Globethics Repository



El control del dengue desde la perspectia de la Bioétia [The dengue control from the Bioethic’ s perspectie]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Romano de Souza Rodrigues, Andréa Aparecida
Publisher	Conselho Federal de Medicina
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-19 23:50:38
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/163736

El control del dengue desde la perspectiva de la Bioética

Andréa Aparecida Romano de Souza Rodrigues [1], *Rubens Bedrikow* [2]

Resumen

En esta investigación se estudió acciones, el control social y los dilemas bioéticos relacionados al control del dengue. Se ha utilizado metodología cualitativa – grupo focal y entrevistas. Concluimos que las acciones de salud pública para controlar el dengue deben seguir la bioética sanitaria. Los gerentes, trabajadores y usuarios deben priorizar políticas para el mayor número de personas, por el mayor tiempo posible, y que resulten en las mejores consecuencias para todos, no permitiendo que intereses particulares, corporativos o partidarios pongan en riesgo su compromiso ético. Creemos necesario construir nuevas modalidades de relación entre usuarios y gerentes, y también entre la Unión, los estados y las municipalidades, basadas en la bioética y la cogestión.

Palabras clave: Dengue. Bioética. Salud Pública.

Resumo

Controle da dengue sob a ótica bioética

Esta pesquisa analisou ações, controle social e dilemas bioéticos relacionados ao controle da dengue. Utilizou-se metodologia qualitativa – grupo focal e entrevistas. Concluímos que as ações de saúde pública visando ao controle da dengue devem se pautar pela bioética sanitária. Gestores, trabalhadores e usuários devem agir no sentido de priorizar políticas que privilegiem o maior número de pessoas, por maior tempo possível, e que resultem em melhores consequências para toda a coletividade, não deixando que interesses particulares, corporativos ou partidários coloquem em risco seu compromisso ético. Entendemos ser necessário construir novos padrões de relação entre usuários e gestores, e também entre União, estados e municípios, baseados na bioética e na cogestão.

Palavras-chave: Dengue. Bioética. Saúde Pública.

Abstract

The dengue control from the bioethic's perspective

This research analyzed actions, social control and bioethical dilemmas concerning the dengue control. Qualitative methodology – focal groups and interviews – has been employed. We concluded that Public Health actions aimed at dengue control must follow sanitary bioethical principles. Public managers, workers and users must act to prioritize public policies that benefit as many people as possible, as long as possible, resulting in best consequences for the entire community, and not allow any private, corporate or party-political interests to put the ethics commitment in risk. We believe it's necessary to build new standards of relationship between users and public managers and between the Union, States and Municipalities, based on Bioethics and co-management.

Keywords: Dengue. Bioethics. Public health.

Aprovação CEP Plataforma Brasil 42531015.3.0000.5404

1. Graduanda andrearomano@gmail.com – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) **2. Doutor** rubedrikow@yahoo.com.br – Unicamp, Campinas/SP, Brasil.

Correspondência
Andréa A. Romano S. Rodrigues – Rua Dr. Shigeo Mori, 535, Barão Geraldo CEP 13083-760. Campinas/SP, Brasil.

Declaram não haver conflito de interesse.

La epidemia de dengue

En 2015, Brasil vivió la mayor epidemia de dengue de toda su historia, en la que hubo cerca de 1.500.000 registros y más de 800 muertes. La región Sudeste concentró aproximadamente el 60 % de los casos. Entre las ciudades con una población superior a 1.000.000 de habitantes, se destacó Campinas –municipio de la región sudoeste de Brasil, localizada a 100 km de São Paulo, aproximadamente– en la que se concentraron poco más de 65.000 casos, correspondiendo a un coeficiente de incidencia superior a 5.700 casos confirmados por cada 100.000 habitantes [1,2].

El año anterior, Campinas también había liderado la estadística de dengue, con más de 42.000 casos. Factores climáticos, como temperatura mínima elevada y escasas precipitaciones durante los primeros tres meses del año, sumados a la situación inmunológica favorable a la infección por el serotipo DENV-1 –que no circulaba desde hacía algunos años–, además del número insuficiente de profesionales que actuaban en la prevención de la enfermedad, parecen haber contribuido significativamente al aumento de casos en esos dos últimos años [3]. Otro aspecto relacionado con las epidemias de dengue tiene que ver con el crecimiento urbano desordenado que generó, en las últimas décadas, condiciones socioambientales que facilitaron la proliferación del *Aedes aegypti*, mosquito transmisor de la enfermedad.

