita investigaciones, reflexiones, deliberaciones y prácticas [...] en escenarios de debate abiertos, plurales y pluridisciplinarios”. También indica que, según Shramm y Kottow¹⁰⁵, en el ámbito de la salud pública, la bioética debe trascender sus principios clásicos” para adoptar una posición de “protección para individuos y comunidades vulnerables, fundamentada en la gratuidad, la vinculación y la cobertura de necesidades desde el afectado”. Así las cosas, corresponde a la bioética propiciar todos los espacios posibles en los que, de manera plural e interdisciplinaria, se orienten las políticas e intervenciones que realmente favorezcan la salud pública y la salud global.

Desde esta óptica ética debe perseguirse la justicia y la equidad en salud, por cuanto, según Aristizabal, habrá que empezar por reconocer las limitaciones del sector sanitario pues, no por “garantizar recursos médicos o de salud pública” se eliminan las inequidades en salud. Se hace necesario, continua Aristizabal con fundamento en Daniels¹⁰⁶, abogar por una justicia social entendida “como términos justos de cooperación social”, donde, de manera intersectorial se definan políticas [públicas] que realmente apunten a modificar los “determinantes sociales, económicos y políticos” que afectan la salud, buscando reducir en consecuencia, las inequidades. Sin embargo, es necesario dejar claro que no corresponde a la bioética definir dichas políticas, sino “ayudar a iluminar la complejidad de los diferentes puntos de vista y de las fuerzas sociopolíticas; para buscar consensos en principios que puedan guiar en el rango de opciones políticas, para aclarar cuándo una desigualdad es injusta y para establecer las consecuencias de estas injusticias”¹⁰⁷

Luego del desarrollo alcanzado en el presente capítulo, considero necesario esbozar algunas conclusiones que favorezcan la claridad de las ideas propuestas.

Empiezo por afirmar que definitivamente, la salud no es un evento causal circunscrito al campo de la enfermedad, como se concibe desde un enfoque mecanicista y biomédico. La salud, en términos holistas y biocéntricos, es un proceso dinámico, determinado por múltiples relaciones e interdependencias propias de los organismos y sistemas vivos, que se hacen viables a partir de las relaciones que estos establecen con su entorno natural y social y de sus propias capacidades curativas intrínsecas, aspectos que posibilitan la vida. La salud es un proceso tendiente al equilibrio entre individuos, colectivos y el entorno. En este sentido es fácil concebir que cuidar la salud equivale a cuidar la vida tanto humana como no humana. Aquí es de especial significado entender que el cuidado de la

¹⁰⁵ SHRAMM, F. y KOTTON, M. principios bioéticos en la salud pública, 2001, citados por ARISTIZÁBAL. Ibid. p. 58

¹⁰⁶ DANIELS, N. Population health, 2006, citados por ARISTIZÁBAL. Ibid. p. 62

¹⁰⁷ ARISTIZÁBAL. Ibid. p. 62

salud se refiere, no solo al cuidado del cuerpo y de la mente, sino además, a la construcción y posibilidad de la sabiduría humana, a la sabiduría de vivir, en otras palabras, a la ética de la vida.

Pararse en este concepto implica que la responsabilidad y preocupación por el cuidado de la vida debe acoger todas las posibles y diversas formas de cuidar la salud, pues es necesario tener en cuenta que la vida es frágil y que su futuro está en riesgo, luego la preocupación es presente, pero también de cara al futuro.

Ahora bien, esta responsabilidad y preocupación por la vida es específicamente humana y recae en dos instancias: como primera medida, en los individuos y colectividades y, en segundo lugar, en el Estado.

En cuanto a individuos y colectividades, la orientación ha de centrarse en un ética del deber ser y no del deber hacer, en una ética en términos de cómo se debe vivir, luego se rechaza un ética o moral dotada de contenido, axiomática, predeterminada, que indique como actuar. Pero la ética que aquí se sugiere no es inherente a la naturaleza humana. Ésta, como dice Varela, requiere ser corporeizada a partir de prácticas que permitan fortalecer el ser, prácticas que emanan de la cultura y que mediante la vivencia de las mismas (la experiencia vivida), paso a paso, se van consolidando o constituyendo en acciones individuales consideradas correctas y deseables, y que determinan un “deber ser”, favoreciendo así el surgimiento progresivo de la cordialidad y la convivencia, del interés por proveer bienestar. En este escenario el egocentrismo queda invalidado.

La responsabilidad y preocupación por la salud y la vida comienza en cada individuo como sujeto ético y corresponde al cuidado de sí. Este es el primer paso en el cuidado de la vida. El cuidado de sí debe estar orientado por la ética propuesta aquí, por tanto, cuidar de sí, equivale a decir que se requiere adoptar prácticas que se van corporeizando y que favorecen transformaciones de sí mismos, a la vez que repercuten emergentemente en el favorecimiento de la vida.

Pero el cuidado de la vida no se agota en el individuo, este se favorece en un nivel más amplio cual es el espacio de las colectividades y, en términos más generales, en el espacio de la sociedad civil.

La fortaleza inherente a la sociedad civil es la diversidad y pluralidad propias de la sociedad actual, y más aun, son las relaciones e interdependencias que se establecen en medio de dicha diversidad y pluralidad. Precisamente, las opciones y posibilidades de una vida común para todos emergen en el marco o a partir de dichas relaciones.

Así como en el plano individual, el favorecimiento de la vida deberá fundamentarse en una ética del deber ser y del cuidado de sí, en el plano colectivo y de la sociedad civil, la orientación ética ha de sustentarse en los derechos humanos.

Aquí se puede establecer que la ética de la sociedad civil es posible en el contexto de una cultura política a partir de la cual se favorezca la participación plural de la sociedad civil, como refiere Maldonado, en la toma de “decisiones que puedan afectar la vida [presente y futura] de los individuos y de las comunidades”. Se hace obligatoria entonces, una interdependencia entre ética y política o, mejor dicho, entre bioética y biopolítica.

Se enfatiza que la sociedad civil es un sistema dinámico vivo que emerge de las relaciones de interdependencias entre diversos y plurales individuos y comunidades, entre intereses comunes y dispares, razón por la que se rechaza un canon predeterminado en la solución de los problemas propios de la sociedad civil.

Es posible entender la sociedad civil en el marco de la teoría de acción colectiva, según la cual, una colectividad se configura como una unidad de acción a partir de sus problemas y según el surplus que la acción colectiva permita, lográndose así, una cohesión social y, consecuentemente, la cooperación en las decisiones y acciones que se establezcan como opciones para enfrentar dichos problemas.

En lo que al Estado respecta, su quehacer debe estar determinado en función de la sociedad civil, y no en función de sí mismo o de las instituciones. En este sentido, su mayor preocupación deberá ser la garantía de los derechos humanos, y por tanto de la justicia social, pero como dice Aristizabal, muchos de los problemas de injusticia e inequidad en el mundo se originan en el orden político y económico actual. Los derechos humanos son vulnerados por el mismo Estado. La salud – holista y biocéntrica –, como un derecho humano, no es la excepción en esta vulneración.

Se requiere ineludible y urgentemente, el diseño e implementación de políticas e intervenciones que realmente favorezcan la salud individual, colectiva y global, que, de manera inequívoca, emerjan en escenarios pluralistas y pluridisciplinarios, donde la sociedad civil tenga una efectiva, legítima y acogida participación. Escenarios en los que la bioética tiene como tarea, no la de definir o ejecutar las políticas, sino la de acoger y propiciar, desde la diversidad de puntos de vista, la reflexión, el debate y la deliberación, en la búsqueda de consensos para la definición de dichas políticas.

En términos más generales, la bioética, como ética de la responsabilidad por la vida, debe esforzarse, como punto de partida, por conocer y comprender la vida en toda su complejidad y diversidad, en su fortaleza y también en su fragilidad. Esta responsabilidad ha de orientar el quehacer de la bioética, en el sentido que, más que metodologías, reglas o principios, debe acoger, desde una mirada pluralista, la diversidad de posibilidades para afrontar los retos y problemas que afecten o que puedan poner en riesgo la vida. Esto quiere decir que la bioética debe entender y asumir que no existe un canon o contenidos determinados que orienten la solución de dichos problemas. Las soluciones son plurales y colectivas

y, en medio de esa pluralidad y colectividad, corresponde a la bioética, como dice Maldonado en cita previa, confrontar las capacidades de los individuos y generar, de manera pacífica, oportunidades de diálogo en los que se propicien y abarquen “tantas opciones y acciones como quepa imaginar y como quepa efectivamente implementar”.

Es necesario que la bioética reconozca sus limitaciones en la tarea o responsabilidad por la salud y la vida, pues ésta no es de su exclusividad. Se requiere la creación de puentes con otras instancias como lo son, entre otras: la ecología, los derechos humanos y la biopolítica. El puente o lenguaje común sería la salud entendida como holística y biocéntrica. Dicho de otra manera, el puente es la vida misma.

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para empezar con el desarrollo de esta sección, deseo dejar claro que la promoción de la salud fundamenta su propuesta en una concepción holista de la salud humana. En otras palabras, aunque se rechaza el paradigma biomédico para acoger una interpretación más integral de la salud, se mantiene una posición **antropocentrista** de la misma, donde cualquier favorecimiento de los determinantes de la salud, incluidos aquellos que dependen de la vida no humana o del medio ambiente (la no vida), se llevan a cabo con fin en la vida humana.

Una propuesta a la promoción de la salud para fundamentar su concepción de salud en el marco de un modelo biocéntrico, se tendrá en cuenta en el próximo capítulo.

El origen de la promoción, refiere Restrepo, se da a partir de un “cambio trascendental del concepto de salud” en el que, contrario al paradigma biomédico, la salud es concebida como “un concepto holístico positivo que integra todas las características del ‘bienestar humano’, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas ‘necesidades básicas’” (vivienda, comida, asistencia médica y trabajo remunerado) y el desarrollo de otros componentes de la salud tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine¹⁰⁸.

Desde esta perspectiva claramente se observa que la salud no significa únicamente garantizar coberturas y acceso a los servicios de salud. Más allá, de manera trascendental, la salud requiere del compromiso de todos los sectores y disciplinas, así como de los individuos y de la sociedad civil, de tal manera que lo que en última instancia se favorezca sea la vida humana.

En torno a esta concepción, desde la segunda mitad del siglo pasado hasta nuestros días, se gestó un movimiento de carácter internacional, promovido principalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en favor de la promoción de la salud. Son varios los eventos internacionales desarrollados y los documentos emitidos al respecto. El primero y más importante evento, fue la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986, la cual dio origen a la famosa Carta de Ottawa para la Promoción de la

¹⁰⁸ RESTREPO H., MÁLAGA H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001. p. 24

Salud¹⁰⁹. Los demás eventos y documentos, desarrollados a partir de Ottawa, han centrado su atención en uno u otro componente de lo propuesto inicialmente en la carta de Ottawa. La VI y última conferencia a la fecha, se desarrolló en Bangkok, Tailandia, en agosto de 2005, dándose lugar aquí, a la Carta de Bangkok¹¹⁰ para la promoción en un mundo globalizado. Aquí se acoge y ratifica los “valores, principios y estrategias de acción para el fomento de la salud establecidos en la carta de Ottawa” así como las “recomendaciones de las sucesivas conferencias mundiales sobre promoción de la salud”. En la Carta de Bangkok se reconoce a la salud como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

En la **Carta de Ottawa**, sustentada en el nuevo concepto de salud que se percibe como “una fuente de riqueza de la vida cotidiana”, se concibe que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” por lo que “se centra en alcanzar la equidad sanitaria”. Esta concepción demanda condiciones y requisitos tales como “la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad”. En este sentido, “factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos”, pueden favorecer o no la salud. Se ratifica entonces, que la promoción de la salud compete a “los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación”, además de los individuos, familias y comunidades involucradas. En este contexto, el papel del sector sanitario se centra en “asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud”. “las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos”.

3.1. COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

En carta de Ottawa se establece que para alcanzar la promoción de la salud se deben articular cinco grandes áreas a saber: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud

¹⁰⁹ Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Ottawa: OMS, 1986.

¹¹⁰ Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: OMS, 2005.

3.1.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS). Se trata de “llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas públicas”¹¹¹.

En la medida que la promoción de la salud busca actuar sobre los determinantes de la salud y crear opciones saludables para la población, las PPS han de trascender sobre las posibilidades saludables, de vida en comunidad, para las generaciones presentes y futuras.

La connotación de determinantes de la salud implica una mirada hacia los sectores diferentes al de la salud, de donde suelen provenir las PPS, aspecto que justifica o hace relevante y necesaria la tan mencionada intersectorialidad. Todas las políticas y todos los sectores influyen mayor o menormente en la salud. Formular PPS implica, por tanto, el desarrollo de acciones articuladas: por una parte hay que “llamar la atención y trabajar por causas de interés común” y desarrollar “mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno” con el fin de identificar, de manera conjunta, los “problemas que requieren de la formulación e implementación de PPS”

“las políticas públicas saludables ayudan a crear el escenario en que la promoción de la salud puede desarrollarse, ya que facilita la elección de opciones saludables”. Lo esencial o fundamental de las PPS es “que respondan a las necesidades de salud de los ciudadanos y de sus comunidades”¹¹²

Restrepo, citando a Nancy Milio (1986), resalta la importancia de la conciencia social en torno a “las inequidades y sus condicionantes” como “una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la promoción de la salud”¹¹³.

3.1.2. Creación de entornos favorables a la promoción de la salud. La relación entre los componentes de la promoción de la salud es evidente. En este caso, los entornos favorables se promueven especialmente a partir de la promulgación e implementación de PPS. Lo que se pretende es que mediante la formulación de PPS, se procure el “mejoramiento de entornos o ambientes físicos, sociales, culturales y económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no solo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida”¹¹⁴.

La autora especifica que, al rededor de entorno físico, giran temas como el saneamiento básico y agua potable. En cuanto al entorno social, se busca

¹¹¹ RESTREPO H. Op. Cit., p. 37

¹¹² JAKE EPP. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Promoción de la Salud: una antología. OPS/OMS. 1996. Pág. 34

¹¹³ RESTREPO H. Op. Cit., p. 37

¹¹⁴ Ibid. p. 38

favorecer la “ayuda mutua” y la “organización de grupos de autogestión y soporte de problemáticas comunes”. Por último, en entornos culturales, se hace referencia al establecimiento de zonas verdes, de recreación y deporte, de espacios para las manifestaciones artísticas, entre otras. En fin, la idea de los entornos favorables de la promoción de la salud es la promoción de opciones de vida saludable.

3.1.3. Fortalecimiento de la acción comunitaria. Según se enuncia en la carta de Ottawa, “la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”.

Según Restrepo, fomentar la participación comunitaria implica principalmente “crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas” a la vez que se establecen mecanismos para el diálogo, la concertación y la negociación; aspectos que no necesariamente giran en torno a los temas de salud, sino a las prioridades de cada comunidad, reconocimiento que implica el respeto por su cultura y su historia. Como lo refiere la autora, en los procesos de participación se debe promover que los individuos y grupos comunitarios, especialmente los excluidos socialmente (por situación de pobreza, “género, etnia, edad, religión, origen social, discapacidad, etc.”), se empoderen, en el sentido que adquieran el poder o la “capacidad de tomar decisiones que les competen para mejorar sus condiciones de vida y tener control sobre la situación de exclusión social, lo que redundará en mejores niveles de salud y de calidad de vida”¹¹⁵.

3.1.4. Desarrollo de aptitudes personales. Este componente tiene que ver con los estilos de vida saludables, los cuales, según Restrepo, comprenden una serie de comportamientos, actitudes y prácticas catalogadas como saludables que inciden en la vida individual y/o en la vida colectiva.

En el contexto de la carta de Ottawa, promover aptitudes personales, equivale a proporcionar “información y educación sanitaria” para que las personas cuenten con herramientas que les permita ejercer “un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud”. Al respecto, Restrepo considera que es imposible promover comportamientos saludables si estos no responden a las necesidades y prioridades de la población. Además refiere que, aparte de proporcionar información y educación para el desarrollo de aptitudes personales, es necesario adoptar otros mecanismos tales como el desarrollo de procesos de autocuidado, autogestión y de comunicación.

Una dificultad de la promoción de la salud, es la predisposición a reducirla a este componente dejando en las manos de las personas una carga muy alta en el cuidado de la salud. Como afirma Restrepo, hay una tendencia a “culpabilizar al

¹¹⁵ Ibid. p. 39 y 40

individuo por su enfermedad, por no hacer las modificaciones necesarias en sus comportamientos” desconociéndose que en promoción de la salud no se impone sino que se proponen cambios de libre opción¹¹⁶.

3.1.5. Reorientación de los servicios de salud. Desde la carta de Ottawa se propone la necesidad de trascender los servicios médicos y clínicos y fortalecer las intervenciones promocionales y de salud preventiva, que favorezcan tanto a los individuos como a las comunidades según sus necesidades y su cultura. La reorientación también se enfoca hacia el establecimiento de “vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos” así como el fortalecimiento de la “investigación sanitaria” y de la “educación y formación profesional”.

Restrepo considera que, aunque en la carta de Ottawa, la reorientación se dirige hacia los servicios de salud, ésta debe extenderse a los “servicios sociales en general” los cuales son trascendentales en la consecución de “metas de equidad y desarrollo humano”¹¹⁷.

A partir de la carta de Ottawa varias tendencias se han desarrollado en el sentido del mayor énfasis puesto en uno u otro componente de la promoción de la salud; sin embargo, es necesario tener en cuenta la interdependencia que hay entre ellos. Por ejemplo, se resalta la necesidad de de la promulgación e implementación de políticas públicas saludables (PPS) para garantizar entornos favorables para la salud o para favorecer procesos participativos en la toma de decisiones a favor de la salud. Otro ejemplo ofrecido por Restrepo, es que “las PPS favorecen los cambios positivos, los ambientes están íntimamente ligados, y la participación parte de los aspectos socioculturales que influyen en aptitudes y habilidades”¹¹⁸

Además de estas cinco áreas de la promoción de la salud, se plantean enfoques y estrategias para su operativización, y a fin de lograrlo “toma elementos de muchas otras [disciplinas]”

En primer lugar, Restrepo ubica “enfoques y estrategias de información, educación y comunicación en salud”. Así las cosas, se propone una educación basada en técnicas participativas, lo que implica el abandono de prácticas tradicionales de educación según las cuales el conocimiento y la información, está en manos de quien “educa”. No se trata por tanto, de desconocer el saber científico sino de, como dice Restrepo, citando a Cardici, proporcionar la información a la cual tienen derecho los individuos y grupos, en el marco de “procesos participativos”¹¹⁹.