Hasta hoy, el método más eficaz de control de la enfermedad es el combate al vector, teniéndose en cuenta que no existe vacuna. El Ministerio de Salud (MS), por intermedio del Programa Nacional de Control del Dengue (PNCD), propone acciones preventivas contra el surgimiento de la enfermedad:

- elaboración de programas permanentes;
- desarrollo de campañas de información sobre las medidas preventivas contra el dengue y movilización de las personas para acciones de prevención;
- fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y entomológica;
- mejora de la calidad del trabajo de campo en el combate al vector;
- integración de las acciones de control del dengue en la atención básica;
- actuación multisectorial por medio del fomento a la destinación adecuada de residuos sólidos y la utilización de recursos seguros para el almacenamiento del agua;
- desarrollo de instrumentos más eficaces de seguimiento y supervisión de las acciones emprendidas por el MS, estados y municipios; y
- utilización de instrumentos legales que faciliten el trabajo del poder público en la eliminación de criaderos en inmuebles comerciales, en casas abandonadas o ante la negación de acceso a una residencia a un agente de la salud [4].

Bioética sanitaria y salud pública

Los conflictos en los que se oponen intereses privados/individuales y públicos/colectivos en el campo de la salud interesan a la bioética, que *prioriza temas públicos y colectivos en detrimento de cuestiones específicas, privadas e individuales* [5]. Las políticas públicas deben obedecer a los principios éticos de la justicia distributiva y de la equidad, dándole prioridad a las capas sociales o a las personas más desfavorecidas. La salud pública busca proteger la colectividad, adoptando medidas que responden a una orientación utilitarista, esto es, a medidas consideradas éticamente correctas en cuanto conllevan más salud para el mayor número de personas.

La bioética, en su vertiente intervencionista, preconiza como moralmente justificable, en la esfera pública, la priorización de políticas que privilegien al mayor número de personas, por el mayor tiempo posible, y que redunden en beneficio del bien común, o sea, que conlleven las mejores consecuencias para toda la colectividad. En el campo privado y en la dimensión individual, apunta la necesidad de fomentar la liberación, sustentar el empoderamiento y asegurar la emancipación de los sujetos sociales, buscando así alcanzar su inclusión plena en la dinámica relacional de la sociedad [6]. De acuerdo con Schramm y Kottow [7], los dilemas morales inherentes a las prácticas y programas de salud colectiva no pueden ser satisfactoriamente resueltos con el modelo principialista, adecuado para dirimir conflictos de la esfera de la bioética clínica. Estos autores proponen, para el campo de la salud pública, una bioética pautada por el principio de la protección, por el cual cabe al Estado proteger la integridad física y patrimonial de sus ciudadanos y asegurarles calidad de vida, poniendo el bienestar colectivo por encima de la autonomía individual [7].

Según Fortes y Zoboli, *las acciones en salud pública siempre requieren una evaluación ética y apuntan hacia un camino justo en la promoción de la salud de las poblaciones y en la reducción de las iniquidades, cuidando y celando por la dignidad y por la calidad*

de la vida humana [8]. En síntesis, la bioética sanitaria tiene el objetivo de garantizar acciones en la salud pública que respeten los principios de justicia distributiva y equidad en el acceso a la salud en el sentido de asegurar formas de participación social liberadoras, orientadas al bien común, que privilegien el mayor número de personas, por mayor tiempo posible y que redunden en las mejores consecuencias para toda la colectividad.

El control social

La participación de la comunidad es la directriz organizativa del Sistema Único de Salud (SUS), asegurada por la Constitución Federal [9] y regulada por la Ley 8.142/1990 [10], y se realiza mediante la participación de los segmentos sociales organizados en la conferencias y en los consejos de salud, en las tres esferas de gobierno, y mediante la participación de colegiados de gestión en los servicios de salud. La actuación de los ciudadanos en estos espacios busca que estos tengan influencia en la definición y ejecución de las políticas públicas de salud [11].

El Consejo Municipal de Salud (CMS) de Campinas es un órgano colegiado de carácter permanente y deliberativo, integrante del Sistema Municipal de Salud, en conformidad con los artículos 196 a 200 de la Constitución Federal [9], leyes federales 8.080/1990 [12] y 8.142/1990 [10] y Ley Orgánica del Municipio de Campinas [13]. Está compuesto por representantes del gobierno, por prestadores de servicios de salud, profesionales de la salud y usuarios del sistema, cuyas decisiones, concretizadas en resoluciones, son homologadas por el secretario municipal de salud y publicadas en el Diario Oficial del Municipio. Está compuesto por 44 miembros titulares y sus respectivos suplentes, siendo el 50 % de ellos representantes de los usuarios, el 25 % de entidades de trabajadores y profesionales de la salud y el 25 % del gobierno municipal y de prestadores de servicios de salud, como prevé la legislación.

Compete al CMS, entre otras atribuciones, *actuar en la formulación de estrategias, en el control de la ejecución y evaluación de la Política Municipal de Salud*, *establecer directrices que deben observarse en la elaboración de los Planos Municipales de Salud, en función de características epidemiológicas y de la organización de los servicios de salud, en tiempo hábil* y *dar seguimiento al proceso de desarrollo e incorporación científica y tecnológica en el área de la salud, buscando la observancia de estándares éticos compatibles con el desarrollo sociocultural del municipio* [14].

Objetivos

El objetivo general de este trabajo fue el de analizar las acciones de control del dengue desde la óptica de la bioética sanitaria. Los objetivos específicos remiten a: 1) analizar las acciones de control del dengue a partir de la opinión de consejeros municipales de salud; 2) analizar el control social en la lucha contra el dengue; y 3) conocer los principales dilemas bioéticos relacionados con el control de dicha enfermedad.

Método

Teniéndose en vista los objetivos propuestos, se optó por la metodología cualitativa, ya que se buscó detectar significados y opiniones. La investigación cualitativa se basa esencialmente en la observación y/o conversación, que fue el método utilizado, mediante la realización de un grupo focal y entrevistas (importante herramienta de recolección de datos) [15,16]. En esta técnica, lo más importante es la interacción que se establece entre los participantes, posibilitando la diversificación y la profundización de los contenidos relacionados con el tema de interés, por medio del intercambio de las experiencias de las personas, sus opiniones, deseos e inquietudes. En otras palabras, el valor del grupo focal se fundamenta en su capacidad de recoger informaciones, formar opiniones y actitudes por medio de la interacción de los participantes [17].

El grupo debe estar compuesto por un mínimo de 6 y un máximo de 15 personas, y los criterios para su composición deben ser compatibles con los objetivos del estudio; o sea, la muestra es intencional, pues se seleccionan los individuos más adecuados en lo que se refiere a la posibilidad de suministrar informaciones útiles para la investigación [18]. Para la realización de los trabajos, es necesario un moderador, cuya función es proponer temas a los participantes, mantener el objetivo de la discusión, realizar resúmenes y recuperar el hilo del tema ante eventuales digresiones [18]. Su presencia es vital para el trabajo, y su papel, imprescindible, pero su intervención debe ser discreta, a fin de permitir que surjan los contenidos sin un enfoque directivo que impida la libre manifestación de los participantes [18]. Se recomienda la presencia de un asistente, en la función de observador, relator de acontecimientos y

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243147

eventuales intervenciones, en el sentido de facilitar el curso de los trabajos [19].

El grupo focal fue escogido para obtener la opinión de los consejeros municipales de salud representantes de los usuarios. Participaron en este grupo seis consejeros. La interacción entre investigadores y consejeros municipales de salud representantes de trabajadores y de la gestión se efectuó mediante entrevistas, ante la dificultad de reunir a estos informantes en un grupo focal. Las informaciones se obtuvieron con auxilio de un plan que contenía los puntos o tópicos previamente establecidos, de acuerdo con el tema de interés. Se realizaron dos entrevistas, una con el representante de los trabajadores y otra con representante de la gestión. Los investigadores ejercieron las funciones de moderador y observador del grupo focal y de entrevistadores en las ocasiones en que se realizaron las entrevistas.

El documento de consentimiento libre e informado –aprobado por el Comité de Ética en Investigación– fue leído y explicado a todos los participantes de la investigación antes de la realización del grupo focal y de las entrevistas. Tanto el grupo focal como las entrevistas fueron grabados. Después de la transcripción de las declaraciones, se procedió a su análisis de acuerdo con tres ejes temáticos definidos por los investigadores: 1) Acciones de control del dengue; 2) Control social en la lucha contra el dengue; 3) Aspectos bioéticos en el control del dengue.

Resultados

Acciones de control del dengue

De forma general, los consejeros representantes de usuarios y de trabajadores consideraron las acciones de prevención insuficientes, pero evaluaron como satisfactorias las acciones en el ámbito de la asistencia, cuando la epidemia ya estaba en marcha. Apuntaron la importancia de las acciones de prevención, pero resaltaron que la inversión en ese campo estuvo por debajo de lo necesario:

«Ahora, creo que la prevención es lo primero, no basta combatir en el momento de la situación, eso dejó mucho que desear (…) *Como dice el proverbio, hay que cortar el mal por la raíz.* (…) *vimos cómo se produjo la epidemia de 2014 y esperábamos que se realizasen acciones al respecto, se tomasen medidas, pero no las vimos en el transcurso de los dos años, 2014 y 2015* (…) *está el tema de la prevención que no existió.* (…) *disminuyó la incidencia del dengue, entonces ahí terminó el asunto para ellos. Ese sería el momento de llevar la prevención a la calle; nosotros no la llevamos. Incluso existen relatos de personas que están infectándose de dengue ahora. Entonces, en la época en que deberíamos realizar la prevención no la estamos haciendo; solo hay prevención en la época del pico»* (Consejero usuario).

En lo que concierne a la prevención, destacaron como principales lagunas el número insuficiente de agentes de salud y de control ambiental, y las campañas en los medios. Estas tendrían por objetivo concienciar a la población sobre las formas de prevención. Según estos consejeros, *«hubo una disminución de la propaganda para que las personas tuviesen más cuidado, en realidad lo que hubo fue un relajamiento.* (…) *y ni las propagandas que existían antes con relación al dengue en estos últimos años, esa no existió más, no se invirtió en eso.* (…) *La propaganda es importante.* (…) *con relación a la divulgación, a los medios, dejó mucho que desear. Es una forma de prevención extremamente importante»* (Consejero usuario).