¹¹⁶ Ibid. p. 41

¹¹⁷ Ibid. p. 42

¹¹⁸ Ibid. p. 41

¹¹⁹ CARDICI, D. Heald education in Latin America, 1997^a, citdo por RESTREPO, Ibid. p. 47

Acorde a estos planteamientos, la finalidad del proceso educativo no es la de persuadir o convencer a los individuos o grupos hacia el cambio de tal o cual conducta, sino de promover la autonomía de los mismos a partir del análisis de sus comportamientos y actitudes de tal manera que, sin imposición, la decisión de cambiar sea autónoma. Así, la educación es vista por Restrepo, “como un instrumento para lograr el empoderamiento del individuo mediante la adquisición de habilidades que le permitan tomar el control de su propia vida”¹²⁰

Por su parte, la comunicación en el contexto de la promoción de la salud, según lo cita Restrepo, es definida por Del Bosque como “el proceso de intercambio de información capaz de generar retroalimentación modificando a los sujetos participantes...”: Para Del Bosque hay tres tipos de comunicación: una interpersonal, una grupal y otra masiva. La primera “optimiza el empoderamiento individual y facilita la autogestión”. A la segunda la considera “fundamental para implementar estrategias de participación comunitaria” y la última “despierta interés, crea opinión e imagen y predispone al público hacia conductas saludables”¹²¹

Otras Estrategias usadas en la operativización de la promoción de la salud, citadas por Restrepo, son la **negociación, la concertación y los consensos**. Mientras la negociación facilita la adopción de compromisos de las partes, en especial cuando se procuran ganancias para todos, la concertación favorece una “unidad de acción con un objetivo común”. Por su parte, los consensos permiten “atender la presión de la sociedad por hacer valer los derechos y sentires individuales”.

Procesos de empoderamiento y participación sustentados en “el diálogo sistematizado con propósitos claros”, son requisitos de estas tres estrategias¹²².

3.2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Con Restrepo, lo que se pretende con la promoción de la salud es generar un impacto positivo en “la salud y el bienestar de las comunidades”, razón por la que deben tenerse en cuenta dos dimensiones centrales: el espacio (escenarios, ambientes) y las comunidades o grupos poblacionales a quienes se dirige la propuesta. En este sentido, son varios los escenarios propuestos para el desarrollo de la promoción de la salud. Como afirma Restrepo, es preferible elegir aquellos espacios propicios para la acción integral que “brinden un mayor potencial de masificar intervenciones positivas al bienestar, y que ofrezca las mayores garantías para crear procesos participativos donde la gente adquiera cada vez mayor capacidad de actuar para solucionar sus problemas”. Un ejemplo

¹²⁰ Ibid. p. 47, 48

¹²¹ DEL BOSQUE, 1998. Citado por RESTREPO, Op. Cit. p. 49

¹²² RESTREPO, Op. Cit. p. 52

de estos escenarios son las “ciudades y municipios saludables” adoptadas en Europa y Norteamérica bajo la denominación de “ciudades sanas” y en América Latina como “municipios saludables”. Otros escenarios más concretos o pequeños, insertos en ciudades y municipios son las comunidades o conglomerados. Se habla entonces de “barrios saludables (ej. en Montreal), “comunidades sanas” (ej. en Perú), entre otros¹²³.

Un escenario muy importante para la promoción de la salud es el del ámbito educativo liderado por la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (OMS / OPS) desde la década del 80 del siglo pasado, el cual se consolidó bajo el nombre de “escuelas saludables”, nombre que en la actualidad cambió a la de “Escuelas Promotoras de la Salud”.

En este ámbito, la promoción de la salud, a largo plazo, favorece la adopción de estilos de vida y la transformación de los ambientes y, en consecuencia, se convierte en un “recurso para el desarrollo humano sostenible”¹²⁴

Aquí los principales acuerdos y compromisos se han dado entre los sectores de educación y salud, para quienes resulta llamativa la propuesta, por cuanto, en educación, se logra el compromiso de la comunidad educativa (docentes, estudiantes y padres de familia) como “actores sociales responsables de la educación”. Por su parte, el sector salud, se beneficia dado que encuentra un escenario propicio para el “cumplimiento de objetivos de educación para la salud” y “el incremento de la responsabilidad social por la salud en sectores diferentes al de la salud”¹²⁵

Un ejemplo de esta propuesta es el desarrollado por el Instituto PROINAPSA de la Universidad Industrial de Santander (UIS), entidad que desde 1985 ha venido trabajando en promoción de la salud en el ámbito escolar. En 2001 ya había publicado su tercera edición del libro “Hacia la construcción de escuelas saludables”, planteado como una guía dirigida a docentes y personal de la salud, la cual pretendía “brindar unas orientaciones” que permitieran y facilitaran “el trabajo de fomentar la salud desde el ámbito escolar”¹²⁶. En la actualidad se encuentra en fase de edición la cuarta versión del documento bajo el título “Guía de escuelas promotoras de la salud”(*) en la que se propone promover la salud a partir de una mayor articulación a la realidad y quehacer del ámbito escolar, de cada institución educativa, evitándose caer en el error común de hacer propuestas externas que, en última instancia, resultan imponiéndose.

¹²³ Ibid, p. 44, 45

¹²⁴ Ibid, p. 45

¹²⁵ Ibid, p. 45

¹²⁶ PROINAPSA. Hacia la construcción de escuelas saludables, Bucaramanga, 2001. p. 10

(*) PROINAPSA – UIS. Guía de escuelas promotoras de la salud. Bucaramanga, documento inédito, 2009

Este documento se dirige principalmente a dos poblaciones. Por un lado están las instituciones educativas y, por el otro lado, las de salud, las cuales, junto con otras instancias, según se requiera, deberán articularse para trabajar en pro de las necesidades y prioridades de la población escolar y del resto de la comunidad educativa. Para efectos prácticos me enfocaré, en el presente trabajo, en la propuesta dirigida a las instituciones educativas.

Promover la salud desde las instituciones educativas. Según PROINAPSA, promover la salud en y desde las instituciones educativas, requiere tomar como punto de partida el Proyecto Educativo Institucional (PEI) a partir del cual “se definen hechos concretos y reales” que orientan “metas y objetivos”. “El PEI debe responder a las particularidades de cada institución y su contexto” lo que lo hace dinámico, cambiante y mejorable, proceso en el que participan tanto “los directivos” como “las y los docentes, las y los escolares y las familias”. La dinámica del PEI se hace explícita en tres ámbitos específicos: la gestión institucional, la gestión de aula y la gestión de contexto.

En la **gestión institucional** se da significado a la fundamentación y conceptualización que orientan el camino de la institución educativa en términos de la educación, de la calidad de la misma, del perfil de estudiantes y docentes, de sus políticas y principios institucionales. Desde este ámbito se gestan los planes de mejoramiento y los procesos de evaluación institucional.

“**El aula** es el espacio donde se conectan los conocimientos y la ciencia con la realidad y con la cotidianidad de las y los escolares” por lo que desde la gestión de aula se pretende mejorar la labor pedagógica del docente, de tal manera que en la medida que se definen enfoques pedagógicos según lineamientos establecidos, estos se articulan, de manera coherente, a la realidad o contexto.

Así mismo, la **gestión de contexto** hace referencia a la articulación a establecer con otras entidades, familias, organizaciones, etc., necesaria para favorecer los objetivos de la institución educativa, así como a la posibilidad de enriquecimiento del aprendizaje que ofrece el contexto, estableciéndose aquí un punto de encuentro con la gestión de aula.

La propuesta de promover la salud que aquí se hace tiene en cuenta, de manera integral, esta dinámica. Así, la promoción de la salud, ha de vivenciarse en cada ámbito, como un proceso propio de la institución educativa. Consecuentemente, PROINAPSA – UIS, sugiere una ruta a seguir:

Como un primer paso, se propone conformar un equipo motor o fortalecer uno ya existente en la institución educativa, que se encargue de integrar la promoción de la salud al PEI. Sus principales funciones se centran, entre otras, en la gestión de la “construcción de políticas escolares saludables, la redefinición de los contenidos curriculares acorde a las situaciones de salud presentes en la institución

educativa, la promoción de ambientes escolares propicios para la salud en lo físico, pero también en el ambiente relacional que se vive en la escuela y en el aula”, así como en favorecer las relaciones “con el contexto y... la participación social, institucional y comunitaria a favor del desarrollo de las y los escolares”. Este equipo debe estar conformado principalmente por directivos, docentes, estudiantes y familias, aunque también “pueden participar entidades externas” responsables de “la salud y la vida de los escolares”.

En un segundo momento se sugiere al equipo motor, hacer una revisión de la conceptualización y fundamentación teórica del PEI y reflexión en torno al significado de formación integral y promoción de la salud. Aquí se busca que, a partir de una dinámica de conversación en la que se “intercambien ideas, creencias, mitos, conceptos y representaciones”, se llegue a reconocer qué puntos de encuentro y/o de diferencia hay entre los conceptos personales, los de los demás y los de la institución educativa, con el fin de, finalmente, “lograr dar significado a la promoción de la salud” de tal manera que se visualice claramente, en una reconceptualización de la formación integral, construida conjuntamente.