Un factor apuntado como significativo para el retroceso de las acciones de prevención fue la exoneración de agentes de control ambiental contratados por parte de una institución privada que mantenía un convenio con el ayuntamiento. Eran trabajadores que actuaban en la lucha contra el dengue desde hacía varios años y, por eso, tenían mucha experiencia en ese campo. Su salida, sin reposición inmediata, parece haber afectado de forma sustancial acciones como la colocación de mosquiteras en cajas de agua, detección y eliminación de criaderos, educación de la población y acciones conjuntas con los agentes comunitarios de salud. Los consejeros entendieron ese hecho como decisivo para el aumento del número de casos de dengue en el municipio.

«La cosa venía bien, hubo entonces un desentendimiento que los agentes eran empleados del C y eso dejó la ciudad desprotegida (…) *Hubo una ruptura con algunos profesionales y no se repusieron esos profesionales* (…) *Vamos a contratar agentes de salud, pero precisamos también de los agentes ambientales* (…) *Pienso que la contratación de agentes de control ambiental también dejó mucho que desear. La epidemia de 2014 comenzó con el desfase de los agentes despedidos del C, y ese número no fue repuesto»* (Consejero trabajador).

En contrapartida, algunos participantes manifestaron desconfianza y alegaron que la contratación

de agentes de control ambiental no hubiera sido suficiente para controlar la epidemia de dengue: consideraron un error creer que el incremento del número de profesionales hubiera resuelto la situación. A pesar de que consideraron que ni el aumento de la cantidad de agentes habría sido capaz de revertir el aumento de la infestación por el mosquito, demostraron percibir la relevancia de las acciones de prevención, considerando que su importancia fue aún mayor en las regiones donde se produjo el largo período de sequía, que llevó a la población a almacenar agua, como fue el caso del Sudeste, en 2014. Así, uno de los factores indicados como responsable del número elevado de casos de dengue fue ese cambio de hábito caracterizado por el almacenamiento de agua:

«Todo debe ser pensado por la acumulación de agua, y eso es difícil, un desafío para todos, para todos los sectores de la sociedad. (…) *una de las respuestas que la gestión da es la de responsabilizar a la población porque está faltando agua, porque están acumulando* (…) *es muy fácil que hablemos del agua que acumuló el ama de casa en la tapita del jardín»* (Consejero usuario).

Una estrategia importante en la lucha contra el dengue, adoptada desde 2014, fue la creación del Comité Gestor Municipal, constituido por órganos y entidades de la administración pública municipal. Este comité está orientado a la discusión de temas sobre el dengue de forma integrada, considerando la esfera social tan importante como la dimensión biológica en la cuestión de la enfermedad. Subordinado directamente a la Secretaría de Jefatura del Gabinete del Alcalde, el Comité está compuesto por dos representantes (un titular y un suplente) de las secretarías municipales de gobierno. Además de la jefatura del gabinete, participan las áreas de administración; comunicación; educación; recursos humanos; salud; y verde, medio ambiente y desarrollo sustentable; así como las Secretarías de Servicios Públicos y de Vivienda. También participan la Defensa Civil, Sociedad de Abastecimiento de Agua y Saneamiento S/A (Sanasa) y, cuando es necesario, representantes de la comunidad, entidades públicas y privadas.

Mediante acciones intersectoriales e integradas, el Comité busca incrementar la capacidad del municipio de prevenir y luchar contra la epidemia de dengue. La Secretaría de Vivienda, por ejemplo, desapropia áreas de riesgo y no permite que se arrojen allí residuos, que probablemente transformarían el área en nuevos criaderos. Los empleados van a los lugares definidos, los desapropian y realizan la limpieza, plantan árboles, cuidan los espacios y, así, luchan contra el mosquito. Las demás secretarías colaboran en la identificación de las áreas de riesgo de proliferación del mosquito, en la divulgación de las campañas de prevención y la lucha contra el dengue, en las acciones de control epidemiológico y de zoonosis, así como en el tratamiento de los ciudadanos infectados.

Control social en la lucha contra el dengue

La epidemia de dengue fue un tema de discusión en varias reuniones del CMS. No obstante, los consejeros entrevistados resaltaron el papel tan solo fiscalizador y de exigencia de acciones del CMS, lo que parece haber limitado su participación: «*El Consejo en sí, lamentablemente, creo particularmente que la única cosa que podemos hacer es reclamar a la administración, al secretario* (…) *Y no compete, el CMS no ejecuta. Este solo evalúa, propone, delibera, tiene ese poder para decidir lo que se debe hacer»* (Consejero usuario). Aunque haya ofrecido pautas durante sus reuniones para enfrentar la situación del dengue en el municipio, el CMS permaneció alejado de formulaciones y discusiones que se dieron en el ámbito de la gestión municipal, la cual, efectivamente, fue responsable de las acciones concretas de lucha contra la epidemia.

El alejamiento del CMS de la esfera de decisión fue patente cuando se preguntó sobre la autorización judicial para que agentes de salud del ayuntamiento entrasen en los inmuebles deshabitados, cerrados, abandonados o cuyo acceso no es permitido por parte del propietario en todo el municipio, a fin de eliminar posibles criaderos del mosquito *Aedes aegypti*:

«El CMS no es invitado ni informado sobre ninguna cuestión de ese tipo. (…) *Ellos no tienen interés en que los consejeros participen y hagan las cosas medio a escondidas* (…) *No tienen interés en dejar que el CMS participe, apoye* (…). *Eso no fue propuesto al CMS* (…) *Eso se dio a nivel del gabinete, colegiado* (…) *Fue planteado que el índice de rechazo era alto y que cuando se necesitaba entrar tenía que llamarse a la policía, pedir la autorización del juez para entrar y tal y cual. No hubo discusión de esa ley dentro del CMS. Fue un enfoque técnico, interno, junto con el jurídico y, debido a la importancia, se hizo la ley»* (Consejero trabajador).

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243147

De acuerdo con las declaraciones de los consejeros, el CMS prácticamente no tuvo participación en las formulaciones de propuestas para el enfrentamiento del dengue en el municipio, limitándose a ejercer el control social tan solo como fiscalizador, sin que hubiese oportunidad de participar en discusiones con el ejecutivo.

Aspectos bioéticos en el control del dengue

Los principales dilemas bioéticos detectados en las entrevistas realizadas tienen que ver con la bioética sanitaria, esto es, con la existencia de una confrontación entre intereses públicos y privados, colectivos e individuales. El primer dilema se refiere a la exoneración de profesionales, en particular de agentes de control ambiental, lo que causó perjuicios en el combate del dengue en el municipio como un todo. Aunque esto se haya realizado en virtud de exigencias legales que partían de la supuesta irregularidad en la forma como el ayuntamiento mantenía un convenio con la institución asociada, empleadora de los citados trabajadores, su despido acarreó discontinuidad en las acciones de control de la enfermedad, ya sea en el plano de la prevención (agentes de control ambiental) o de la asistencia (profesionales de los servicios de urgencia y emergencia). Así, el dilema ético está, en este caso, en el despido de trabajadores responsables en detrimento de la continuidad del control de la enfermedad, sin que hayan sido sustituidos por otros profesionales para realizar las acciones de prevención y control de la epidemia.

Otro conflicto bioético que afloró en las declaraciones se refiere al uso que se puede hacer de las campañas publicitarias en torno de la epidemia de dengue. En otras palabras, cuando la divulgación en los medios tiene la finalidad de alertar a la población sobre esa situación y estimular su colaboración, preserva el carácter ético del proceso de transmisión de conocimiento, reforzando su carácter de herramienta orientada al empoderamiento del ciudadano. Por el contrario, cuando tal divulgación busca, antes de todo, promover algún grupo o institución, el proceso pierde su eticidad. En este caso, el interés de un grupo, en quien recae el poder, es el que lleva a la divulgación de las acciones de combate y control de la epidemia, sobreponiéndose a los intereses del todo, de la colectividad, y las acciones de divulgación se vuelven meros mecanismos para generar reconocimiento.

Se observó divergencia de opiniones entre representantes de la gestión y de los usuarios/trabajadores en lo que se refiere a la responsabilidad por el fracaso de las acciones de control del dengue. Para los representantes de los gestores, la población continúa produciendo criaderos del mosquito en sus inmuebles, dificultando la erradicación de la epidemia. Para los usuarios/trabajadores, los gestores pecaron por la insuficiencia de inversiones en recursos humanos y materiales para el control del brote. Los consejeros entrevistados también señalaron dilemas éticos en lo que toca al instrumento judicial que autoriza la entrada de agentes de salud en inmuebles particulares, incluso sin autorización del propietario. Alertaron sobre el hecho de que, dependiendo de la forma en que se utilice la ley, puede perder su función primordial de instrumento de combate al vector para transformarse en instrumento de propaganda del gobierno.

Discusión

La magnitud de la actual epidemia de dengue en gran parte del territorio nacional permite suponer que las medidas que se proponían combatir al vector, tales como campañas de información y de movilización de personas, fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y entomológica, trabajo de campo, actuación multisectorial y utilización de instrumentos legales, no surtieron el efecto deseado. Las explicaciones para el relativo fracaso de estas medidas fueron diversas y no consensuales: escasa colaboración de la población en la prevención y eliminación de criaderos del mosquito, ocupación desordenada del espacio urbano y cambio de hábitos –almacenamiento de agua– frente a la sequía que afectó al sudeste en 2014. Además, se incluyen la insuficiencia de campañas oficiales, insuficiencia de recursos humanos capacitados para las acciones de campo y disminución de la inversión en las acciones de prevención de forma general.