En tercera instancia, se plantea al equipo motor, adaptando los modelos de evaluación institucional existentes, hacer una evaluación inicial desde el enfoque de promoción de la salud, con el fin de identificar los aspectos a fortalecer, mejorar o iniciar en los ámbitos: institucional, de aula y de contexto.

A partir de estos elementos, se espera desarrollar, en un cuarto paso, “un plan de mejoramiento que incluya aspectos relacionados con la promoción de la salud” de la comunidad educativa, acorde a las siguientes indicaciones:

En Gestión Institucional.

- ✓ El establecimiento, en el marco de las políticas educativas del PEI, “de una política institucional que defina como norma el trabajo continuo en favor de la salud integral y de la promoción de la salud”. La construcción y divulgación de estas políticas debe ser participativa. Para ello se puede contar con mecanismos ya existentes en la institución educativa, como son los pactos de convivencia que están “orientados a favorecer la sana convivencia, creando espacios para vivenciar la igualdad y la fraternidad entre las personas como algo natural y corriente”. En ellos “se promueve el respeto por los derechos humanos y se construyen mecanismos de participación para que las decisiones se tomen en conjunto”. En los pactos de convivencia se define, de manera concertada, “las normas y estrategias para aplicar los estímulos y correctivos necesarios con el fin de aportar a los procesos de formación integral”
- ✓ A partir del análisis de las condiciones de salud integral, tanto de escolares como de docentes y de las instituciones educativas, se pretende determinar “la

situación a intervenir” o procesos por fortalecer, mediante el abordaje de los cinco ejes de la promoción de la salud adaptados al ámbito escolar. Este ejercicio debe ser participativo de tal manera que haya representatividad de toda la comunidad educativa (directivos, docentes, escolares y familias).

- ✓ Se espera que, con este insumo, la institución educativa proponga progresivamente, según prioridades, proyectos integrales que respondan a la situación encontrada y los articulen al plan de mejoramiento institucional, de tal manera que en él se reflejen “los resultados estratégicos, las metas y las actividades a desarrollar desde lo institucional, el aula y el contexto”. Así mismo, que definan un sistema de evaluación y seguimiento de este proceso. PROINAPSA considera, como componentes claves a incluir en estos proyectos, los siguientes:
 - Vincular a los docentes en un proceso continuo de formación en los que se propicien “cambios a favor de la salud” de tal manera “que los conocimientos adquiridos se traduzcan en acciones concretas, en cambios en el pensar, sentir y actuar frente a la salud”
 - “La institución educativa es un espacio donde se vivencia lo saludable” por lo que uno de sus objetivos ha de ser la salud de quienes allí trabajan (directivos, docentes...). Esto implica que se debe “considerar la salud de los trabajadores en las políticas institucionales”, así como “identificar temprano los riesgos a los cuales están expuestos... y crear programas y acciones integrales encaminadas a promover la salud”
 - Mediante mecanismos participativos, se propone que la comunidad educativa genere un ambiente escolar, tanto físico como relacional y ecológico, favorables para la salud. En cuanto al ambiente físico, se requiere concertar con las entidades pertinentes, la verificación de las normas vigentes de “construcción y diseño de los ambientes escolares”. En términos del ambiente relacional, se sugiere la creación de espacios de “comunicación abierta y espontánea” en los que se propicie la conversación alrededor de situaciones propias de “las interacciones humanas”, permitiendo “que cada cual reconozca los propios recursos y capacidades para afrontar los problemas oportunamente y generar confianza”. En lo que respecta al ambiente ecológico, “se sugiere que desde la promoción de la salud se supere la visión antropocéntrica y se fomente una visión integradora del ser humano como integrante del sistema ecológico” en el desarrollo de proyectos ambientales propios de las instituciones educativas.

En Gestión de Aula. En términos de promoción de la salud se pretende:

- ✓ Favorecer el cuidado de la salud mediante la “adopción de enfoques pedagógicos” que fomenten en niñas y niños la capacidad de afrontar las

situaciones de la vida cotidiana mediante “el desarrollo y fortalecimiento de habilidades psicosociales”¹²⁷, así como “facilitar las conexiones entre los aspectos de la vida cotidiana” propia del contexto y demás espacios diferentes al aula en el “proceso de enseñanza aprendizaje”. Se requiere por tanto que las y los docentes reconozcan en los estudiantes, su capacidad para construir “su propio proyecto de vida” e “interactuar con otros en búsqueda de soluciones que los beneficien a sí mismos, a los demás y a su entorno”.

- ✓ Con el enfoque de promoción de la salud, se propone que se integren al currículo los problemas de salud identificados por la comunidad educativa, para lo cual se sugiere, en primera instancia, “explorar y conversar sobre aquellos conocimientos previos, actitudes y prácticas” en torno a las situaciones de salud identificadas. Análisis en el que además se han de tener en cuenta “los mitos, creencias, imaginarios...” propios de la cotidianidad vivida. En segunda instancia, esta exploración será el insumo para elaborar, de manera concertada, “una matriz pedagógica en temas específicos de salud” que responda a las “necesidades y posibilidades reales en cada institución educativa” y que, a la vez, sea coherente con los estándares básicos de competencias normados vigentemente¹²⁸

En Gestión de Contexto. Garantizar la salud integral de las y los escolares implica la participación y compromiso tanto de la institución educativa como de las familias de los escolares y de los sectores necesarios, así como de la acción social. Se requiere por tanto, de la creación de “alianzas intersectoriales, interinstitucionales y comunitarias” incluidas las familias, para lo cual es necesario primero, identificar aquellos aspectos críticos de salud que ameritan el apoyo externo, y los “sectores e instituciones claves” que pueden apoyar la solución de los mismos. Luego se propone gestionar, coordinar y hacer seguimiento a las propuestas de solución e integrar a “la comunidad, los sectores y las instituciones del contexto, como miembros activos en la promoción de la salud desde el ámbito escolar”.

Finalmente, PROINAPSA propone a la institución educativa, que desde el enfoque de promoción de la salud, se revisen los logros esperados en el plan de mejoramiento, en el marco de la evaluación institucional periódica ya establecida.

¹²⁷ La Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1993, propuso diez habilidades psicosociales como herramientas para afrontar las situaciones cotidianas de la vida. Estas son: conocimiento de sí mismo, empatía, comunicación asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos y manejo de tensiones y estrés.

¹²⁸ El ministerio de educación de Colombia estableció unos estándares básicos “que permiten evaluar los niveles de desarrollo de las competencias que van alcanzando los y las estudiantes en el transcurrir de su vida escolar” en las diferentes áreas del currículo y del conocimiento” (Ministerio de Educación Nacional. Estándares básicos de competencias. Bogotá, 2006. Pág. 12)

La idea es que se definan indicadores de evaluación tanto de proceso (miden la ejecución de las acciones) como de resultado (determinan la eficiencia de dichas acciones). Esta evaluación enriquece el plan de mejoramiento que anualmente se hace.

4. UNA LINGUA FRANCA ENTRE BIOÉTICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Tratar de establecer una lengua común entre bioética y promoción de la salud, en términos de opciones para el cuidado y posibilitamiento de la vida, amerita, en primera instancia, el establecimiento de un objetivo común entre estos dos campos, cual es la vida misma, vida que se hace factible en la medida del cuidado y de las posibilidades para la salud concebida como humana y no humana, como global (del planeta).

Así las cosas, dos conceptos son centrales en este propósito: me refiero a la comprensión de la salud y de la vida, como punto de partida en el establecimiento de una lengua franca entre bioética y promoción de la salud, a propósito de su objetivo común.

Empecemos entonces, por hablar de la vida. Apoyada en la revisión teórica hecha previamente, considero que estos dos campos han de asumir la vida como no exclusivamente humana. En términos no antropocéntricos, me refiero a la vida global de nuestro planeta, pues, como afirma Escobar Triana, el ser humano ha de concebirse, desde una mirada biocéntrica, “unido al entorno natural y a todas las formas de vida y como parte constitutiva de la naturaleza”¹²⁹.

Al concebir la vida como global se hace imperativo entender lo que sucede en el proceso mismo de vivir, me refiero a las relaciones e interconexiones que hacen posible la vida. En efecto, los organismos y, a mayor escala, los sistemas vivos deben abordarse como un conjunto de regiones que se entretajan de manera compleja, regiones o sí mismos que constituyen su propia identidad, capaces de dar origen a un organismo, a un sistema, en la medida de sus interacciones. Estos procesos son viables en una cooperación y coherencia global no centralizada ni jerarquizada. No hay un centro que comande todo el sistema de manera lineal o causal. Es la emergencia de la vida, producto de estas interacciones, la que la hace posible, la que la garantiza. Precisamente, estas relaciones emergentes posibilitan la diversidad de la vida, diversidad que se manifiesta en los diferentes grados de vida, en múltiples órdenes temporales producto de sus múltiples interacciones. Ella (la diversidad) es el fundamento de la vida misma.