Si sumamos a este conjunto de factores el fenómeno del calentamiento global, responsable de temperaturas mínimas más elevadas, lo que parece aumentar el número de vectores, podemos concluir que la epidemia no puede ser explicada por un único factor. La multiplicidad de explicaciones posibles hace que cada grupo elija como verdaderas aquellas que tienen más sentido para sí, abriendo espacio no solo a disputas técnicas, sino también políticas. En este contexto de fragilidad de comprensión del fenómeno epidémico, en el cual no parece haber una teoría triunfante, es posible la confrontación entre diferentes teorías, lo que significa, no pocas veces, según Kuhn, una cuestión de fe [20].

La llegada al país de otra enfermedad –zika–, igualmente transmitida por el *Aedes aegypti* y asociada a complicaciones graves, como microcefalia y síndrome de Guillain-Barré, puso sobre aviso a autoridades y a la población en general. El Ministerio de Salud decretó emergencia sanitaria de carácter nacional y preparó un plan de enfrentamiento a la malformación. El plan *aporta líneas de acción para la lucha contra el mosquito, la atención a los pacientes y el desarrollo de investigaciones que ayuden a conocer más sobre el zika* [21]. El objetivo principal continúa siendo el combate al vector, lo que caldeará más aún los debates sobre las responsabilidades y las estrategias más idóneas.

Los modelos sanitarios guiados por la bioética son construcciones sociales resultantes de relaciones de enfrentamientos y acuerdos entre diferentes segmentos de la sociedad que confrontan sus intereses, valores, creencias, en las diferentes arenas sociales. Ejemplifican este juego de fuerzas los consejos de salud y los espacios de formulación de políticas públicas de salud. Según se puede desprender de este estudio, el control social, representado esencialmente por consejeros de la salud, parece, en la práctica, limitado a la fiscalización y exigencia de acciones, permaneciendo, en gran medida, alejado de formulaciones y propuestas concretas para las acciones de salud, como las de la lucha contra el dengue.

En las respuestas de los tres grupos de entrevistados es posible verificar que hubo quien entendiese que es exactamente eso lo que debe hacer el CMS: estimular, verificar y exigir acciones al Ejecutivo. Para otros, sin embargo, habría espacio para el avance en cuanto a sus atribuciones. Tal disposición, según la cual quien fiscaliza y controla poco o nada participa en la formulación y en la ejecución, parece contribuir a que el debate en torno del control del dengue no sea proficuo y se restrinja a manifestaciones de opiniones y puntos de vista discrepantes.

Nos parece posible leer entre líneas, en las declaraciones de los consejeros, que valdría la pena volver a poner en discusión el papel de los consejos de salud, principalmente porque se espera que participen en la formulación de estrategias que deben ejecutarse en el área. No obstante, entendemos que su papel de formulador no debe ser algo aislado, de forma centrípeta y endógena, sino que debe actuar en conjunto con la gestión. Las divergencias de intereses, de comprensión de los fenómenos y las diferencias de poder no deberían impedir la cogestión de procesos de interés colectivo, como el control del dengue.

La situación epidemiológica actual del dengue es preocupante y requiere la participación social más próxima en la gestión. En su Método Paideia, Campos defiende acciones de prevención junto con los usuarios, y no sobre ellos, y resalta que no basta *mejorar la información, sino también asegurar capacidad de comprensión y de decisión a los varios sectores involucrados en un proyecto, y además de esto, preocuparse por la construcción de nuevos estándares de relación entre las personas* [22]. Resumiendo: solo se consigue genuina adhesión y efectiva participación de las personas en una iniciativa o programa de gobierno en la medida en que estas sean capaces de entender que ese proceso vela por sus intereses directos y de percibir que solo se producirá cuando cada uno tome el poder y ejerza su propio protagonismo.

Así, se constata que más que espacio de polémicas, los consejos de salud deben funcionar como un proyecto de cogestión, participativa y propositiva. No deben limitarse a disputas entre los que ejecutan y los que piden cuenta y fiscalizan, aunque se comprenda que las estrategias de la lucha contra el dengue no se restringen a las medidas puramente técnicas, sino que traen consigo elementos éticos y políticos indisociables. El momento sanitario actual del país exige una reaproximación en esos términos.

Al incorporarse al consejo de salud, la persona, ya sea usuario, profesional de la salud o gestor, asume el compromiso ético de priorizar cuestiones públicas y colectivas. Por tanto, sus decisiones y acciones deben orientarse en ese sentido, dejando en un segundo plano los intereses individuales o del grupo a que pertenece. Nos parece que tener en mente el compromiso de la bioética sanitaria puede ser un camino interesante y promisor para aproximar consejeros y gestores, y posibilitar la cogestión del programa de control del dengue.