Por otra parte la vida no es concebible sin la relación de interdependencia con la no vida (con su medio ambiente). Vida y no vida se posibilitan mutuamente. En términos de Varela “un sistema viviente se estructura a sí mismo como una entidad distinta a su medio ambiente mediante un proceso que genera, a través de este mismo proceso, un mundo adecuado para él [...] Una cosa no puede existir sin la otra y cada una adquiere sus propiedades de su relación con la otra, y las

¹²⁹ ESCOBAR Triana, Jaime. Comprensión sistémica de la salud y calidad de vida. En: bioética y calidad de vida. Colección Bios y Ethos No. 15. Bogotá: Universidad El Bosque, 2000. Pag. 57

propiedades de ambas se desarrollan como consecuencia de sus interacciones¹³⁰. Esta es una relación de coevolución en la que prima la contingencia que hace probables los fenómenos propios de la vida. Así como la vida se da en medio de una relación coevolutiva, ella también se caracteriza por relaciones que operan lejos del equilibrio pero que tienden a él; en este sentido, los sistemas y organismos, en la medida que tienden al equilibrio a partir de procesos de autoorganización, también mantienen una apertura hacia su medio ambiente, hacia su espacio de vida.

En el contexto de la sociedad civil, la vida habrá que entenderse en términos de las relaciones propias de sus integrantes, como un fenómeno emergente de posibilidades para la vida de los individuos y colectivos, de la sociedad y del planeta en general. En consecuencia, la sociedad civil es asumida como un sistema vivo delimitado en sí mismo y a la vez con apertura a su entorno natural, social, cultural... Todas estas relaciones, tanto internas como con el entorno, se suceden en medio de la diversidad y la pluralidad y producen, al mismo tiempo, más diversidad y más pluralidad. En esto va la complejidad de la vida.

Se rechaza de manera contundente, la idea de la vida en general, y con ella de la vida de la sociedad civil, como un fenómeno lineal, estructuralista y funcionalista que actúa a partir de normas, leyes o cánones predeterminados, o como diría Engelhardt, de una moralidad canónica dotada de contenido. Se rechaza la idea de la vida de la sociedad civil en función del Estado para quien la vida, dice Atuesta¹³¹, tiene importancia e invierte en ella en la medida de la producción y del lucro que ésta pueda generar. La vida se define y se dice de manera intrínseca desde ella misma en la medida que las posibilidades de vivir son inherentes a sus múltiples interacciones, por cuanto el espacio de la vida coincide con el espacio de la sociedad civil y no con el del Estado.

Corresponde a la bioética y a la promoción de la salud fundamentarse también en un concepto holista y biocéntrico de la salud. La salud no se puede pensar separadamente de la vida, pues la salud se manifiesta como un proceso dinámico de relaciones e interacciones entre las diferentes formas de vida, entre los individuos (humanos y no humanos) y el entorno o medio ambiente, proceso que tiende al equilibrio.

En términos del cuidado de la salud como posibilidades para la vida global, se requiere entender que la salud se puede afectar o favorecer desde áreas ya mencionadas por Maldonado y citadas previamente, como son la ecología, los derechos humanos y la salubridad humana y del planeta.

¹³⁰ VARELA, Francisco. *El Fenómeno de la Vida*. 2ª Edición, Santiago de Chile: Dolmen ediciones, 2002. Pág. 77

¹³¹ ATUESTA GARCÍA, Delio. *Gestión de riesgo y cuidado de sí*. Tesis de Magíster, Bogotá: Universidad de Los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo, 2008. p. 23

Desde la ecología la preocupación por la salud se revela de cara al futuro, pues el abuso, apropiación y devastación de la naturaleza por parte de la especie humana, contribuyen de manera definitiva a la puesta en riesgo y en peligro de las posibilidades de la vida futura. De hecho, el planeta se encuentra enfermo a causa del daño humano a la naturaleza.

Hablar del derecho a la salud¹³² en el marco del cuidado de la vida, implica la transversalidad del concepto de salud en el conjunto de los derechos humanos individuales, los sociales, económicos y culturales y los colectivos y universales, también llamados de primera, segunda y tercera generación, respectivamente; pues la salud en términos de bienestar, de calidad y dignidad de la vida, se beneficia en la medida que se favorecen todos los derechos, incluido obviamente, el reconocimiento al acceso a los servicios de salud cuando ésta se ha perdido o está en riesgo de perderse. Por el contrario, la violación de los derechos humanos afecta la salud y la calidad de vida, en fin, como dice Maldonado en cita previa, afecta la vida misma de individuos y colectividades, alcanzando incluso a “sociedades y culturas completas”.

Los derechos humanos deben ser para la bioética y para la promoción de la salud, más que una preocupación jurídica, un marco ético que oriente la responsabilidad que tenemos en el cuidado y posibilitamiento de la vida, y que, en medio de la diversidad y la pluralidad, plantee y acoja un mundo común para todos, un mundo que además se entienda en la medida de sus relaciones e interdependencias entre la vida humana, no humana y el entorno.

En lo referente al área de la salubridad humana y del planeta, los riesgos o peligros para la salud se dan a partir, tanto de la improvisación como de la determinación deliberada de políticas, planes, propuestas, programas, “tácticas y estrategias”. Estos riesgos también pueden estar relacionados con fenómenos imprevisibles, aleatorios o producto del azar.

Corresponde a la bioética y a la promoción de la salud asumir que no existe un canon o un contenido definido para afrontar estos problemas o retos, que en este propósito se requiere reconocer y acoger la diversidad de opciones en espacios intersectoriales, interdisciplinarios, pluralistas y globalizantes, donde la reflexión, la confrontación, el disenso y el consenso, permitan orientar la mayor cantidad posible de acciones y posibilidades que efectivamente se puedan implementar en un contexto de interrelaciones e interdependencias entre la vida humana, la no humana y el medio ambiente. De esta manera se ofrece, una oportunidad a las

¹³² La referencia al derecho de la salud que aquí se hace, no es en términos del reconocimiento de servicios de salud para prevenir o atender la enfermedad. Hablar del derecho a la salud parte de un concepto holista y biocéntrico de salud, en el sentido que, por una parte, está determinada por múltiples interacciones e interdependencias y, por la otra, que esas interdependencias se dan entre las diversas formas y niveles de vida y de ésta con la no vida, con su entorno.

fuerzas sociales y políticas, de definir e implementar las mejores y variadas posibilidades para la salud y la vida.

También es necesario, en el campo de la salud humana, contemplar a la salud como un problema de la sociedad civil, de los colectivos y de los individuos, a partir de sus propias necesidades, y no en función de las necesidades del Estado, cuyo propósito es el de promover el desarrollo humano con fines de producción y consumo, de lucro, y no con fin en la salud y la vida sin más.

4.1. PUNTOS DE ENCUENTRO PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y LA VIDA, EN EL ÁMBITO DE LOS CINCO COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Fundamentada en un concepto de salud como “dependiente de factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente y biológicos”, la promoción de la salud plantea la necesidad de articular cinco grandes áreas a fin de favorecer integralmente la salud humana. Con soporte en el desarrollo previo de los conceptos de salud y vida, intento a continuación, presentar algunos puntos de encuentro, un lenguaje común entre bioética y promoción de la salud, a fin de favorecer la salud y la vida, en el marco de las cinco áreas en mención:

4.1.1. En construcción de políticas públicas saludables (PPS). Desde promoción de la salud, lo que se pretende con la formulación de PPS, es llevar a los decisores de políticas públicas, los problemas sociales prioritarios, en el marco de una salud determinada por múltiples factores.

La formulación PPS deberá orientarse a partir de un fundamento ético sustentado en los derechos humanos, en el que se promueva la reflexión frente a la responsabilidad que tenemos en el cuidado y posibilidades para la salud y la vida, reflexiones a partir de las cuales se puedan definir los mecanismos políticos y jurídicos necesarios.

En términos de derechos humanos, muchos de los problemas que afectan la salud y la vida se circunscriben a problemas de justicia social y de equidad, preocupación que ha de ser común tanto para la bioética como para la promoción de la salud a quienes corresponde, en contextos globalizantes, plurales, interdisciplinarios e intersectoriales, propiciar la investigación, la reflexión, el debate, el disenso y el consenso, con el propósito de orientar las PPS a favor de la salud y la vida.

En este ámbito hay que hacer varios reconocimientos: por una parte están las limitaciones del sector sanitario incapaz de resolver o modificar los determinantes de la salud, por cuanto las PPS han de definirse desde la intersectorialidad. En segunda instancia se debe dejar claro que no corresponde a la bioética definir las

PPS, su papel se circunscribe a la garantía de espacios reflexivos, de discusión, en los que, a partir de múltiples posiciones o puntos de vista, disensos y consensos, se ofrezca a los tomadores de decisiones (a las fuerzas sociopolíticas), la oportunidad de definir tantas opciones como sean imaginables y aplicables, las cuales se han de traducir en PPS.

El tercer y más importante reconocimiento es que, en el marco de una democracia participativa, es imperativo abogar por la creación de una cultura política que se posibilite en la sociedad civil, a quien corresponde participar en la toma de decisiones que puedan afectar la salud y la vida de individuos y colectividades, acorde a sus propios problemas. En este sentido, el punto de partida para la formulación de PPS, será la misma sociedad civil, los colectivos, quienes han de participar en este proceso, con su diversidad y su pluralidad, a partir de sus necesidades y sus prioridades como orientadoras de dichas políticas. Las PPS se definen en función de la salud y la vida de la sociedad civil y no en función de los propósitos del Estado.

Estos argumentos han de ser adoptados por la bioética y por la promoción de la salud como un punto de encuentro, entre otros, a fin de propiciar opciones para el cuidado de la salud y, por consiguiente, de la vida.

4.1.2. En creación de entornos favorables a la promoción de la salud. En la creación de entornos favorables a la promoción de la salud, el principal punto de partida, para promoción de la salud, es la formulación e implementación de PPS, por lo que los reconocimientos ya esbozados a ser considerados por la bioética y por la promoción de la salud, han de tenerse en cuenta en esta área.

Igualmente será fundamental sustentarse, con especial determinación, en una concepción biocéntrica de la salud y la vida, de la cual se presentó una construcción al inicio del presente capítulo.

En este sentido, asumir de manera biocéntrica el favorecimiento de entornos saludables, implica asumir la diversidad de los mismos, pues, por una parte, los entornos se dicen en términos ambientales, sociales, culturales y físicos, entre otros, y por la otra, cada una de estas formas se constituye en la medida de sus múltiples y diversas interacciones e interdependencias.

De manera más específica, me interesa esbozar algunas precisiones:

En lo que a entornos ambientales (naturales) respecta, es inconcebible pensar la vida sin la relación e interdependencia con la no vida, estas dos, vida y no vida, se posibilitan mutuamente. La responsabilidad humana es el cuidado de la vida (humana y no humana) y de la no vida (entorno o espacio de vida), con fin en la vida misma, y no con fin único, en la garantía de la vida humana.

Frente a los entornos sociales y culturales, habrá que tener en cuenta que el fundamento de la sociedad civil es la diversidad de sus relaciones e interdependencias, las cuales emergen a partir de sus propios problemas. Cuidar los entornos sociales y culturales implica el fortalecimiento de la cohesión social y la cooperación a partir de problemas comunes, en medio de la diversidad y la pluralidad de la sociedad civil, de su cultura, sus tradiciones, su historia, sus valores, etc.

La idea del favorecimiento de los entornos físicos ha de responder a necesidades o problemas reales que tengan los colectivos sociales, en términos de la salud ambiental (agua potable, saneamiento básico...) y de infraestructura (espacios lúdicos, culturales, etc.).

En la medida de la garantía de más y mejores entornos favorables para la salud, de manera emergente, más y mejores opciones para la vida se hacen posibles.

En general, se sugiere que bajo esta orientación, bioética y promoción de la salud, de manera articulada, generen todos los espacios posibles que iluminen la construcción de entornos saludables, como una opción para el cuidado y posibilitamiento de la vida.

4.1.3. En fortalecimiento de la acción comunitaria. Para la promoción de la salud su esencia y punto de partida es la participación comunitaria en la definición de prioridades, decisiones y elaboración e implementación de estrategias a favor de mejores niveles de salud, a partir de problemas de cada comunidad, lo que demanda el respeto de su cultura y su historia; procesos que ameritan un reconocimiento de los derechos sociales de las personas y mecanismos de diálogo, concertación y negociación.

Este es un buen comienzo tanto para la bioética como para la promoción de la salud en su propósito común. Sin embargo, considero necesario ampliar esta mirada en términos de la sociedad civil, como un espacio para el cuidado de la vida que se hace posible en la medida del cuidado de la salud.

Un primer reconocimiento es la diversidad y pluralidad de la sociedad civil en la que, como ya se manifestó, convergen múltiples y diversas tradiciones, costumbres, orientaciones éticas, creencias, historias, formas de pensar y actuar, etc., cuya complejidad se manifiesta en las relaciones de interdependencia que, en este marco de diversidad y pluralidad, se establecen; relaciones que hacen posible la emergencia de la vida en sociedad.

Desde la promoción de la salud, en términos de participación comunitaria, los problemas de salud no se circunscriben al área de la salubridad, sino de manera más amplia a los diferentes problemas y prioridades propios de cada comunidad, problemas que afectan la salud y la vida de la misma.

Sucede que muchos de estos problemas, aunque competen a los individuos, no pueden ser pensados, comprendidos ni resueltos de manera individual y aislada. Se hace explícita entonces, la necesidad de entender que estos son problemas de racionalidad y acción colectiva, cuyo objetivo es la configuración de una colectividad a partir de sus problemas, frente a los cuales actúa como una unidad de acción. En este ámbito emerge la cooperación y la cohesión social.

La cooperación se hace explícita en la medida de la convergencia de tantas decisiones y acciones como quepa tener en cuenta en la solución de dichos problemas. Así mismo, la cohesión social se va configurando según el “surplus” que se posibilite a partir de la acción colectiva.

Con todo esto, se reitera aquí el rechazo al entendimiento de la sociedad civil y de sus relaciones como fenómenos lineales o causales, cuyo funcionamiento se da a partir de normas o cánones determinados, así como también, se rechaza el entendimiento de la sociedad civil en función de sus organizaciones o del Estado.

4.1.4. En desarrollo de aptitudes personales. Aquí, el objetivo de la promoción de la salud, es el de promover el desarrollo de estilos de vida saludables en términos de comportamientos, actitudes y prácticas que han de fomentarse en las personas mediante el ofrecimiento de información y educación sanitaria y de la adopción de mecanismos de autocuidado, autogestión y comunicación.

Sin embargo, algunos defensores de la promoción de la salud, como Restrepo citada anteriormente en este trabajo, consideran que los procesos educativos, antes que persuadir a individuos y grupos hacia un cambio en su conducta, deberán promover la autonomía en la decisión de cambiar a partir del análisis de sus actitudes y comportamientos. La idea es que los individuos se empoderen y adopten habilidades que le permitan tomar el control de su propia vida.

Evidentemente, se percibe en el campo de la promoción de la salud una tensión entre dos posiciones: el deber hacer y el deber ser.

En la primera posición (definida en la carta de Ottawa) hay una tendencia a plantear la adopción de estilos de vida saludables con fundamento en el deber hacer, según indicaciones preestablecidas, de parámetros determinados y definidos desde el sector sanitario.

En oposición a esta mirada, y tomando como punto de partida la segunda postura enunciada, se propone a la bioética y a la promoción de la salud, el fortalecimiento de un planteamiento ético diferente en el sentido de cómo se debe vivir y **no** de cómo se puede vivir. Al fundamentarse en la idea del cómo se puede vivir, lo que se propone es una doctrina dotada de contenido que indica como actuar. Por el contrario, al hablar de **cómo se debe vivir**, lo que se revela, como dice

Maldonado en cita previa, es una actitud ética que actúa como una fuerza moral que impide al ser humano acoger situaciones que lo rebajen en su dignidad.

Cada ser humano ha de tomar en sus manos el cuidado de su propia vida, no como una forma de actuar en el marco del deber hacer como una necesidad egocéntrica de buscar aprobación, reconocimiento y autoevaluación. Como dice Varela en cita anterior, el cuidado de la vida debe surgir de manera espontánea a partir de la corporeización de la experiencia, el sentimiento y el conocimiento de la misma; corporeización que se logra mediante prácticas que fortalecen el ser y que se van constituyendo en acciones que se consideren correctas y que se pueden extender a diversas situaciones de manera espontánea. Estas prácticas se vivencian en la experiencia cotidiana de tal manera que, progresivamente, va surgiendo la cordialidad y la compasión hacia el resto del mundo.

Ratifico que hablar del cuidado de la vida también es, con Atuesta según cita previa, hablar del cuidado de sí, cuidado que ha de trascender a la permanente construcción y reconfiguración del ser, a la creación de sí mismos, a las decisiones que se tomen frente a estilos o formas de vida. La vida de cada individuo está en sus manos.

No se desconoce aquí la necesidad de abordar algunas temáticas en torno al cuidado de la salud. Lo que si se reitera es que estas sean tenidas en cuenta a partir de las necesidades de los individuos y colectivos mas no de las necesidades de las instituciones o del Estado. Si embargo, se aclara que no se trata de abordar los temas como un conjunto de parámetros o protocolos a seguir. Lo importante es que partiendo de las reflexiones, vivencias y saberes en torno al tema, cada uno defina la manera y la medida en que adoptara cambios. Se requiere por tanto establecer unas prácticas que permitan ir corporeizando ese aprendizaje, esa construcción, ese deseo de manera que el comportamiento, la acción, el hábito, surja espontáneamente.

Esta posición no es contraria u opuesta a la responsabilidad que tiene el Estado en el cuidado de la salud. Precisamente, al respecto ha venido surgiendo una crítica que también debe ser considerada tanto por la bioética como por la promoción de la salud. Esta crítica hace referencia a la tendencia de dar mayor peso al desarrollo de aptitudes personales en el contexto de las áreas o componentes de la promoción de la salud, dejando en las manos de las personas una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud y minimizando la responsabilidad del Estado, aspecto que en muchas ocasiones se traduce en problemas de inequidad e injusticia social.

4.1.5. Reorientación de los servicios de salud. Desde promoción de la salud, la reorientación de los servicios de salud hace referencia al reconocimiento y adopción de acciones promocionales y preventivas en los servicios de salud acorde a las necesidades y cultura de individuos y comunidades, así como en el

establecimiento de canales de comunicación entre los sectores que sea necesario convocar.

Considero que corresponde a la bioética y a la promoción de la salud, sustentar dicha reorientación, no solo en las necesidades y prioridades de los individuos y colectivos. Además es absolutamente necesario partir de un concepto holista y biocéntrico de la salud, en los términos ya desarrollados.