Uno de los riesgos inherentes al distanciamiento entre gestores y usuarios es la posibilidad de que las políticas públicas se construyan de un modo reduccionista, transformando problemas sanitarios complejos en desvíos de conducta individuales, transfiriendo la responsabilidad del Estado al ciudadano que mantiene criaderos y rechaza visitas de agentes de la salud. Este tipo de relación provoca acciones que se dan «de arriba hacia abajo», paternalistas, que desconsideran la autonomía de los individuos, dejando de aprovecharla en el sentido de empoderar al ciudadano como importante auxiliar en el combate de los criaderos [23]. Esta transferencia de responsabilidad del gestor al munícipe tiende a producir un efecto de culpabilización en

 http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016243147

el ciudadano, que, en virtud de ello, puede sentirse menos dispuesto a fiscalizar y exigir acciones del gestor público.

Otro dilema bioético que frecuentemente es un reto para los gestores públicos se refiere a la mera obediencia de normas legales o burocráticas que pueden traer perjuicios a la salud de la colectividad. Los consejeros entrevistados mencionaron el despido de agentes de control ambiental con amplia experiencia en las acciones de combate al vector como respuesta a una exigencia de regularización de un convenio existente desde hace más de veinte años y que garantizaba la permanencia de esos profesionales. Desde el punto de vista de la bioética sanitaria y de la salud pública, el despido de esos trabajadores puso en riesgo la integridad física de los ciudadanos y la calidad de vida humana.

De acuerdo con Cohen y Segre [24], una postura ética requiere la percepción de que existe un conflicto y la posibilidad de tomar una posición de forma autónoma y coherente ante él. No se trata, por tanto, de tan solo obedecer reglas, sino de percibir el conflicto y tomar decisiones coherentes, aunque, a veces, en conflicto con reglas morales o decisiones burocráticas. Así, ante el contexto de grave epidemia de dengue, una decisión judicial como la de despedir a profesionales encargados del combate al vector podría percibirse como prejudicial para la población. Por ello, el bien mayor sería retardar tal despido, pues, desde el punto de vista de la bioética sanitaria, los profesionales podrían mantenerse a fin de garantizar el combate al vector del dengue.

Otro importante desafío para controlar el dengue –que prolifera en áreas urbanas, en los más diversos recipientes, generalmente introducidos en el ambiente por el hombre– viene siendo el acceso a ambientes particulares. Hay ocasiones en que los profesionales de los servicios de control encuentran inmuebles cerrados o los propietarios les impiden penetrar en los recintos, siendo cierto que todo el esfuerzo de control puede verse afectado en caso de que los operadores de campo no tengan acceso a las habitaciones [25]. No obstante la difusión de campañas que alertan a la población sobre los riesgos de la enfermedad y estimulan la colaboración de todos en la eliminación de criaderos, algunos ciudadanos se niegan a permitir la entrada de agentes de control ambiental o de la Estrategia de Salud de la Familia en sus residencias. Muchos de ellos discrepan con la aplicación de insecticidas, principalmente cuando esta es realizada por vehículos que los dispersan en el medio ambiente (fumigador). Como consecuencia, el índice de inspecciones pendientes –en inmuebles no visitados por los agentes de la salud– se ha revelado elevado.

La aplicación de la ley que autoriza la entrada en inmuebles particulares, aunque comprometa la autonomía individual, se justifica por la necesidad de protección de la colectividad, prevaleciendo allí el principio utilitarista de obtener más salud para el mayor número de personas. Con todo, es preciso que se tenga cuidado para que la divulgación de la ley no llegue a ser más importante que su propia aplicación. En otras palabras, la divulgación de la ley con la finalidad de autopromoción o de propaganda en favor del grupo que ocupa, en aquel momento, el lugar de gestor puede adquirir contornos antiéticos, además de generar un rechazo aún mayor en la colectividad en relación con las medidas de combate al vector.

Consideraciones finales

Las acciones de la salud pública que persiguen el control del dengue deben estar pautadas por la bioética sanitaria, interesada en los conflictos que oponen intereses de las colectividades y los individuales, y públicos y privados. Los gestores, los trabajadores y los usuarios deben actuar en el sentido de priorizar políticas que privilegien el mayor número de personas, por el mayor tiempo posible, y que den como resultado las mejores consecuencias para toda la colectividad, no dejando que intereses particulares, corporativos o partidarios pongan en riesgo su compromiso ético. El combate al vector *Aedes aegypti*, transmisor de los virus del dengue, chikunguña, zika y de la fiebre amarilla urbana, es aún la estrategia más indicada para el control de esas enfermedades y depende, en gran medida, de la capacidad de articulación entre los diferentes actores involucrados en esta lucha. Entendemos que es necesario construir nuevos estándares de relación entre usuarios y gestores, y también entre diferentes entes –Unión, estados y municipios– con una mayor capacidad de comprensión y de decisión, siguiendo la lógica de la cogestión.