A partir de esta concepción de la salud como holística y biocéntrica, se ha de considerar el reconocimiento de las limitaciones que el sector sanitario tiene, en términos del abordaje requerido para resolver o cambiar todos los determinantes de la salud, o con Aristizabal, según cita previa, para eliminar las inequidades que tanto la afectan. La admisión de estas limitaciones pone en evidencia la necesidad ineluctable de acoger, fomentar y fortalecer la intersectorialidad, la interinstitucionalidad y la pluridisciplinariedad así como la participación de la sociedad civil, en espacios abiertos y plurales de reflexión, investigación, debate y confrontación con el fin de orientar las decisiones en términos de todas las posibles opciones que quepa implementar en la solución de una problemática particular.

Una preocupación más para la bioética y la promoción de la salud en este componente, es la persistencia de las inequidades en la prestación de los servicios de salud. Aquí, las reflexiones, deliberaciones y opciones, han de darse con fundamento en principios de gratuidad y vinculación, así como en la cobertura de las necesidades propias de la sociedad civil, de las colectividades y en menor escala de los individuos.

Se reitera que la tarea de la bioética no está en la definición ni la ejecución de las acciones u opciones, sino en la garantía de todos los espacios posibles, en los que en medio de la diversidad y la pluralidad, se propicien las confrontaciones, los disensos y los consensos, etc., que sirvan de orientación y fundamento a quienes corresponde decidir y actuar.

A manera de conclusión de este capítulo, considero que en los términos planteados, se constituye una lingua franca entre bioética y promoción de la salud a partir de la cual se establece una opción para la comprensión y el cuidado de la vida.

5. EL CUIDADO DE LA VIDA EN EL ÁMBITO ESCOLAR: UNA OPCIÓN DESDE LA BIOÉTICA Y LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para proponer el cuidado de la vida en el ámbito escolar a partir de la bioética y la promoción de la salud se precisa partir del concepto de salud y vida abordados en el capítulo anterior, así como concebir la escuela, no en términos de su estructura física, sino de la comunidad educativa que la integra, en permanente relación de interdependencia con su entorno, como un sistema dinámico vivo. En este sentido, la escuela se dice en función de sí misma y no en función del Estado como un objeto para el cumplimiento de sus objetivos y metas. Definir la escuela en función del Estado sería como reducirla a una comprensión lineal de la misma, una comprensión en términos funcionalistas y estructuralistas, contexto en el que los integrantes de la comunidad educativa actuarían a partir de parámetros predeterminados y sustentados en reglas que cumplir, donde se requiere una uniformidad ajustada a la normalidad, a las leyes. En la medida que todo está determinado, aquí no hay construcción de vida, de vida civil en el ámbito escolar. Interpreto la escuela en función del Estado como la negación a la comunidad educativa de su propio razonamiento, de sus propias decisiones, como la negación de construir su propia vida, tanto como individuos o como colectividad; como la negación del establecimiento de relaciones e interconexiones en medio de la diversidad, de la pluralidad, que es precisamente el fundamento de la vida en su posibilidad, como un fenómeno emergente.

Se hace imprescindible entender la escuela de manera intrínseca, en función de ella misma, de las relaciones que se establecen entre sus integrantes, como un fenómeno emergente de posibilidades para la salud y la vida, como un sistema o un organismo delimitado en sí mismo y a la vez abierto en sus relaciones con el entorno, en el que sus partes o componentes son esenciales en la medida de las relaciones e interconexiones que establecen pues, es a partir de estas relaciones e interconexiones que se manifiesta el todo como mayor a la suma de sus partes. Así las cosas, es posible hablar de la escuela como un espacio de vida, de vida saludable.

En estos términos, al proponer el cuidado de la salud y de la vida en el ámbito escolar, desde la bioética y la promoción de la salud, habrá que empezar por reconocer las dinámicas propias de la escuela; dinámicas que se articulan en el proyecto educativo institucional (PEI) y que se hacen explícitas en los ámbitos de gestión institucional, de aula y de contexto, según se indicó previamente. En esta medida, como refiere PROINAPSA – UIS, la promoción de la salud debe vivenciarse como un proceso propio de la institución educativa.

Bajo esta apreciación, PROINAPSA-UIS, propone una ruta para la implementación de la promoción de la salud según se detalló en el capítulo III del presente trabajo.

El primer paso es la conformación o fortalecimiento de un equipo motor, integrado principalmente por directivos, docentes, estudiantes y familias, que se encarguen de incorporar la promoción de la salud en el PEI.

Desde el enfoque bioético, este equipo ha de ser un escenario pluralista caracterizado por acoger la diversidad de sus integrantes en términos de sus creencias, sus tradiciones, su cultura, su historia, sus concepciones, sus capacidades, etc., y por fomentar el diálogo, la reflexión, el debate, el disenso, la confrontación, y a partir de estos procesos, desplegar todas las posibles opciones y todas las posibles formas de implementarlas, logrando consensos, a fin de resolver los problemas de salud que afectan la escuela en el marco de sus dinámicas.

El segundo paso es la construcción de una fundamentación teórica por parte del equipo motor, alrededor de conceptos como la formación integral y la promoción de la salud, a partir de procesos reflexivos y participativos, buscando, en medio de la diversidad de sus integrantes, una conceptualización conjunta.

En este momento, teniendo en cuenta que el cuidado de la salud y de la vida en el ámbito escolar es el objetivo común para la bioética y la promoción de la salud, se hace necesario un redireccionamiento o fortalecimiento de los fundamentos que orientan dicho cuidado, hablo específicamente de los conceptos de salud y de vida desde un enfoque bioético, de lo que significa su estudio, su cuidado y sus posibilidades.

También se propone al equipo motor en un tercer momento, evaluar al inicio del proceso, en términos de promoción de la salud, los aspectos a mejorar, fortalecer o iniciar en los ámbitos: institucional, de aula y de contexto.

Acorde al objetivo común entre bioética y promoción de la salud, el fortalecimiento que aquí se propone corresponde a definir, desde la experiencia, la vivencia e historia de la escuela, las situaciones o problemas que afectan la salud y la vida en sus diferentes ámbitos.

Por último, PROINAPSA – UIS sugiere que, a partir de los pasos dados, se elabore un plan de mejoramiento en el que se integre la promoción de la salud, incluyendo acciones en los tres ámbitos del PEI.

Desde bioética la definición de este plan deberá emerger en medio de la dinámica propuesta para el equipo motor a la cual se hizo referencia en el primer paso, en términos del reconocimiento y acogida de la diversidad y pluralidad a fin de favorecer todas las opciones posibles.

A continuación se presentan las indicaciones que hace PROINAPSA – UIS en la elaboración del plan de mejoramiento y las propuestas que desde bioética se sugieren para favorecer el cuidado de la salud y la vida.

En Gestión Institucional, PROINAPSA – UIS apunta a empezar por establecer, de manera concertada, “una política institucional que defina como norma el trabajo continuo a favor de la salud integral y de la promoción de la salud” utilizando mecanismos ya existentes como los pactos de convivencia en los que se plasman “normas y estrategias para aplicar los estímulos y correctivos necesarios” que favorezcan la gestión de la salud.

Desde la bioética se precisa un redireccionamiento en la formulación de las políticas, pues aquí se percibe una fundamentación en una ética del deber hacer que contradice la posición definida en este trabajo en términos de que los organismos y sistemas vivos se autodefinen en función de sí mismos, de manera no lineal, a partir de sus diversas interacciones y no a partir de normas y estrategias que estimulen el actuar. La reorientación propuesta, con autores citados previamente como Maldonado, Varela y Atuesta, se dirige a una ética del **deber ser**, del cuidado de sí, a partir de la cual se propongan, en lugar de reglas, prácticas de cada individuo y de la comunidad educativa “sobre su cuerpo, sus pensamientos, sus conductas y su entorno”, las cuales se van corporeizando progresivamente, constituyéndose en acciones consideradas correctas que emergen de manera espontánea, lográndose así, reales transformaciones de sí mismos. Estas prácticas han de definirse a partir de las vivencias, experiencias, cultura y saberes de la comunidad educativa y de sus integrantes. Cabe aclarar aquí, que no se trata de la negación al establecimiento de reglas, de hecho se requieren reglas mínimas que les permita fluir en ambientes de convivencia, reglas impregnadas de sabiduría en términos, no de estímulos, premios y castigos, sino del abandono o desprendimiento de los actos egoístas para acercarse progresivamente hacia una actitud más compasiva hacia los demás.

Así mismo, PROINAPSA – UIS recomienda continuar con un ejercicio participativo y representativo de los diversos integrantes de la comunidad educativa en el que se determine la situación de salud a intervenir o proceso a fortalecer desde los cinco ejes de la promoción de la salud y, con este insumo, se definan progresivamente, según prioridades, proyectos integrales que se articulen al plan de mejoramiento en los que se consideren: procesos continuos de formación a docentes en busca de acciones y cambios a favor de la salud, formulación de políticas que incidan en el cuidado de la salud de quienes allí laboran y definir acciones para la construcción de ambientes favorables a la salud.

Desde bioética se insiste, como primera medida, en el fortalecimiento de los procesos participativos y plurales en los que converjan tanto los acuerdos como los desacuerdos y en general las diversas posiciones de quienes participan en este proceso, para que, en un contexto de debate, se logren los consensos en

términos de los problemas o situaciones de salud que ameritan solución, así como todas las posibles formas de abordarlos.