Este proyecto fue financiado por el programa de Bolsa de Pesquisa do Centro de Bioética do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Beca de Investigación del Centro de Bioética del Consejo Regional de Medicina del Estado de São Paulo [Crenesp]).

Referencias

1. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 45, 2015. Boletim Epidemiológico. 2015 [acesso 28 nov 2015];46(36):3-9. Disponível: http://bit.ly/2bWK2Gl
2. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde. Dados sobre dengue. Campinas: Prefeitura Municipal de Campinas; 30 nov 2015.
3. Bedrikow R. Atendimento de urgência em vigência de epidemia de dengue. Clínica e literatura. 3 jan 2015.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília: Funasa; 2002.
5. Garrafa V. Bioética. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
6. Porto D, Garrafa V. A influência da reforma sanitária na construção das bioéticas brasileiras. Ciênc Saúde Coletiva. 2011;16(1 Suppl):719-29.
7. Schramm FR, Kottow M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. Cad Saúde Pública. 2001 [acesso 7 mai 2016];17(4):949-56. Disponível: http://bit.ly/2ctX1j7
8. Fortes PAC, Zoboli ELCP. Ética na saúde pública. In: Rocha AA, Cesar CLG, Ribeiro H. Saúde pública: bases conceituais. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2013. p. 235-47.
9. Brasil. Nova Constituição brasileira. Rio de Janeiro: Gráfica JB; 1988.
10. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: Conass; 2003.
11. Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond M Jr., Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-62.
12. Brasil. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. [internet]. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. [acesso 4 jul 2016]. Disponível: http://bit.ly/1UVpr2U
13. Campinas. Lei orgânica do município de Campinas/SP. Campinas, 30 mar 1990 [acesso 7 mai 2016]. Disponível: http://bit.ly/2bHePEO
14. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Lei nº 13.230, de 21 de dezembro de 2007. Dispõe sobre as competências, composição e organização do Conselho Municipal de Saúde de Campinas – CMS e dá outras providências. Diário Oficial do Município. Campinas, 22 dez 2007 [acesso 14 jan 2015]. Disponível: http://bit.ly/2bMkzKJ
15. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Editora USP; 2004.
16. Bocchi SCM, Juliani CM, Spiri WC. Métodos qualitativos de pesquisa: uma tentativa de desmistificar a sua compreensão. Botucatu: Unesp; 2008.
17. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
18. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam. 1996;120(6):472-82.
19. Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev Saúde Pública. 1996;30(3):285-93.
20. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2009.
21. Formenti L. Dilma vê 'dimensão nacional' em doença. O Estado de São Paulo. 6 dez 2015; Metrópole: A23.
22. Campos GWS. Saúde paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003.
23. Berlinguer G. Bioética cotidiana. Brasília: Editora UnB; 2004.
24. Cohen C, Segre M. Definição de valores, moral, eticidade e ética. In: Segre M, Cohen C, organizadores. Bioética. São Paulo: Edusp; 1999.
25. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1639-46.

Participación de los autores

Andréa Aparecida Romano de Souza Rodrigues participó en la planificación del estudio, recolección de datos y redacción final del artículo. Rubens Bedrikow participó en la propuesta de estudio, en la planificación y orientación de la investigación y en la redacción final.

Recebido: 13.3.2016
Revisado: 23.6.2016
Aprovado: 6.7.2016

Anexo

Recolección de datos

Preguntas disparadoras

1. ¿Cómo ve hoy el CMS la epidemia de dengue de 2014 en la ciudad?
2. ¿Qué puntos discutió el CMS sobre la epidemia?
3. ¿Cuál fue el papel del CMS ante una epidemia como aquella?
4. ¿Qué acciones tomó el CMS concretamente?
5. ¿Cómo reaccionó la SMS y los demás órganos ejecutivos?
6. ¿De qué forma los órganos públicos podrían haber evitado el gran número de casos?
7. ¿En su opinión, cuáles fueron las razones que impidieron que esas medidas contuvieran la epidemia?
8. ¿EL CMS discutió en algún momento la ley municipal que autoriza la entrada de agentes para inspección de locales donde se les impide el acceso o en inmuebles abandonados?
9. ¿Cuál es la opinión de los miembros en relación con la ley?
10. ¿Hubo consenso u opiniones discordantes?
11. ¿Cómo percibieron ustedes la reacción/acogida de la población ante la ley?
12. ¿Cómo se llevó a cabo la divulgación a la población de la ley?

Introducción de foto impresa divulgada en los medios públicos

A. ¿Ustedes estaban juntos en ese momento?

B. ¿Tuvieron conocimiento?

C ¿Cuál es su opinión al respecto?

Introducción del concepto «bioética sanitaria»

A. ¿Cuáles fueron los desafíos éticos que el CMS enfrentó para mejorar la lucha contra el dengue?

B. ¿Cómo manejan el impase ético de la Ley como parte de la lucha contra el dengue?