En segunda instancia, en términos de cohesión social, habrá que tener en cuenta que la cohesión en el ámbito escolar, a favor de la salud y de la vida, dependen del “surplus” que se perciba a partir de las opciones y acciones en torno a las soluciones propuestas y definidas.

En lo referente a los procesos continuos de formación a docentes y formulación de políticas, se reitera respectivamente, el fundamento en una ética del cuidado de sí, del cómo se debe vivir y en los procesos plurales de participación en un marco de diversidad, según se ha venido exponiendo.

En cuanto a la construcción de ambientes favorables a la salud, el sustento a fortalecer es la concepción biocéntrica de la salud y la vida. Así las cosas, asumir de manera biocéntrica el favorecimiento de entornos saludables en el ámbito escolar, requiere asumir la diversidad de los mismos, en la medida que los entornos se dicen como ambientales, sociales, culturales y físicos, entre otros, y porque cada una de estas formas se constituye a partir de sus múltiples y diversas interacciones e interdependencias.

En Gestión de aula, según se indicó en el capítulo III, se busca fomentar en niñas y niños la capacidad para afrontar las situaciones de la vida cotidiana y fortalecer los procesos de “enseñanza aprendizaje” mediante el establecimiento de relaciones con el contexto. También se pretende, partiendo de una exploración de comportamientos, actitudes y prácticas en torno a los problemas de salud identificados, elaborar de manera concertada “una matriz pedagógica en temas de salud” coherente con las “necesidades y posibilidades reales en cada institución educativa” y con los estándares básicos de competencias vigentes.

El aporte bioético en este ámbito se sustenta en el planteamiento ético ya enunciado en varias oportunidades en términos de cómo se debe vivir o del cuidado de sí. La idea es que cada niña, cada niño, cada estudiante, de manera progresiva logre tomar en sus manos el cuidado de su propia vida, a partir de prácticas de cada integrante del aula de clase y del colectivo que estos conforman como una unidad, prácticas sobre su cuerpo, pensamiento, conducta y sobre su entorno, las cuales fortalecen el ser y se van constituyendo en acciones que se extienden a diversas situaciones de manera espontánea. Estas prácticas favorecen transformaciones de los estilos o formas de vida, favorecen la construcción y reconfiguración del ser; en otras palabras, favorecen la creación de sí mismos.

La decisión de las prácticas a asumir por el aula de clase ha de definirse a partir de las vivencias, experiencias, conocimientos y cultura de sus integrantes. En esta medida, la elaboración de una matriz pedagógica en temas de salud ha de

responder al fortalecimiento de dichas prácticas y no necesariamente, aunque coincidan, a los estándares básicos de competencias.

En Gestión de Contexto se propone la creación de “alianzas intersectoriales, interinstitucionales y comunitarias”, con el fin de responder a necesidades y problemas que ameritan el apoyo externo.

También aquí, desde el enfoque bioético, en los términos ya expuestos para el equipo motor, se propone un escenario plural y globalizante en el que, de manera intersectorial, interinstitucional y con la participación representativa de la comunidad educativa, se orienten las acciones que realmente favorezcan la salud y la vida en el ámbito escolar y las posibles formas de implementarlas.

PROINAPSA plantea, para terminar, **evaluar** los logros propuestos en el plan de mejoramiento, en términos de promoción de la salud. Fortalecer desde la bioética esta evaluación requiere tener en cuenta el compromiso que como colectivo y como individuos tiene la institución educativa en el cuidado de la salud y de la vida, razón por la que la evaluación ha de establecer los logros acorde al proceso propuesto desde la articulación y fortalecimiento entre bioética y promoción de la salud.

Finalmente, el recorrido hecho en el presente trabajo, me permite concluir que es posible y deseable establecer vínculos entre diferentes ciencias, disciplinas y campos, en favor de la salud, y con ella, en favor de la vida, y específicamente, en el presente capítulo de la vida en el ámbito escolar. Más precisamente, se puede constituir una lingua franca entre bioética y promoción de la salud a partir de la cual se establece una opción para la comprensión y el cuidado de la vida de la comunidad educativa.

6. CONCLUSIONES

La bioética no se reduce a una bioética médica, pues no responde solamente a preocupaciones médicas. Su objetivo es mucho más amplio en la medida que consiste en la comprensión, el cuidado y el posibilitamiento de la vida humana y no humana, de la vida del planeta, vida que emerge en la medida del cuidado de la salud vista como un fin en sí misma y no en oposición a la enfermedad. El objetivo de la bioética es biocéntrico.

Para la bioética, fundamentada en conceptos biocéntricos de salud y de vida, cuidar la salud equivale a cuidar la vida. Cuidado que se hace posible en medio de las dinámicas propias de la vida las cuales se manifiestan en la multiplicidad y variedad de relaciones e interdependencias entre las diferentes formas de vida y entre la vida y la no vida. En esta medida, cuidar la vida implica el cuidado de la no vida.

La salud se dice de manera holista y biocéntrica. Esto significa que no está determinada por un proceso lineal o causal, sino que depende de múltiples y variadas relaciones e interdependencias, razón por la que la responsabilidad de su cuidado recae en todos los sectores del Estado y en múltiples disciplinas, pero además y de manera ineludible, en los individuos, los colectivos y, en general, en la sociedad civil.

La sociedad civil no es un conjunto de individuos homogéneos objetos de intervención médica, y mucho menos, desde una mirada más amplia, objetos de la medicalización. La sociedad civil se concibe como un organismo o como un sistema vivo capaz de autoorganizarse y de autodeterminarse en la medida de la diversidad y pluralidad de sus relaciones e interdependencias. En este sentido es posible hablar del cuidado de la salud y de la vida en manos de la sociedad civil en la medida de que, a partir de un problema propio, se genere una racionalidad y una unidad de acción en busca de decisiones y acciones para solucionar el problema.

Es posible establecer vínculos, interrelaciones e interdependencias entre bioética y promoción de la salud, para constituir una lingua franca a partir de la cual se establece una opción para la comprensión y el cuidado de la vida en general, así como de la vida en diferentes contextos como lo es el escolar.

BIBLIOGRAFÍA

ARISTIZÁBAL TOBLER, Chantal. La justicia y la autonomía como escenarios de encuentro entre bioética y salud pública. En: Bioética y salud pública: Encuentros y tensiones, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2007.

ATUESTA GARCÍA, Delio. Gestión de riesgo y cuidado de sí. Dispositivos de la resistencia de la vida en el programa Familias en Acción - Colombia. Tesis de Magíster, Bogotá: Universidad de Los Andes, Centro Interdisciplinario de Estudios sobre Desarrollo, 2008.

ENGELHARDT, H. Tristram. Los fundamentos de la bioética. Barcelona España: Ediciones PAIDOS, 1995.

ESCOBAR T. Jaime. Comprensión Sistémica de la Salud y Calidad de Vida. En: Bioética y Calidad de Vida. Colección Bios y Ethos N° 15, Bogotá: Ediciones El Bosque, 2000.

FOUCAULT, Michel. La vida de los hombres infames, Madrid: ediciones La Piqueta, 1990.

GARCÍA C, Gustavo. Hacia una Ethos Sanitario. En Bioética y Justicia sanitaria. Colección Bios y Ethos N° 9. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2ª Edición, 2001.

HOTTOIS, Gilbert. El Paradigma Bioético: Una ética para la tecnociencia. Barcelona: Anthropos, 1991.

----- Qué es la bioética. Bogotá: Universidad el Bosque, 2007

JAKE EPP. Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud. En: Promoción de la Salud: una antología. OPS/OMS. 1996.

MALDONADO C, Carlos Eduardo. Biopolítica de la guerra. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2003.

----- Comunidad de Esencia y Comunidad de Problemas. En: Colección Bios y Ethos N° 6. 2ª Edición, Bioética y Derechos Humanos. Bogotá: Ediciones El Bosque, 2001.

----- Filosofía y Salud. En Bioética y Justicia Sanitaria. Colección Bios y Ethos N° 9. Bogotá: Ediciones El Bosque. 2ª Edición. 2001.

----- Filosofía de la sociedad civil. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2002.

----- Tensión entre bioética y biopolítica. En: Horizontes de la bioética / Salud y realidad social. Bogotá: Editorial Kimpres Ltda., 2004.

Ministerio de Educación Nacional. Estándares básicos de competencias. Bogotá, 2006. Pág. 12

O'NEILL, Onora. Autonomy and trust in Bioethics. Cambridge, 2002.

Organización Mundial de la Salud, Salud y Bienestar Social Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa: OMS, 1986

Organización Mundial de la Salud, Ministerio de Salud Pública de Tailandia. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. 6ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Bangkok: OMS, 2005

POTTER, Van R. Conferencia: Bioética puente, bioética global y bioética profunda. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, No 7. OPS/OMS. 1999.

PROINAPSA – UIS. Hacia la construcción de escuelas saludables, Bucaramanga, 2001.

----- Guía de escuelas promotoras de la salud. Bucaramanga, documento inédito, 2009.

RESTREPO H., MÁLAGA H. Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.

SEN, Amartya. Desarrollo y libertad, Editorial Planeta, S.A., 2000.

VARELA, Francisco. El Fenómeno de la vida. España: Dolmen Ediciones 2ª Edición, 2002.

----- La habilidad ética. Barcelona: Editorial Debate, 2003.